



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**O TREINO DE ASSERTIVIDADE E A FAMÍLIA: UMA
INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

ASSERTIVENESS TRAINING AND FAMILY: A PSYCHOTHERAPEUTIC
INTERVENTION IN MENTAL HEALTH NURSING

Por Isa Pereira

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**O TREINO DE ASSERTIVIDADE E A FAMÍLIA: UMA
INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

**ASSERTIVENESS TRAINING AND FAMILY: A PSYCHOTHERAPEUTIC
INTERVENTION IN MENTAL HEALTH NURSING**

Por Isa Pereira

Sob orientação da Professora Doutora Maria José Nogueira

Lisboa, 2019

Pensamento...

«É importante que as pessoas entendam que cada vez que ameaçam, humilham, magoam, dominam ou rejeitam outro ser humano, sem necessidade, contribuem para o desenvolvimento de estados psicopatológicos.

Quando uma pessoa é amável, ajuda, é sincera, aberta, afeiçãoada e calorosa, torna-se num agente terapêutico, por pequeno que seja»

(Abraham Maslow)

Dedicatória...

... A todos aqueles que não se contentam apenas com o que conhecem, mas
procuram com frequência mais e melhor.

A todos os enfermeiros que todos os dias *precisam de mais*.

Para quem quer cada vez mais: *saber, saber-fazer e saber-ser*.

Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório*, integrada no XI Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

A prática clínica iniciou-se com a Unidade Curricular *Vigilância e Decisão Clínica*, num total de sete semanas, ainda no 2º semestre (de maio a julho 2018) e continuou o seu percurso pela atual Unidade Curricular, com maior impacto e tempo de prática, contando com quinze semanas de estágio (de setembro a dezembro 2018), num total de trezentas e sessenta horas de contacto clínico.

Este relatório visa demonstrar o percurso efetuado, as suas aprendizagens e dificuldades sentidas. Irá demonstrar o caminho percorrido, descrevendo os locais de estágio e as oportunidades de aprendizagem encontradas.

Orientando o percurso clínico pelo tema transversal de Assertividade, o caminho percorrido ao longo destes meses foi direcionado com um projeto de estágio no âmbito da comunicação assertiva e do treino de assertividade, junto da família da pessoa com doença mental. O *Treino de Assertividade*, enquanto intervenção psicoterapêutica, surge como tema de investigação ao longo deste caminho de mestranda, guiando-me através da investigação científica teórica e prática.

O presente trabalho pretende evidenciar como o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) pode usar esta intervenção na sua prática clínica. Esta demonstra ser transversal à saúde e à doença mental, passível de se aplicar a várias populações-alvo, no treino das habilidades sociais.

No final, analisando transversalmente as aprendizagens, conclui-se de que forma o percurso efetuado contribuiu para o processo de autodesenvolvimento e consciência de *si*.

Palavras-chaves: assertividade, saúde mental, habilidades sociais, família.

Abstract

This internship report is part of the Final Stage and Report Curricular Unit, integrated in the XI Professional Master's Degree in Nursing, with specialization in Mental and Psychiatric Health Nursing, from the Health Sciences Institute of the Portuguese Catholic University of Lisbon.

The clinical practice began with the Curricular Unit *Clinical Decision Course*, in a total of seven weeks, in the second semester (from May to July 2018) and continued its course through the current Curricular Unit, with greater impact and practice time, counting with fifteen weeks of internship (from September to December 2018). and three hundred and sixty hours of clinical contact.

This report aims to demonstrate the course taken, their learning and difficulties experienced. It will demonstrate the way forward, describing the internship sites and learning opportunities encountered.

Guiding the clinical course through the transversal theme of Assertiveness, the path covered during these months was directed with a project of internship in the field of assertive communication and assertiveness training, with the family of the person with mental illness. The Assertiveness Training, as a psychotherapeutic intervention, emerges as a research theme along this path of master's degree, guiding me through theoretical and practical scientific research.

The present work intends to show how the nurse specialists in Mental Health and Psychiatric Nursing (MHPN) can use this psychotherapeutic intervention in their clinical practice. This is shown to be transversal to health and mental illness, which can be applied to various target populations in the training of social skills.

At the end, analyzing cross-sectional learning, we conclude how the course carried out contributed to the process of self-development and self-awareness.

Keywords: assertiveness, mental health, social skills, family.

Lista de Acrónimos e Siglas

ASPESM – A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência de Psiquiatria

THS – Treino de Habilidades Sociais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP	19
1.1.1. <i>Competências Psicoeducativas e Psicossociais</i>	22
1.2. ASSERTIVIDADE E COMUNICAÇÃO ASSERTIVA	24
1.2.1. <i>Comunicação assertiva na equipa de enfermagem</i>	24
1.2.2. <i>Comunicação assertiva com o utente e família</i>	26
1.3. A COMUNICAÇÃO E A FAMÍLIA	27
1.4. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR	30
1.5. O TREINO DE ASSERTIVIDADE	31
1.6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSERTIVIDADE	34
2. PERCURSO DE ESTÁGIO E INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTEXTO	35
2.1. EQUIPA COMUNITÁRIA	35
2.1.1. <i>Objetivos específicos</i>	36
2.1.2. <i>Atividades Implementadas: intervenções específicas do contexto</i>	36
2.2. UNIDADE DE INTERNAMENTO	39
2.2.1. <i>Objetivos específicos de estágio</i>	40
2.2.2. <i>Atividades Implementadas: intervenções específicas do contexto</i>	40
2.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	45
2.3.1. <i>Objetivos específicos de estágio</i>	45
2.3.2. <i>Atividades Implementadas: intervenções específicas do contexto</i>	46
3. TREINO DE ASSERTIVIDADE NA FAMÍLIA: RESULTADOS DA INTERVENÇÃO	49
3.1. A FAMÍLIA CARVALHO: CONTEXTO COMUNITÁRIO	49
3.2. A FAMÍLIA TEMPERANÇA: CONTEXTO DE INTERNAMENTO	52
3.3. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO: AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE TREINO DE ASSERTIVIDADE	54
4. DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO E EVENTOS CIENTÍFICOS.....	56
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	58
REFLEXÃO FINAL.....	60
APÊNDICES.....	69
APÊNDICE I - REFLEXÃO CRÍTICA I.....	71
APÊNDICE II - REFLEXÃO CRÍTICA II.....	82
APÊNDICE III - ESTUDO DE CASO: A FAMÍLIA CARVALHO.....	97
APÊNDICE IV - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CIPE A USAR NA CONSULTA DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA	123
APÊNDICE V - SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO “COMUNICAÇÃO E ASSERTIVIDADE”	129

APÊNDICE VI - PÓSTER “ <i>A COMUNICAÇÃO ASSERTIVA</i> ”	137
APÊNDICE VII - FORMAÇÃO EM SERVIÇO “ <i>COMUNICAÇÃO ASSERTIVA E TREINO DE ASSERTIVIDADE</i> ”	140
APÊNDICE VIII - FORMAÇÃO EM SERVIÇO, “ <i>A COMUNICAÇÃO ASSERTIVA – ROLE-PLAYING E BRAINSTORMING</i> ”	155
APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO: A FAMÍLIA TEMPERANÇA	164
APÊNDICE X - FOLHETO “ <i>GUIA DE ACOLHIMENTO - SUP</i> ”	190
APÊNDICE XI - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE TREINO DE ASSERTIVIDADE	194
APÊNDICE XII - COMUNICAÇÃO ORAL “ <i>TREINO DE ASSERTIVIDADE</i> ”	197
ANEXOS	204
ANEXO I - TÉCNICAS QUE PROMOVEM O COMPORTAMENTO ASSERTIVO	206
ANEXO II - TESTE DE ASSERTIVIDADE	210
ANEXO III - PROJETO “ <i>DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS COM AS VISITAS DOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DE EGAS MONIZ</i> ”	213
ANEXO IV - REGISTOS DE REUNIÕES COMUNITÁRIAS	217
ANEXO V – ENTREVISTA FAMILIAR	221
ANEXO VI - DIREITOS E RESPONSABILIDADES ASSERTIVAS	224
ANEXO VII - TIPOS DE COMUNICAÇÃO	227
ANEXO VIII - TREINO DE ASSERTÇÕES ASSERTIVAS	230
ANEXO IX – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO IX CONGRESSO INTERNACIONAL - “ <i>A SAÚDE MENTAL AO LONGO DO CICLO VITAL</i> ”	233
ANEXO X - CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO NO II SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	236
ANEXO XI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO, COMUNICAÇÃO LIVRE “ <i>TREINO DE ASSERTIVIDADE NA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL</i> ”	239
ANEXO XII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO “ <i>MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM</i> ”	242

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio tem como objetivo principal descrever a experiência e as aprendizagens no âmbito do percurso de mestranda e especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). As experiências a relatar foram enriquecedoras e marcantes, tendo contribuído para o meu processo de crescimento. Quero aqui espelhar o meu desenvolvimento pessoal e profissional, descrever as principais experiências formadoras do estágio, fundamentar as decisões ao longo do percurso e, no final, refletir sobre o caminho efetuado.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica¹ refere que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica se foca na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. No processo de cuidar da pessoa e da família, grupo ou comunidade, o enfermeiro especialista faz uso das suas competências de âmbito psicoterapêutico e por meio do seu juízo clínico singular intervém junto da população, na proteção e manutenção da saúde mental, no tratamento da doença mental e na recuperação e reabilitação psicossocial.

A American Psychiatric Association (citada por Townsend, 2011) define saúde mental como o “estado que é relativo em vez de absoluto. O desempenho com sucesso das funções mentais demonstrado por atividades produtivas, relações satisfatórias com outras pessoas e a capacidade de se adaptar às mudanças e de lidar com a adversidade” (p. 15). Alterações à saúde mental podem originar variações nos estilos de vida, no quotidiano, nas relações profissionais e interpessoais, das quais resultam geralmente diminuição da qualidade de vida. Saxton (2013) afirma que “pessoas com problemas mentais podem ter piores oportunidades de vida, em parte pelo efeito direto da sua condição, mas também como resultado do estigma

¹ Regulamento n.º 515/2018

e da discriminação, gerados por ignorância, medo e atitudes negativas relativas à doença mental” (p. 4). Este tipo de perturbações afeta todas as áreas de vida e todas as dimensões da pessoa doente e causam impacto na sua família. É na superação das transições e etapas de vida e dos desafios do quotidiano que a enfermagem contribui como disciplina promotora de equilíbrio, isto é: promove a saúde, assiste na doença e assiste na reabilitação da pessoa².

As etapas de transição de vida e situações que causam stress são ultrapassadas com maior dificuldade pela pessoa com doença mental – por exemplo, superar os desafios da puberdade, de um divórcio, desemprego ou a morte dos pais, são situações que causam disrupção ao seu frágil funcionamento e podem provocar conflitos internos que resultam num agravamento da doença. Isto acontece porque a adaptação ao stress não ocorre de forma pacífica e as estratégias de coping estão, geralmente, ausentes ou alteradas. Para Townsend (2011) o stress é uma reação a uma mudança que exige uma adaptação ou resposta por parte da pessoa. Esta autora acrescenta que a doença mental é caracterizada por “respostas mal adaptativas aos agentes stressores de ambiente externo ou interno, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com as normas locais e culturais e que interfere com o funcionamento social, ocupacional e físico do indivíduo” (Townsend, 2011, p, 16). Por outro lado, respostas orientadas para a estabilização de processos internos que preservem a integridade e a autoestima, são vistos como sinónimo de saúde mental.

No serviço de urgência psiquiátrica (SUP) a pessoa é assistida por profissionais de saúde que a orientam e ajudam a ultrapassar a fase mais agudizada da sua doença mental ou episódios críticos que representem ameaças à sua estabilidade interior; tentam compensar os sistemas que estão desestabilizados, de forma a devolver à pessoa a possibilidade de recuperação, passando a ação muitas vezes pela contenção física e química; orientam igualmente a família para o próximo passo a seguir.

Num serviço de internamento, há continuidade de cuidados através de uma equipa multidisciplinar e a pessoa é acompanhada ao longo da sua recuperação física e mental, num espaço de dias a semanas; também a família, quando presente, é acompanhada pela equipa, tendo a possibilidade de participar em sessões de acompanhamento com enfermeiros.

² Regulamento n.º 515/2018

Após a alta, já na comunidade, a pessoa pode ter acompanhamento em consulta externa e é igualmente seguida por uma equipa que a acompanha e promove a sua reabilitação ao longo dos anos, com o objetivo de prevenir recidivas da doença e o reinternamento, com vista à adesão terapêutica e à promoção da saúde. Neste processo de reabilitação, a família tem um papel fundamental acompanhando e fornecendo suporte ao seu familiar doente: no regresso às atividades diárias de vida diária e à integração na vida social e nas relações interpessoais. Por outro lado, é assegurado o acompanhamento das próprias famílias pela equipa de enfermagem, com reabilitação psicossocial importante.

Direcionei o meu projeto de mestrado para a temática familiar, pelo meu grande interesse na observação e no estudo das famílias, de forma a poder trabalhar com elas aspetos comunicacionais e interacionais, que estão na origem de muitas problemáticas intrafamiliares – a comunicação alterada gera dificuldades relacionais e dificulta frequentemente o processo de recuperação da pessoa doente.

Na família há vários subsistemas em interação constante. Estes subsistemas influenciam-se mutuamente e têm impacto na saúde familiar. Para analisar uma família torna-se necessário analisar cada pessoa que dela faz parte – cada indivíduo nas suas especificidades, crenças e interações. A saúde de um indivíduo afeta a saúde da restante família e toda a sua função. O estudo da família torna-se, assim, necessário para maximizar o cuidado ao utente.

No início de cada estágio, foram definidos objetivos específicos para cada contexto, visando a implementação da intervenção de âmbito psicoterapêutico escolhida durante a aprendizagem teórica. Na sua totalidade, foram realizadas vinte e duas semanas de estágio, repartidas em três contextos diferentes.

Embora a primeira prática clínica, em contexto da comunidade, faça parte da Unidade Curricular Vigilância e Decisão Clínica, no âmbito deste relatório considero importante associá-la aos estágios nos contextos de serviço de internamento e de serviço de urgência psiquiátrica, integrados na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Em conjunto, estes três contextos ilustram o percurso habitual das pessoas doentes e sua família, no sistema nacional de saúde: urgência, internamento, comunidade. Neste sentido, consideram-se um contributo relevante para o conhecimento em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Competências Específicas do EEESMP

As competências específicas do EEESMP estão definidas no Regulamento nº 515/2018 e oferecerem um guia orientador ao profissional, regulando a sua prática. Ele deve desenvolver competências de autoconhecimento e consciência de si; assistir a pessoa, família ou comunidade ao longo do ciclo de vida, na dinâmica própria de cada contexto, prestando cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde de quem cuida³.

O enfermeiro, quando se relaciona com o outro, não o faz senão usando-se a si próprio como instrumento terapêutico. É através do autoconhecimento e da consciência de si que o enfermeiro se autodesenvolve e toma conhecimento das suas limitações, falhas, crenças e valores. Como refere Townsend (2011) “o uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha grande autoconsciência e autoconhecimento; que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, a morte e sobre a condição humana em geral” (p. 122). Tendo atingido o autoconhecimento, põe-se, sem medo, à mercê de vivências, que incorpora no seu processo de crescimento pessoal.

Este entendimento de si, aumenta a capacidade e possibilidade de criar relações interpessoais satisfatórias. Este conceito está igualmente espelhado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de ESMP⁴, o qual refere que o EEESMP “engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (p. 17034). É dando de si que o enfermeiro recebe do outro, numa relação terapêutica, cuja base são a confiança e a sinceridade.

³ Regulamento nº 515/2018 (Artigo 4º)

⁴ Regulamento n.º 356/2015

A relação terapêutica é a ferramenta principal do enfermeiro, sendo o veículo de ligação ao utente. Define-se como “uma interação entre duas pessoas (normalmente um prestador de cuidados e o indivíduo que os recebe) na qual a colaboração dos dois participantes contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença” (Townsend, 2011, p. 121). A enfermagem não se faz, senão em interação com o outro, em relação, através da comunicação. A comunicação está, pois, na base da relação de ajuda, que é, em si mesma, um veículo para a relação terapêutica. Define-se como uma interação particular entre duas pessoas que contribuem para a procura da satisfação de uma necessidade de ajuda (Chalifour, 2008, citado por Sequeira 2016).

A pessoa com doença mental carece muitas vezes de capacidades cognitivas que lhe permitam conduzir comportamentos e respostas adequadas para com os outros. Pode carecer igualmente de autoestima, empoderamento pessoal ou capacidade de lutar pelos seus direitos. É neste sentido que o Treino de Assertividade e a promoção de um estilo de comunicação assertivo, são fundamentais para que a pessoa possa concretizar, no seu dia-a-dia, pequenos ganhos nas relações interpessoais – ao não se deixar manipular, influenciar ou sofrer abusos comportamentais de outras pessoas que, pela sua própria personalidade, se sobrepõem e dominam a relação.

Townsend (2011) refere que “os indivíduos que não se sentem bem consigo próprios, ou permitem que outros violem os seus direitos (...) sendo notória ou dissimuladamente agressivos” (p. 238) consigo, beneficiam sobremaneira do treino de assertividade. O comportamento assertivo “ajuda-nos a sentirmo-nos bem connosco próprios e a aumentar a nossa autoestima. Ajuda-nos a sentirmo-nos bem em relação a outras pessoas e aumenta a nossa capacidade de desenvolver relações satisfatórias com outras pessoas” (Townsend, 2011, 238). Grilo (2012) reforça esta ideia referindo que “existe uma correlação positiva entre o estilo assertivo e a autoestima” (p. 287). Indivíduos que usam este tipo de comportamento e forma de comunicar, sentem tendencialmente mais controlo sobre a sua vida, maior satisfação nas suas relações e alcançam mais facilmente objetivos pessoais.

Na fase aguda da doença mental torna-se especialmente necessário que o enfermeiro faça uso da sua capacidade de comunicação especializada, para a criação da relação de ajuda. Lidar com a pessoa com doença mental exige do enfermeiro capacidade de estabelecer confiança com o utente, demonstrando respeito por si, sendo autêntico e empático.

A metodologia da intervenção em crise “consiste principalmente em técnicas ordenadas de resolução de problemas e atividades estruturadas que se centram nas mudanças” (Townsend, 2011, p. 215). Bowers et al. (2010) no seu estudo sobre as características definidoras dos enfermeiros que trabalham em serviços de urgência psiquiátrica, chegaram à conclusão que eles possuem:

- fundamentos morais importantes;
- estão preparados para a interação neste contexto;
- sabem estar com os doentes;
- fazem uso da comunicação não verbal, verbal e do vocabulário adequado no momento certo;
- abordam os sintomas com os doentes;
- e têm autodomínio emocional.

Todas estas ferramentas e técnicas usadas pelos enfermeiros têm o objetivo último de estabelecer a relação de ajuda, com a qual irão criar uma relação terapêutica e assim assistir a pessoa na crise, com vista à recuperação e manutenção da saúde.

Estabelecer relação psicoterapêutica com a família cuidadora é igualmente fundamental para a pessoa com doença mental, quando esta é o seu suporte primário. Na família, cada elemento se influencia mutuamente, sendo que a doença mental de uma pessoa leva, com frequência, uma unidade familiar doente.

A comunicação com a família e a sua integração no processo de reabilitação da pessoa com doença mental, é das intervenções de enfermagem mais importantes. Este aspeto fundamental está igualmente espelhado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados em saúde mental, no qual se refere que as intervenções do enfermeiro especialista devem “contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.” (Regulamento nº 356/2015, p. 17034). Igualmente presente neste documento constam oito categorias de atuação do EEESMP, entre as quais vale a pena mencionar as seguintes, como fundamentação à intervenção do enfermeiro:

- a promoção da saúde, mais especificamente na “participação no reforço de redes comunitárias de suporte ao desenvolvimento saudável, com particular atenção para as primeiras fases do ciclo vital (parentalidade, infância e adolescência)”⁵;
- a promoção da inclusão social, principalmente pela “capacitação da comunidade e família para o respeito e integração da pessoa diferente” e pela “otimização dos recursos do indivíduo, família e comunidade para manter e/ou promover a inclusão da pessoa em sofrimento mental decorrente da situação de diferença”⁶.

O EEESMP deve estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa e família, identificando as suas necessidades específicas. Deve igualmente avaliar o impacto que fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar, têm na saúde mental de cada elemento que a constitui ⁷.

A competência de relação de ajuda e desenvolvimento da relação psicoterapêutica foi promovida e desenvolvida ao longo de todo o percurso de estágio, através do contacto com utentes e famílias. A realização de entrevistas e de estudos de caso (capítulo 2) possibilitou a implementação de intervenções especializadas, fortalecendo a proximidade de relação e o desenvolvimento da relação psicoterapêutica, permitindo assistir na promoção da saúde.

1.1.1. Competências Psicoeducativas e Psicossociais

Aplicar o Treino de Habilidades Sociais (THS) e concretamente o Treino de Assertividade, descritas abaixo no subcapítulo 1.5., exige que o enfermeiro mobilize competências de âmbito psicoeducativo e psicossocial. É função do EEESMP implementar “intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”. (regulamento nº 515/2018, p. 21430). A prática de cuidados junto de famílias e pessoas com doença mental aplica-se, assim, nesta dinâmica interventiva de suporte e de educação.

A psicoeducação é uma “técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica,

⁵ Regulamento nº 356/2015, p. 17036

⁶ Regulamento nº 356/2015, p. 17038

⁷ Regulamento n.º 515/2018

bem como sobre o seu tratamento” (Lemes & Neto, 2017, p. 17). Auxilia no tratamento das doenças mentais, com a perspectiva de mudanças comportamentais, sociais e emocionais.

O modelo psicoeducacional surgiu nos anos 1970; envolve teorias psicológicas, educativas e recorre a disciplinas como a filosofia ou a medicina para dar resposta às necessidades educacionais dos utentes sobre as suas problemáticas psicopatológicas (Lemes & Neto, 2017). O enfermeiro, ao fazer uso da psicoeducação, atua como agente de mudanças em aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais.

Aplicada a cuidadores de pessoas com distúrbio mental, a psicoeducação pode igualmente ter um impacto positivo, por exemplo: os familiares podem apresentar atitudes mais positivas para com a pessoa de quem cuidam (Lemes & Neto, 2017). Os mesmos autores referem que a intervenção psicoeducacional é importante enquanto estratégia de suporte no cuidado ao cuidador. Pode ser aplicada tanto em situações de doença física como mental, individualmente ou em grupo, presencial ou virtualmente.

Em última análise, a psicoeducação tem como propósito capacitar os cuidadores de pessoas com doença mental, fornecendo o máximo de informação possível acerca da doença. Com este recurso, o cuidador consegue compreender todas as suas dimensões e problemáticas e cuidar do seu familiar, gerindo o seu processo de saúde-doença e auxiliando na sua reabilitação psicossocial (Sin, Jordan, Barley, Henderson & Norman, 2015). A importância da psicoeducação é transversal à prática de cuidados em ESMP, em todos os contextos, sendo o enfermeiro responsável por “promover e reforçar as capacidades das famílias” (Regulamento nº 515/2018, p. 21429).

Intervenções psicossociais – por exemplo, terapias cognitivo-comportamentais, como o treino de assertividade – mostraram ser igualmente benéficas, complementando intervenções psicoeducativas e a psicofarmacologia, em tratamentos de manutenção na doença mental crónica (Cakir & Ozerdem, 2010).

Aliadas ao tratamento farmacológico, a implementação de intervenções de âmbito psicoeducativo e psicossocial têm demonstrado: eficácia na reabilitação da pessoa; diminuição da severidade de sintomas da doença; redução do número de episódios agudos⁸; aumento da capacidade para habilidades sociais e melhoria na qualidade de vida⁹.

⁸ Kumar et al., 2017

⁹ Cakir e Ozerdem, 2010

1.2. Assertividade e Comunicação Assertiva

A assertividade “é a capacidade de se expressar a si próprio e aos seus direitos sem violar os direitos dos outros (...) ou seja, ter respeito por si e pelos outros” (Pramilaa, 2013, p.70). É considerada como um comportamento saudável para qualquer pessoa que a use, uma vez que combate a impotência sentida, promovendo o empoderamento pessoal.

Loureiro (2011) refere-se ao Modelo de Assertividade de Wolpe (1976) e Lazarus (1977), que consideram existir duas componentes que influenciam o desempenho social:

- a ansiedade, quando o desempenho social está associado a estímulos aversivos que inibem respostas assertivas;
- o controlo ineficaz dos estímulos no estabelecimento de respostas, o que desencadeia dificuldades no desempenho social.

Esta incapacidade de desempenho social, está relacionada com uma aprendizagem social não assertiva. O THS deve, pois, incidir as suas intervenções sobre “componentes emocionais e ambientais imprescindíveis para a aprendizagem, consolidação e promoção de comportamentos interpessoais assertivos” (Loureiro, 2011, p. 17).

Na literatura encontram-se várias denominações para o Treino de Assertividade – como treino assertivo ou treinamento de assertividade – que têm a mesma definição e significado. Para facilitar e uniformizar esta nomenclatura, ao longo do relatório opto por denominar esta intervenção psicoterapêutica como treino de assertividade, à semelhança de vários autores – por exemplo Townsend (2011) ou Sequeira (2016).

1.2.1. Comunicação assertiva na equipa de enfermagem

Na prática profissional de enfermagem a ausência ou deficiência da comunicação é um fator importante e com impacto direto na qualidade da prestação de cuidados. Nakamura et al. (2017) referem como dificuldades comunicacionais entre os enfermeiros: o burnout, fraco interesse/empenho na profissão e a desmotivação relacionada com o local de trabalho. Os

mesmos autores mencionam ainda que a capacidade de ser assertivo é a chave para a redução do risco profissional, prevenção de erros e melhoria na qualidade de cuidados. Um ambiente de trabalho tranquilo, com o espírito de comunicação aberta e assertiva é promotora de boas relações profissionais, o que aumenta, por si só, a satisfação pessoal do enfermeiro.

O Treino de Assertividade é aplicável a vários tipos de população e, pela fundamentação supracita, inclusivamente aos próprios profissionais de saúde. O interesse pelo desenvolvimento pessoal no âmbito da comunicação assertiva é uma mais valia para os enfermeiros, uma vez que “aumenta a comunicação eficaz e ajuda a construir relações de equipa, porque a colaboração com outros profissionais de saúde exige um alto nível de assertividade e cooperação (indo de encontro às necessidades de todos)” (Nakamura et al, 2017, p. 2).

Debater a temática da comunicação assertiva na equipa de enfermagem e desenvolver competências de investigação científica, no decorrer da prática clínica, permitiu fortalecer competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, esperadas para o enfermeiro especialista, nomeadamente:

- desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento¹⁰.

A primeira alínea refere que o Enfermeiro Especialista deve deter uma elevada consciência de si enquanto pessoa e profissional. Nesta conquista, deve “desenvolver o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar” (Regulamento n.º 122/2011, p. 8652). O treino de assertividade é, por si, um meio de treinar a abordagem ao outro, na relação.

Ao fazer uso de um comportamento mais assertivo, ao invés de um comportamento agressivo ou manipulador, o enfermeiro procura relações saudáveis e equilibradas, que se fortalecem ao longo do tempo, sendo justas para ambos os intervenientes.

Ao basear a sua prática clínica em sólidos padrões de conhecimento, o enfermeiro garante que a sua conduta é válida e sente-se seguro das suas intervenções, mostrando-se confiante e otimista. O comportamento assertivo está estabelecido como sendo facilitador das relações

¹⁰ Regulamento n.º 122/2011, p. 8649.

interpessoais. Hargie e Dickson (2004), citados por Grilo (2012), destacaram objetivos específicos do treino assertivo, que os enfermeiros podem adotar na sua vida e na sua prática: ajudar o outro a assegurar que os seus direitos não são violados, reconhecer os direitos dos outros, comunicar a sua opinião de forma confiante, recusar pedidos irrazoáveis, fazer pedidos razoáveis, lidar eficazmente com recusas irrazoáveis, evitar conflitos agressivos desnecessários e desenvolver e manter um sentido pessoal de eficácia.

O sucesso do treino de assertividade “nas mais distintas áreas do saber, pode justificar-se pelo fato da essência da comunicação assertiva (...) ser culturalmente desejável ou politicamente correta e, portanto, facilitadora da convivência civilizada em sociedades democráticas” (Joyce-Moniz & Barros, 2005, citados por Grilo, 2012, p. 285).

Ao desenvolver o tema da comunicação assertiva, na equipa de enfermagem do serviço de internamento, foi possível promover competências de investigação na área, contribuir para a formação em serviço e potencialmente desenvolver relações interprofissionais mais saudáveis. Os objetivos fundamentais para o treino de assertividade nos profissionais de saúde são:

- a aquisição de competências comunicacionais,
- a expressão clara das suas ideias e opiniões,
- encorajar os utentes e expressar as suas necessidades.

O Treino de Assertividade permite ao enfermeiro melhorar padrões de comunicação com o utente e na relação de equipa, fortalecendo as relações profissionais. Foi possível promover esta dimensão do conhecimento ao longo da prática clínica, nomeadamente durante o estágio de internamento, como demonstrado adiante no subcapítulo 2.2.

1.2.2. Comunicação assertiva com o utente e família

A comunicação, como instrumento do enfermeiro, é uma ferramenta essencial no *saber-fazer* profissional. Sequeira (2016) refere que “a comunicação terapêutica e a relação terapêutica são indissociáveis, pois a relação terapêutica obtém-se por via da comunicação, sendo que a relação é o veículo que permite que a comunicação tenha valor terapêutico” (p. 98).

O profissional de saúde faz uso da comunicação na interação, o que pode conduzir a estados de saúde ou doença, pois dependendo da forma como ele a realiza e de como esta é recebida, pode ter impacto positivo ou negativo. A comunicação é um meio através do qual o profissional “identifica um problema e propõe uma estratégia de resolução, em função do contexto e da situação de cada um” (Sequeira, 2016, p. 5).

Quanto às famílias, deve igualmente o EEESMP, quando presta cuidados psicoterapêuticos:

- apoiar e orientar famílias de pessoas com doença mental, mobilizando intervenções que promovam o conhecimento e a compreensão das perturbações mentais e suas implicações;
- educar, tanto o utente como a família cuidadora, sobre as várias opções terapêuticas de tratamento;
- prestar “apoio sistematizado às famílias das pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares”¹¹.

A assertividade assume importância nas relações terapêuticas, enquanto característica essencial da personalidade do profissional. Belim e Almeida (2018) referem que a relação terapêutica requer atributos como a empatia, confiança, compreensão, determinação e firmeza. Estes atributos podem ser convergidos num modelo de comunicação baseado na positividade, na clareza de transmissão e na assertividade, que pode melhorar significativamente a relação de cuidado.

1.3. A comunicação e a família

A comunicação está na base de qualquer interação familiar: verbal, não verbal, virtual, escrita, etc. Há vários comportamentos que interferem com a comunicação funcional na família, por exemplo: fazer suposições, desvalorizar sentimentos, comunicar indiretamente ou não ouvir (Townsend, 2011). A comunicação assertiva vem completar e aperfeiçoar os padrões de comunicação interpessoais – pois é assumindo um comportamento assertivo que se “promove igualdade nas relações humanas, permitindo-nos agir no nosso melhor

¹¹ Regulamento n.º 515/2018, p. 21430

interesse, defendendo-nos sem ansiedade excessiva” (Alberti & Emons, 2001, citados por Townsend 2011, p. 237). Permite igualmente à pessoa a capacidade de se exprimir honestamente, defendendo os próprios direitos sem negar os dos outros.

A família, para Carvalho (2015), “é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e onde se vivenciam um conjunto de experiências fundamentais para a formação da personalidade” (p. 6). Considera-se a família como uma estrutura social importante para o desenvolvimento da saúde do indivíduo.

Na doença mental, muitas vezes os familiares vivem uma luta constante entre os *ideais* que criaram para o ente-querido e a realidade que estão a viver, frequentemente diferente das suas expectativas. Surge a necessidade de criar expectativas realistas, flexíveis, para que se mantenha a funcionalidade familiar. Townsend (2011), relativamente às expectativas dos elementos da família, refere que ignorar a individualidade de cada elemento e exigir provas de amor, são comportamentos que interferem com o funcionamento adaptativo. Estes tipos de comportamentos interferem com os sentimentos pessoais do elemento da família, alvo de expectativas mal direcionadas. Boyer e Jeffrey (1994), citados em Townsend (2011) referem seis elementos de avaliação da família quanto à sua funcionalidade:

- comunicação,
- reforço do conceito de si,
- expectativas dos membros da família,
- lidar com as diferenças,
- padrões de interação familiar
- e o clima familiar.

Analisando estes seis elementos obtém-se uma perspetiva geral do funcionamento interno da família. Uma família saudável é uma família que consegue comunicar entre si; em que os seus elementos são livres de manifestarem as suas preocupações, frustrações, ansiedades, necessidades e alegrias. Uma família saudável é também uma família funcional. Numa família funcional existe flexibilidade entre os membros e as expectativas que têm uns para com os outros vão-se adaptando, o que permite que ocorram alterações ao bom funcionamento da família, sem criar conflitos graves. O clima de uma família disfuncional, por outro lado, é preenchido por sentimentos de dor, tensão, raiva frustração ou sentimentos de impotência (Townsend, 2011).

O contacto dos familiares com os serviços de saúde mental e a sua maior participação no tratamento é favorável na recuperação dos doentes, contribuindo para sua maior satisfação, que está diretamente relacionada com a adesão terapêutica. Townsend (2011) refere que o apoio “da família é também importante para ajudar o cliente a aceitar a necessidade da administração contínua da medicação” (p. 563). Sendo a adesão terapêutica dos principais fatores para a recuperação da saúde mental, percebe-se a pertinência e importância do envolvimento dos familiares (Carvalho, 2015). A disfuncionalidade familiar tem impacto na doença mental, quando fatores internos prejudicam as relações e promovem o afastamento dos familiares, interferindo, por conseguinte, no processo de recuperação da pessoa.

Gomes, Amendoeira e Martins (2012) consideram que o sofrimento psicológico resultante de um acumular de acontecimentos de vida negativos, nomeadamente a doença psiquiátrica, influencia os processos intrafamiliares e a própria família sofre alterações internas – que devem também ser foco do enfermeiro, para o processo de recuperação de toda a unidade familiar. Os mesmos autores referem que é importante que os enfermeiros estejam despertos para a saúde e as necessidades da família, desenvolvendo processos de comunicação em momentos concretos de ajuda terapêutica. Fazendo uso destes processos, acredita-se que é possível diminuir a ansiedade dos familiares e melhorar as relações intrafamiliares. Considerar a família como uma *perspetiva* de trabalho, ainda se constitui como um desafio para os profissionais de saúde, sobretudo em contextos nos quais o cuidado está voltado sobretudo para as necessidades do indivíduo e não da unidade familiar (Figueiredo & Martins, 2009, citados em Cavalcante, Rodrigues, Paiva, Netto & Goyanna, 2017, p. 106).

Gomes, Amendoeira e Martins (2012) referem que “ao escutar a família, os enfermeiros podem identificar quais as necessidades que obrigam a uma intervenção mais imediata” (p. 56), havendo assim menos internamentos e mais ganhos em saúde. Em conjunto com a família, pode ser estabelecido um plano de cuidados incorporando o treino de assertividade, que deve ser implementado ao longo do tempo, com vista à melhoria das dinâmicas familiares.

É importante conhecer e compreender o funcionamento da família e o impacto das relações internas no processo de doença mental. Só assim, o profissional pode promover a saúde mental das famílias, promovendo a sua capacidade de cuidar do seu familiar, para que sejam capazes de responder às exigências que a sociedade lhes traz, enquanto responsáveis pela

socialização dos membros doentes e pelo equilíbrio de todos (Gomes, Amendoeira e Martins, 2012).

Ao longo do percurso de estágio, foram implementadas atividades especializadas, no sentido de promover a comunicação assertiva na família (descritas no capítulo 2).

1.4. Modelo Calgary de Avaliação Familiar

O *Modelo Calgary de Avaliação Familiar* foi usado como referencial teórico para a avaliação da família. A abordagem do sistema familiar tem sido usada nos cuidados de enfermagem, na compreensão da família como uma unidade funcional e não apenas como a soma dos seus elementos (Silva, Bousso & Galera, 2009). A avaliação familiar passou, assim, a ser fundamental no cuidado à pessoa.

Os cuidados de enfermagem à família têm essencialmente duas funções: de suporte e de educação. Englobam: assistir nas fases de transição, vivência de ansiedade e stress; mobilizar recursos internos e externos de resolução de problemas e conflitos; fornecer informações pertinentes, prestar ensinamentos e preparar a família para o seu papel de cuidadora (Seabra, 2010).

O *Modelo Calgary de Avaliação Familiar*, desenvolvido por duas enfermeiras Canadianas na década de 1980, avalia a família em três grandes categorias: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Permite diagnosticar problemas de saúde, assim como os recursos internos e externos para a sua resolução, sistema de apoio e o suporte comunitário de que dispõem (Cavalcante, Rodrigues, Paiva, Netto & Goyanna, 2017).

Esta primeira categoria permite conhecer: a estrutura e características internas e externas da família, ou seja, a sua composição numérica e de género; a família alargada; o contexto socioeconómico, religioso e ambiental em que se insere. Estas informações são transmitidas através de ferramentas como o Ecomapa e o Genograma, que possibilitam o acesso fácil, rápido e prático aos dados da família (Cavalcante et al., 2017).

A dimensão de desenvolvimento, permite elucidar sobre os vínculos entre os seus membros e os estágios de vida em que cada elemento se encontra. Avalia a história de vida da família, analisando o seu ciclo de vida, referindo acontecimentos marcantes, episódios de transição,

crises de desenvolvimento ou acidentais (Santos, 2012; Cavalcante et al., 2017). Conhecer estes momentos marcantes, permite ao enfermeiro compreender a fase de vida pela qual a família está a passar, a forma como esta se adapta às mudanças e o impacto que elas trazem ao seu funcionamento interno.

A dimensão funcional, por sua vez, apresenta duas funções: a expressiva e a instrumental. As ligações e interações intrafamiliares, tipo de comunicação usada, crenças, influências e alianças, constituem a primeira; enquanto que atividades distribuídas por cada elemento e a forma como estes se organizam na vida diária, fazem parte da segunda (Cavalcante et al., 2017; Souza, Costa & Carvalho, 2017).

1.5. O Treino de Assertividade

O treino de assertividade e o THS desenvolveram-se inicialmente nos Estados Unidos da América e na Inglaterra, respetivamente¹² e surgiram “na década de sessenta a partir dos trabalhos de Salter, Wolpe e Lazarus como uma evolução das terapias cognitivo-comportamentais”¹³.

Tomás e Carvalho (2014) referem que o treino da comunicação assertiva foi introduzido em psicoterapia individual, antes mesmo de o conceito de assertividade estar definido com rigor. Este conceito é, pois, indissociável da comunicação, sendo uma forma de falar, de interagir e de ser, na relação com o outro.

O Treino de Assertividade insere-se no âmbito das terapias cognitivas e comportamentais. As terapias cognitivas foram introduzidas por alguns autores nas terapias de habilidades sociais porque os fundadores do Treino de Assertividade “constataram que apenas acreditar nos direitos pessoais ou aprender uma resposta assertiva específica poderia não ser suficiente para a emissão de comportamentos adequados” (Grilo, 2010, citada em Tomás & Carvalho, 2014, p.105). Por seu lado, a terapia comportamental é uma “forma de psicoterapia cujo objetivo é modificar padrões de comportamento mal adaptativos através do reforço de comportamentos adaptativos” (Townsend, 2011, p.291).

¹² Tomás, A. C., & Carvalho, M. R. (2014)

¹³ Loureiro, C. (2013)

Na implementação do THS são empregues uma serie de técnicas cognitivo-comportamentais, como psicoeducação, feedback corretivo, dramatização ou role-play, reestruturação cognitiva, relaxamento ou treino de assertividade. O objetivo é modificar componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos (Murta, 2005, citado por Tomás & Carvalho, 2014).

O comportamento assertivo é um dos principais componentes no THS, sendo o Treino de Assertividade o mais importante (Loureiro, 2013). O conceito de THS é influenciado por diversos fatores como a cultura, os padrões de comunicação ou as crenças e valores dos indivíduos. Loureiro (2011) refere-se à habilidade social como um constructo descritivo que engloba respostas verbais e não verbais que influenciam a resposta do interlocutor na interação.

O treino de assertividade surge, assim, como uma intervenção de âmbito psicoterapêutico, implementada no THS. Encontra-se na NIC (Dochterman & Bulechek, 2008), concretamente:

- no domínio comportamental, como sendo um cuidado que dá suporte ao funcionamento psicossocial, facilitando mudanças no estilo de vida;
- na terapia comportamental, definida como um conjunto de intervenções que reforçam ou promovem comportamentos desejáveis ou alteram comportamentos indesejáveis;
- sob a nomenclatura de treino de assertividade, significando o auxílio na efetiva expressão de sentimentos, necessidades e ideias, respeitando os direitos dos outros.

Na CIPE encontramos esta intervenção como “treinar o comportamento assertivo” que significa “expressar pensamentos pessoais de forma direta e confiante” (Sampaio et al, 2017, p. 18).

Lazarus (1973), citado em Teixeira, Prette e Prette (2013), identificou quatro classes principais de respostas assertivas:

- a habilidade de dizer não;
- a habilidade de fazer pedidos;
- a habilidade de expressar sentimentos positivos e negativos;
- a habilidade de iniciar, manter e terminar conversas.

Estas quatro habilidades constituem a fundamentação do Treino de Assertividade, que pode ter vários objetivos específicos. Enumeram-se os seguintes (Hargie & Dickson 2004, Alberti & Emmons 2008, citados em Grilo 2012):

- Mudar a forma como a pessoa se vê;
- Aumentar a sua capacidade de afirmação;
- Expressar adequadamente os seus pensamentos, sentimentos;
- Recusar pedidos irrazoáveis;
- Fazer pedidos razoáveis;
- Saber lidar com recusas irrazoáveis;
- Comunicar a sua opinião de forma confiante;
- Evitar conflitos agressivos desnecessários;
- Ajudar a pessoa a assegurar que os seus direitos não são violados;
- Reconhecer os direitos dos outros;
- Estabelecer a autoconfiança;
- Desenvolver e manter um sentido pessoal de eficácia.

Grilo (2012) refere que o Treino de Assertividade pressupõe sobretudo a flexibilidade e a aquisição da coordenação de perspetivas entre duas pessoas que comunicam. Com flexibilidade cria-se a compreensão e aceitação do outro. Esta mesma autora refere que para se iniciar esta intervenção devem ser seguidos os seguintes passos:

- Identificar as áreas em que existe défice assertivo;
- Analisar os fatores que impedem o indivíduo de se expressar de forma adequada;
- Incidir sobre os fatores identificados.

O treino de respostas assertivas é iniciado com o terapeuta, num ambiente protetor e seguro; a sua aplicação em situações de vida real sem o terapeuta – por exemplo, em ambiente laboral – só deverá ocorrer posteriormente, numa fase de aprendizagem avançada.

Para executar o treino de assertividade existem várias técnicas que o EEESMP pode utilizar, tendo em conta as capacidades da pessoa a quem se dirige a intervenção. Townsend (2011) enumera *Técnicas que Promovem o Treino de Assertividade* (ANEXO I), que foram usadas ao longo do estágio com os vários utentes e famílias.

Estas técnicas podem ser executadas em grupo ou individualmente, em sessões de treino de habilidades sociais. Loureiro (2013) refere que os grupos não devem ser superiores a quinze

elementos e a duração das sessões deve ser aproximadamente de duas horas, com frequência semanal ou bissemanal, durante um período de quatro a seis meses. Ao longo das semanas o terapeuta avalia o desenvolvimento da pessoa, dando sempre reforço positivo no final das sessões e estabelecendo tarefas para casa, de forma a que a pessoa consiga progressivamente aplicar os novos conhecimentos, no contexto da sua vida diária.

1.6. Instrumento de avaliação da assertividade

O instrumento de avaliação da assertividade utilizado no decorrer deste projeto, para avaliar a assertividade dos elementos da família, foi o *Teste de Assertividade* (ANEXO II). Este instrumento foi apresentado por Loyd (2002) no seu livro *Developing Positive Assertiveness* (citado por Townsend, 2011). É constituído por quinze questões, às quais se responde com “nunca, por vezes ou sempre”, o que se traduz numa escala numérica, respetivamente 1,3 ou 5 pontos. A pontuação total equivale à soma dos pontos obtidos, com a seguinte interpretação:

- Se a pontuação é de 60 ou mais pontos, tem uma filosofia assertiva consistente e provavelmente lida bem com a maioria das situações.
- Se a pontuação está entre 45-59 pontos tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade.
- Se a pontuação está entre 30-44 pontos pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva. Sugere-se treino de assertividade.
- Se a pontuação está entre 15-29 pontos tem dificuldades consideráveis em ser assertivo. Recomenda-se treino de assertividade.

Foi possível aplicar este instrumento às famílias durante o estágio, antes e após a intervenção especializada e comparar os resultados. Estes resultados são apresentados pormenorizadamente no capítulo 3.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO E INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTEXTO

No início das práticas clínicas foram definidos objetivos específicos que dessem resposta ao processo de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, esperado para o EEESMP. Cada estágio teve a sua dinâmica única, pelo que foram igualmente planeadas atividades específicas para cada um deles, com base nas necessidades de cuidados, características da população alvo e de acordo com o projeto de aprendizagem.

2.1. Equipa Comunitária

Neste contexto, o estágio teve a duração de sete semanas e realizou-se numa unidade de saúde mental comunitária pertencente ao SNS, integrado CHLO. A equipa de saúde desta unidade é constituída por enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, uma administrativa e um segurança.

Nesta unidade os enfermeiros realizam consultas de enfermagem – onde conduzem entrevistas, monitorizam a saúde física dos utentes e aplicam intervenções psicoterapêuticas especializadas; sessões psicoeducativas para famílias; acompanham no domicílio utentes que careçam de condições para se deslocar; e fazem a gestão do plano farmacológico dos utentes. Cada enfermeiro é o terapeuta de referência de mais de cem usuários no ambulatório.

A consulta de enfermagem atende preferencialmente pessoas com doença crónica, em acompanhamento há vários anos. Contudo, também existem situações imprevistas, comparecendo utentes com instabilidade psicopatológica, o que requer que os enfermeiros e restantes técnicos da unidade tomem atitudes contentoras e encaminhem o utente para o tratamento mais adequado.

2.1.1. Objetivos específicos

- Desenvolver competências de entrevista individual;
- Desenvolver capacidades de orientação e dinâmica de grupo;
- Identificar os principais problemas relacionais das famílias, no âmbito da terapia de grupo;
- Estabelecer a relação psicoterapêutica e promover a saúde mental da família.

2.1.2. Atividades Implementadas: intervenções específicas do contexto

Neste contexto, foi possível desenvolver diversas competências, designadamente, a entrevista individual, na consulta de enfermagem diariamente e em contexto domiciliário. Pude igualmente participar em outras atividades grupais, nomeadamente em grupos psicoeducativos para famílias. Abaixo, destacam-se as atividades realizadas consideradas mais relevantes:

- **Participar em grupos psicoeducativos para familiares**

A Unidade de Saúde Comunitária tem em curso um Programa Psicoeducativo para a Família, com a duração de cerca de três meses. Deste programa constam várias sessões realizadas por duas enfermeiras, uma vez por semana e têm a duração de cerca de duas horas. Habitualmente, o número de participantes varia entre seis e dez familiares, sendo sobretudo composto por pais e mães idosos e/ou adultos, a viver com filhos com doença mental grave. Na sua maioria, os participantes são casais.

O objetivo do Programa Psicoeducativo para a Família é fortalecer a comunicação e as interações familiares, explorando o tema central da comunicação. As temáticas desenvolvidas constam de um programa pré-definido, abordando-se em cada sessão um tópico diferente. Abaixo elencam-se algumas das temáticas desenvolvidas:

- Mnemónicas da comunicação:
 - FFSSS: fundo, forma, sentimento, sugestão, solução;

- SSSS – armadilhas da comunicação: sobrevalorização, sobreproteção, sobrestimulação, sobrecarga emocional;
- Como dar respostas positivas; reforço positivo e gratificação;
- Como manifestar vontades, mostrar sentimentos e dar respostas;
- Importância de saber dizer “não”;
- Não julgar, não dar opinião nem conselhos;
- Empatia como método de interação;
- Comunicação não verbal: aspetos a respeitar;
- Imposição de limites: porquê, quando, que dificuldades;
- Resolução de problemas.

Os participantes, em cada sessão, expõem as suas problemáticas pessoais e familiares, manifestando dúvidas, dificuldades e dilemas da sua vida atual. A discussão das temáticas com pares, ou seja, pessoas que compreendem e se identificam com as situações vividas, foi benéfica para a compreensão e aceitação de novas soluções.

Nestas sessões participei ativamente, como coterapeuta, estimulando a interação dos familiares entre si e com as terapeutas, oferecendo opções para alguns problemas e contribuindo com a temática da comunicação assertiva.

- **Realizar reflexões críticas;**

A prática reflexiva permite ao enfermeiro conhecer-se a si cada vez melhor e saber que atitudes e respostas esperar de si próprio. No Regulamento das Competências Específicas do EEESMP está definido que o profissional “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” (Regulamento 515/2018, p. 21428).

No decorrer deste contexto, deparei-me com situações particularmente complexas, que motivaram a reflexão: situações específicas com utentes na consulta de enfermagem, que despoletaram emoções e me fizeram questionar qual a melhor resposta a oferecer. Igualmente nas sessões psicoeducativas de famílias pude observar as dinâmicas dos casais presentes, quase todos pais de filhos com doença mental grave e incapacitante, o que levou à reflexão sobre o impacto da doença mental na família.

Destacam-se a título de exemplo algumas das reflexões críticas realizadas (APÊNDICES I, II) como parte integrante das atividades desenvolvidas ao longo da prática clínica.

- **Desenvolver um *estudo de caso*;**

A realização de um *Estudo de Caso*, sobre a família Carvalho (APÊNDICE III), foi a estratégia pedagógica usada para aprofundar conhecimentos e implementar o cuidado especializado e dirigido de ESMP, bem como avaliar os ganhos em saúde das intervenções realizadas (ver capítulo 3.). O acompanhamento da família Carvalho permitiu explorar as histórias de vida dos seus elementos, a dinâmica das suas relações e identificar as suas necessidades e interações pouco satisfatórias. Permitiu ainda explorar o percurso e problemáticas da doença mental grave, conhecer as suas implicações, impacto familiar e individual. Testemunhar estas vivências permitiu adquirir um nível mais elevado de *insight* sobre a doença mental crónica. Tornou-me também mais consciente do quanto a pessoa ganha ou perde ao longo da vida, bem como o que significa para a família viver com este tipo de doença – como a vida de todos os elementos se altera e como a atividade da vida diária se modificam. Esta experiência clínica contribuiu, assim, em grande medida, para o meu processo de crescimento pessoal e profissional.

- **Realização de documento de apoio: *Diagnósticos a usar na Consulta de Saúde Mental Comunitária***

A Equipa Comunitária conta com um sistema informático que não contempla a possibilidade de inserir diagnósticos de enfermagem no processo dos utentes. Assim, ao longo da experiência de estágio propus-me realizar um documento que colmatasse esta situação: *Diagnósticos de Enfermagem (CIPE) a usar na Consulta de Saúde Mental Comunitária* (APÊNDICE IV). Estes diagnósticos poderão ser posteriormente incorporados na plataforma informática, de forma a completar o processo e registos do cuidado de enfermagem. Foi através da observação e das várias entrevistas realizadas que consegui fazer este levantamento e compilar os vários diagnósticos identificados em pessoas com doença mental grave e seus cuidadores.

2.2. Unidade de Internamento

O estágio de internamento decorreu num total de dez semanas, numa unidade de internamento do CHLO. A equipa de saúde é constituída por vinte enfermeiros, assistentes operacionais, médicos, assistente social e terapeuta ocupacional. Tem capacidade para vinte e cinco unidades.

O acesso do doente ao internamento é feito através do serviço de urgência do hospital, aplicando-se critérios clínicos como alterações psicopatológicas; por exemplo: transtornos ao nível do comportamento e apresentação geral, da consciência, orientação, atenção, fala/discurso, humor, afetos e emoções, pensamento, perceção ou vivência do eu. Grande parte dos utentes são internados compulsivamente, isto é, contra a sua vontade. A ausência de crítica é uma característica presente aquando da descompensação da doença mental grave, causando com frequência a recusa de internamento, sendo, por conseguinte, ativada a modalidade de internamento compulsivo. Ribeiro e Ponte (2018) referem-se a esta como um mecanismo essencial à boa prestação de cuidados que “não deve ser visto apenas e tão só como um meio de restrição de liberdade, mas antes como um mecanismo para garantir direitos e assegurar tratamento aos portadores de anomalia psíquica grave” (p.263).

Os enfermeiros do serviço, realizam atividades de âmbito psicoterapêutico, psicoeducativo e psicossociais, com vista à recuperação da saúde mental e por forma a motivar hábitos de vida saudáveis, prevenção de recaídas ou adesão à terapêutica, muitas vezes em parceria com outros profissionais da equipa de saúde.

As rotinas do internamento criam na pessoa a perspetiva de uma vida *regular* e promovem a sua recuperação. São incentivados o cumprimento de *regras* e a distribuição de tarefas, que ajudam a relembrar e a treinar os hábitos de vida no próprio domicílio. Os enfermeiros realizam duas vezes por semana sessões psicoeducativas com temas já planeados e programados pela equipa. Uma vez por semana realizam-se sessões comunitárias, em que dois enfermeiros selecionam utentes com necessidades específicas e discutem ou esclarecem temas importantes. Organizam-se também para assistir os cuidadores, tanto no horário de visitas como em sessões de apoio familiar.

2.2.1. Objetivos específicos de estágio

- Desenvolver competências de relação de ajuda com o doente na fase aguda da sua doença;
- Estabelecer relação psicoterapêutica com os familiares da pessoa com doença mental, promovendo a saúde mental;
- Identificar as principais dificuldades relacionais da família;
- Intervir no âmbito da comunicação assertiva, junto dos doentes e seus familiares;
- Debater a temática da comunicação assertiva, na equipa de enfermagem.

2.2.2. Atividades Implementadas: intervenções específicas do contexto

Participar das dinâmicas do serviço permitiu-me conhecer o local de estágio, a equipa multidisciplinar, os utentes naquele momento internados e as atividades e dinâmicas efetuadas, para uma adequada adaptação ao contexto. Diariamente pude realizar entrevistas com os utentes e com as famílias, aplicando posteriormente intervenções de enfermagem dirigidas às necessidades diagnosticadas. Tive oportunidade de participar e/ou realizar atividades e intervenções terapêuticas e que considero relevantes. Destaco designadamente:

- **Participação em Projetos de Enfermagem**, a decorrer no serviço, relacionados com a comunicação e a família:
 - (1). O projeto *“Diagnóstico de situação das Intervenções de Enfermagem realizadas com as visitas dos utentes internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Egas Moniz”* (ANEXO III), tem como objetivo a monitorização do diagnóstico das necessidades das famílias. Durante o horário de visitas o enfermeiro esclarece dúvidas, oferece informações e orienta os familiares nas suas necessidades. Conhecendo as famílias e interagindo com elas conhece-se as suas necessidades principais, que são documentadas e registadas para posterior análise; esta análise permite uma abordagem mais direcionada a cada família e, por conseguinte, ajudar o utente na sua recuperação. No horário de visita, há um enfermeiro destacado para acompanhar os utentes e famílias; este profissional regista as

intervenções que realizou. No final de cada mês é feito o diagnóstico de situação das intervenções realizadas - ou seja, que intervenções realizou o profissional durante o tempo de permanência na sala de visitas. Desta forma, classifica-se e monitoriza-se a intervenção do enfermeiro. Participar deste projeto permitiu-me intervir junto de famílias com problemas relacionais e comunicacionais e dirigir a minha intervenção especializada, o treino da comunicação assertiva.

(2) O projeto “*Sessão de Apoio a Famílias*”, oferece aos familiares uma intervenção mais sistematizada e dirigida. Estas sessões, de aproximadamente uma hora, abertas a qualquer familiar que queira ou precise de *falar* com um profissional, são guiadas pelas necessidades dos familiares presentes. Os principais tópicos abordados referem-se maioritariamente a: como reconhecer sinais de alerta de crise; como prevenir recidivas; adesão à terapêutica; a lei do internamento compulsivo; o processo de internamento, rotinas, evolução e perspetiva de alta. Participar deste projeto permitiu-me igualmente conhecer a família que acompanhei no Estudo de Caso e fazer um primeiro diagnóstico de situação, auscultando os principais problemas relacionais e comunicacionais presentes entre os seus elementos.

- **Coorientar Reuniões Comunitárias.** Estas reuniões realizam-se às terças-feiras de cada semana, por dois enfermeiros; têm a duração aproximada de uma hora e abordam variadas temáticas, consoante as necessidades e preocupações dos utentes presentes. Visam sobretudo esclarecer dúvidas, abordar emoções, preocupações ou inseguranças; promovem igualmente a interação entre os pares e diminuem a ansiedade de relação. Os temas habitualmente abordados são: o internamento compulsivo, leis e trâmites; regras de funcionamento do internamento; adesão à terapêutica; o processo de alta clínica; perspetivas e planos para o futuro. A comunicação foi fortemente promovida nestas reuniões, fortalecendo aptidões psicossociais entre os utentes. Foi, assim, possível promover conhecimento também no âmbito da comunicação assertiva, na medida em que a intervenção passou por ensinar métodos de comunicação pacífica, clara, respeitosa, assertiva. A experiência de coorientar sessões comunitárias contribuiu para desenvolver habilidades de gestão e condução de grupos e de entrevista grupal. Este desafio

permitiu-me compreender a importância de manter uma postura tranquila e apaziguadora; saber reorientar a sessão com perguntas pertinentes e fazer uso da capacidade de compreensão e criatividade, de modo a cativar os utentes e mantê-los ativos e participantes na sessão. No final das sessões são realizados *Registos de Reuniões Comunitárias* (ANEXO IV), dando relevo às intervenções de enfermagem e notificando e qualificando os cuidados prestados.

- **Participar em Sessões de Psicoeducação.** Estas sessões, englobadas no “*Programa Saúde e Bem-Estar*” do serviço, são realizadas todas as segundas e quartas-feiras de cada semana, por dois enfermeiros e têm duração de cerca de 1 hora. Existem sete temas predefinidos, que os profissionais abordam sequencialmente, adequando a temática ao tipo de utentes internados. Por exemplo, se vários utentes manifestarem necessidade de abordar relações sexuais, conjugais ou amorosas, os profissionais podem escolher o tema *Relações Afetivo-Sexuais*. Outros temas abordados são: *Adoecer Saudável; Cuidar de Si; Tratamento e prevenção de recaídas; Alimentação; Exercício físico, relaxamento e repouso; Drogas, álcool e tabaco*. São sessões psicoeducativas alusivas à promoção e manutenção da saúde e reabilitação psicossocial. Participar deste projeto permitiu fortalecer competências de: entrevista grupal e gestão de grupos, comunicação e exposição oral, formação em serviço e trabalho em equipa, promovendo desta forma a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias do contexto e prestando cuidados psicoeducacionais.
- **Realizar uma sessão de Psicoeducação,** sob o tema “*Comunicação e Assertividade*” (APÊNDICE V). Esta sessão psicoeducativa teve como objetivo desenvolver a capacidade de comunicação dos utentes internados, por forma a impulsionar melhoria nos seus padrões relacionais. Teve duração de cerca de uma hora e estiveram presentes, para além dos utentes, profissionais do serviço. Alguns utentes verbalizaram que desconheciam os vários tipos de comunicação; outros identificaram-se a si próprios ou a pessoas conhecidas como fazendo uso de um ou outro tipo de comunicação ou comportamento. No final, mostraram satisfação por poderem participar com experiências pessoais e revelaram que a sessão realizada foi útil, dando a conhecer um tema transversal à vida, à saúde e à doença mental.

- **Elaborar um póster**, titulado “*A comunicação assertiva*”. A realização deste póster teve por base a sessão de formação apresentada aos utentes. Após a apresentação da sessão psicoeducativa sobre comunicação assertiva, foi apresentado um póster e pedido aos utentes que participassem na sua leitura e interpretação. Posteriormente, o póster foi fixado no corredor do serviço, para que todos os utentes pudessem lê-lo e refletir sobre a temática (APÊNDICE VI), o que despoletou também a curiosidade e o interesse dos restantes utentes e membros da equipa que não puderam participar das sessões formativas.

- **Realizar ações de Formação em Serviço**. Neste âmbito foi possível realizar as seguintes sessões de formação:
 - (1) “*Comunicação assertiva e treino de assertividade*” (APÊNDICE VII), com a duração de cerca de uma hora e meia. Estiveram presentes enfermeiros, assistentes operacionais e médicos do serviço; a sessão foi realizada conjuntamente com uma enfermeira do serviço. Pude, desta forma, contribuir para a formação em serviço e dar a conhecer à equipa especificamente o treino de assertividade, enquanto intervenção de âmbito psicoterapêutico em ESMP.

 - (2) “*A comunicação assertiva – role-playing e brainstorming*” (APÊNDICE VIII). Nesta sessão foram incorporadas técnicas pedagógicas de jogos de interação como o *role-playing* e *brainstorming*, para possibilitar o exercício prático. Nesta sessão, marcaram presença igualmente vários profissionais – mesmo que dirigida para a equipa de enfermagem esta temática é transversal a qualquer prática clínica em saúde, em que os profissionais estejam em relação com o outro. O benefício da participação poderá, assim, ser transversal à equipa multidisciplinar.

- **Participar em reuniões de equipa e realizar *debriefings***;

Esta atividade vai de encontro ao objetivo de autodesenvolvimento e conhecimento de si. Após cada entrevista clínica com utentes ou famílias, reunir com o enfermeiro orientador e

outros membros da equipa e refletir sobre o sucedido, foi sempre importante e teve impacto positivo no processo de crescimento e aquisição deste tipo de competências. Refletir sobre os novos dados e informações adquiridas, sobre as dificuldades na interação, dúvidas de comunicação, questões importantes sobre a avaliação psicopatológica dos doentes, é fundamental para o aumento do conhecimento. É através da reflexão e da partilha de pensamentos, sentimentos e emoções com os pares, que se abrem os horizontes e se faz a introspeção que contribui para o crescimento pessoal e profissional. Correlacionar pensamentos e ações revelou-se, para mim, ser mais fácil em grupo. Motivar a discussão e o debate em equipa, promove igualmente a uniformização de cuidados.

- **Realizar reflexões críticas;**

Esta atividade vem complementar a anterior, no que respeita ao desenvolvimento da competência específica de conhecimento e consciência de *si*. Como referido anteriormente, a reflexão é uma forte ferramenta terapêutica, na medida em que assim o enfermeiro consegue mobilizar-se a si próprio como instrumento terapêutico, porque ao refletir conhece-se cada vez melhor.

Na prática diária de estágio, a par do que sucedeu no contexto anterior, este tipo de reflexões críticas tiveram o seu propósito mais específico, obrigando a refletir sobre situações particulares reais, que motivaram atitudes e reações específicas. Vários episódios ou situações que decorreram durante o estágio e que foram marcantes no meu percurso foram expostas nestas reflexões. Com a escrita, os pensamentos ordenam-se, dando origem a conclusões antes não elaboradas. Por outro lado, temáticas mais complexas obrigaram à pesquisa bibliográfica e, assim, ao crescimento e desenvolvimento do conhecimento científico.

- **Desenvolver um estudo de caso;**

À semelhança do contexto anterior, também neste contexto, foi realizado um *Estudo de caso: A família Temperança* (APÊNDICE IX), obedecendo à lógica do processo de enfermagem. O primeiro contacto com a família em questão ocorreu numa das sessões do projeto “*Sessão de Apoio a Famílias*”. Analisando as necessidades e problemas por si expostos, propus-me acompanhá-la. A família, com o conhecimento do utente internado que não fez parte das

sessões realizadas, aceitou e iniciámos o percurso psicoeducacional. No capítulo 3 apresenta-se pormenorizadamente este estudo de caso e os resultados da intervenção.

2.3. Serviço de Urgência Psiquiátrica

A terceira e última etapa de estágio decorreu no SUP ao longo de cinco semanas, num hospital do CHULC, com uma equipa proveniente do CHPL. Esta unidade é composta por uma equipa de dez enfermeiros, seis assistentes operacionais e vários psiquiatras. Ocupa duas áreas funcionais separadas fisicamente, o que dificulta a prestação de cuidados.

Os utentes chegam ao SUP, para observação pela especialidade de psiquiatria, após a triagem (no serviço de urgência geral) de causas orgânicas que motivem alterações comportamentais ou outras. Numa primeira fase, o enfermeiro faz a avaliação diagnóstica do doente, monitoriza os parâmetros vitais, administra medicação e realiza ou orienta na realização de exames complementares de diagnóstico. Posteriormente, o utente é encaminhado ao serviço de observação no 2º piso do edifício, onde permanecerá enquanto aguarda diagnóstico médico e a decisão clínica sobre o encaminhamento mais apropriado.

Os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações disruptivas imprevisíveis, designadamente de comportamento agressivo ou violento. Nestas circunstâncias têm que mobilizar intervenções especializadas, como por exemplo os vários tipos de contenção (ambiental, física ou química) ou ativar sistemas de segurança avançados.

2.3.1. Objetivos específicos de estágio

- Desenvolver competências de relação psicoterapêutica com o doente e família na fase aguda da doença mental;
- Aperfeiçoar a técnicas de *observação*, enquanto estratégia terapêutica;
- Estabelecer estratégias de interação com o doente em crise: a *entrevista* enquanto instrumento do enfermeiro.

2.3.2. Atividades Implementadas: intervenções específicas do contexto

- **Aperfeiçoar a técnica de observação**, no contexto e nas situações vividas, incorporando os conhecimentos adquiridos;

A observação é das ferramentas mais essenciais à prática de cuidados. Desta forma, os primeiros turnos realizados foram sobretudo para *absorver* o clima de urgência, à medida em que conhecia o local de estágio, as suas estruturas, o movimento dos utentes e me integrava na equipa multidisciplinar.

Observar tornou-se a primeira ferramenta, antes de qualquer tentativa de comunicar verbalmente com o utente ou de intervir junto dele. A observação é o primeiro passo da relação, uma das primeiras estratégias que o profissional usa para iniciar a relação. Antes mesmo de o utente interagir com o profissional, este deve antecipar-se e estar atento aos sinais não verbais que o utente transmite: conhecer a linguagem corporal, indícios de perturbação, de ansiedade, de medo, frustração, agressividade, euforia, etc.

A observação resulta do uso dos sentidos e é usada pelo profissional de enfermagem em múltiplos campos de ação. Na interação com o utente, o enfermeiro usa instintivamente os sentidos para captar informações pertinentes e importantes mesmo antes de abordar o utente. Bachion (2009) refere que “a observação é inerente a todas as etapas do processo de enfermagem” (p. 5). A observação terapêutica está dependente de vários fatores, como circunstâncias ambientais, do utente ou do próprio profissional, prendendo-se com a sua capacidade, disponibilidade, interesse e sensibilidade percetiva. O enfermeiro só consegue absorver aquilo para que está desperto. Ao longo da prática clínica, pude trabalhar esta ferramenta silenciosa, percebendo as vantagens da sua aplicação no processo terapêutico: a observação permite ganhar tempo, conhecer o utente e organizar e priorizar mentalmente as intervenções a pôr em prática.

- **Aperfeiçoar as técnicas da entrevista clínica junto do utente e família;**

Sequeira (2016) define a entrevista clínica como uma interação comunicativa entre um profissional e uma pessoa, através da qual o primeiro organiza um processo de observação e de informações que necessita de recolher do segundo, com as quais irá prescrever intervenções de enfermagem específicas e individualizadas. A entrevista clínica é a

ferramenta psicoterapêutica mais importante do EEESMP. É através dela que o profissional conhece o utente e a família, incorpora novos conhecimentos, fornece informações, presta ensinamentos, cria uma relação psicoterapêutica. A entrevista serve várias funções e cabe ao enfermeiro implementar em cada momento terapêutico a forma mais pertinente de entrevistar a pessoa de quem cuida.

No SUP o instrumento fundamental do EEESMP é a entrevista – é um meio para um fim. É através da entrevista que o profissional interage terapêuticamente com o utente. Devido à especificidade do ambiente de urgência o enfermeiro deve saber estabelecer prioridades, fazer uma gestão de tempo adequada e selecionar pertinentemente as temáticas ou tópicos a abordar junto da pessoa, de forma a otimizar a entrevista. Ao longo das semanas de estágio pude praticar a entrevista clínica, junto do utente e da família, desenvolvendo as técnicas de comunicação aprendidas.

- **Realizar reflexões críticas;**

A autoanálise e a introspeção são elementos transversais às práticas clínicas, pelo que dando continuidade ao crescimento pessoal e profissional, à semelhança dos contextos anteriores, também no SUP foi necessário pôr na escrita muitos pensamentos e sentimentos, emoções e ideias sobre as situações vivenciadas sob a forma de reflexões críticas.

- **Desenvolver uma análise documental de um caso clínico, de forma a complementar o conhecimento do utente e família em crise;**

Realizei uma *Análise Documental do caso clínico da Ana* (nome fictício), que recorre frequentemente ao SUP, com base no processo clínico já existente, nas perspetivas e memórias da equipa e construí um plano de cuidados a aplicar, caso algum dia conhecesse a utente. Foi um projeto desafiante, que partiu do desconhecimento, nunca tendo tido a oportunidade de conhecer efetivamente a utente em questão. Com base em registos de interação da doente com a equipa, intervenções de enfermagem anteriormente implementadas, diagnósticos médicos aplicados, medicação utilizada e a tipologia de internamentos realizados, pude construir um processo de enfermagem, com a história clínica, pessoal e familiar e realizar um plano de cuidados. A complexidade do caso clínico da Ana, com a multiplicidade de sintomas apresentados e diagnósticos clínicos já sugeridos, exigiu

aprofundar o conhecimento em saúde mental e psiquiátrica, com pesquisa bibliográfica sobre doenças e perturbações psiquiátricas, sintomas específicos ou intervenções farmacológicas; exigiu igualmente explorar diagnósticos de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica e intervenções gerais e especializadas em enfermagem, de forma a dirigir atividades pertinentes e direcionadas à pessoa em questão.

- **Desenvolver um folheto “Guia de Acolhimento - SUP”;**

A realização do “*Guia de Acolhimento – SUP*” (APÊNDICE X), partiu de uma necessidade sentida relativamente à carência de informação dirigida ao utente e família que recorrem ao SUP. Na sua essência, este folheto informativo serve para orientar os utentes e famílias que necessitem de ajuda, com informações pertinentes. Ajuda sobretudo quem passa pela primeira vez num serviço como este, que poderá experienciar sentimentos de medo, ansiedade ou sentir dúvidas e querer colocar questões que, se na hora não ocorrem, ocorrem mais tarde já em casa. Deste modo, este guia fornece e complementa informações abrangentes e essenciais sobre a abordagem e o processo de internamento do seu familiar, bem como contactos importantes.

3. TREINO DE ASSERTIVIDADE NA FAMÍLIA: RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados da implementação da intervenção Treino de Assertividade na família, através da realização de dois estudos de caso, com base do processo de enfermagem: apreciação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação da intervenção. O primeiro realizou-se em contexto comunitário e o segundo em contexto de internamento.

Adotando uma abordagem metodológica de carácter qualitativo, foram utilizadas técnicas de obtenção de dados como a observação participante e a entrevista semiestruturada. Com recurso a um questionário de resposta aberta, *Entrevista Familiar* (ANEXO V), iniciou-se a avaliação familiar, com base no *Modelo Calgary de Avaliação Familiar*. Utilizou-se também o instrumento de avaliação da assertividade, *Teste de Assertividade* (ANEXO II).

Para dar suporte educativo ao longo das sessões, foram realizados e fornecidos documentos de trabalho alusivos à temática da comunicação assertiva, sustentado no conhecimento científico apreendido pela revisão da literatura (ANEXO VI, VII e VIII).

Para monitorizar os resultados da intervenção, no início e no final das sessões, foram aplicados o instrumento de avaliação da assertividade, *Teste de Assertividade* (ANEXO II) e o *Questionário de Avaliação das Sessões de Treino de Assertividade* (APÊNDICE XI).

3.1. A família Carvalho: contexto comunitário

O caso da Família Cardoso (nome fictício) descreve o cuidado de enfermagem e o acompanhamento realizado a esta família durante três semanas em contexto comunitário (APÊNDICE III). Foram realizadas cinco entrevistas com todos os elementos, três sessões de treino de assertividade com os pais e três sessões de psicoeducação para famílias.

Segundo o Ciclo de Vida da Família de Carter e McGoldrick (2005), citados por Townsend (2011), a família Carvalho, encontra-se no estágio de vida VI, na fase final de vida, e é

constituída por um casal idoso e um filho adulto, que vive com doença mental crônica há cerca de trinta anos. Encontram-se em acompanhamento comunitário há vários anos, sendo seguidos na consulta de enfermagem com a terapeuta de referência. Estes três elementos apresentam défices comunicacionais, nomeadamente na relação pais-filho: a sua fraca comunicação impede laços familiares íntimos e a dinâmica familiar sofre com o distanciamento emocional dos seus membros.

Posteriormente realizou-se o diagnóstico de enfermagem e intervenções dirigidas ao casal.

- **Diagnósticos de Enfermagem:**

- Aceitação do estado de saúde, comprometida;
- Capacidade para comunicar sentimentos, comprometida;
- Comunicação familiar, comprometida;
- Processo familiar comprometido;
- Coping familiar, alterado.

- **Intervenções de Enfermagem:**

- Determinar barreiras à assertividade, como a doença mental, a idade, fatores de cronicidade associados às pessoas;
- Distinguir os vários tipos de comportamentos: passivo, agressivo;
- Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais;
- Promover a expressão de pensamentos, sentimentos, quer sejam positivos ou negativos;
- Promover oportunidades de discussão familiar, tanto na Unidade de Saúde como no domicílio;
- Demonstrar o que é a comunicação assertiva, instruindo sobre os vários tipos de comunicação;
- Orientar os elementos da família sobre formas de praticar assertividade, no dia-a-dia, em situações concretas.

- **Indicadores de Avaliação:**

- Compreender barreiras à comunicação e à assertividade;
- Aceitar as limitações pessoais e a sua influência na comunicação;
- Distinguir os diferentes tipo de comportamentos;

- Reconhecer as dificuldades comunicacionais e relacionais da família;
- Reconhecer métodos e técnicas de modificar comportamentos e melhorar a relação intrafamiliar.

- **Resultados da intervenção**

A avaliação obtida com o Teste de Assertividade, revelou os seguintes resultados:

- A mãe apresentava inicialmente um score de 45 pontos, que corresponde a uma avaliação entre 45-59, pontos que se refere a “ter uma visão algo assertiva, mas que pode beneficiar de algum treino de assertividade”. No final da intervenção, apresentou um score final de 51 pontos, verificando-se um aumento de 6 pontos na escala de assertividade, mantendo-se, no entanto, no mesmo nível de avaliação. Aperfeiçoou o seu comportamento assertivo nas questões 1, 2 e 14 do teste aplicado, respetivamente: *“peço aos outros para fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso”*; *“quando alguém me pede para fazer algo que não quero, digo não sem me sentir culpado ou ansioso”*; *“quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante que posso aprender a fazê-lo”*.

- O pai, inicialmente com um score de 59 – correspondente à mesma avaliação que a mãe entre 45-59 pontos – manifestou um aumento positivo na escala, subindo para 64 pontos, que o pontuam como tendo uma *“filosofia assertiva consistente e ser capaz de lidar bem com a maioria das situações”*. Os aspetos melhorados foram as questões 5, 6 e 9, respetivamente: *“quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.) verbalizo-os facilmente”*; *“quando exprimo raiva, faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso”*; *“quando cometo um erro, reconheço-o”*.

Em contexto comunitário, a família apresentou-se receptiva ao projeto, apreendendo a temática com relativa facilidade. A estabilidade psicopatológica do filho facilitou a interação com toda a família. A possibilidade de trabalhar com a família em contexto comunitário e no domicílio, promoveu momentos terapêuticos promotores de novo conhecimento, no âmbito da temática da comunicação. A evolução de uma semana para a seguinte foi visível através da avaliação da intervenção nas entrevistas realizadas. A mãe, detentora de limitações físicas, aceitou que estas não impedem a sua relação com o filho e o seu envolvimento na comunidade, tendo aumentado a sua autoestima e recomeçado a visitar amigas fora de casa. O pai, percebeu que o autocontrolo das emoções é importante nas

relações e que uma comunicação mais tranquila, permissiva e assertiva é a chave para não criar conflitos com o filho.

3.2. A família Temperança: contexto de internamento

Com o estudo de caso realizado neste contexto (APÊNDICE IX) foi possível acompanhar a família Temperança (nome fictício), que demonstrou estar a sofrer conflitos internos decorrentes da doença mental aguda, num total de cinco entrevistas realizadas com todos os elementos e três sessões implementadas à cuidadora durante dez dias.

A família Temperança, atualmente no estágio V – família que lança filhos na vida ativa (Carter & McGoldrick, 2005, citados por Townsend, 2011), é composta nuclearmente pelo utente e pela sua mãe e tinha a seguinte constituição alargada: a irmã, o cunhado e dois sobrinhos menores. A familiar de referência é a mãe, pessoa com quem o utente vivia e que mais disponibilidade tinha para realizar visitas diárias durante o internamento e o acompanhar no processo de recuperação. O utente encontrava-se internado compulsivamente por alterações do comportamento, motivadas por abandono terapêutico – era o primeiro internamento hospitalar, no decorrer de uma doença mental diagnosticada há vários anos. Já tinha acompanhamento médico em ambulatório e estava a ser tratado apenas com regime medicamentoso.

Tendo por base novamente o processo de enfermagem, realizei a avaliação da família segundo o *Modelo Calgary de Avaliação Familiar* e realizei um plano de cuidados dirigido à cuidadora:

- **Diagnósticos de Enfermagem:**

- Angústia, presente;
- Esperança, alterada;
- Capacidade para comunicar sentimentos, comprometida;
- Comunicação familiar, comprometida;
- Coping familiar, alterado;

- Processo familiar, comprometido.

- **Intervenções específicas:**

- Demonstrar o que é a comunicação assertiva, instruindo sobre os vários tipos de comunicação e como aplicá-la no seio familiar: dado material de literatura de suporte;
- Distinguir os vários tipos de comportamentos: assertivo, passivo, agressivo, manipulador: dado material de literatura de suporte;
- Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais;
- Determinar barreiras à assertividade dentro da relação da díade mãe-filho;
- Promover a expressão de pensamentos, sentimentos positivos ou negativos;
- Orientar a mãe sobre formas de ser assertivo, no dia-a-dia, em situações concretas, dando exemplos concretos da sua vida diária e de problemas já passados;
- Promover a esperança, orientando para grupos de apoio;
- Promover o enfrentamento e a autoestima, identificando características resilientes e mecanismos de defesa e orientando para o treino de atividades sociais.

- **Indicadores de Avaliação:**

- Demonstrar conhecimento sobre comunicação assertiva;
- Distinguir os diferentes tipos de comportamento;
- Reconhecer as dificuldades comunicacionais e relacionais da família;
- Compreender barreiras à comunicação e à assertividade;
- Reconhecer métodos e técnicas de modificar comportamentos e melhorar a relação.

- **Resultados da Intervenção**

A avaliação obtida com o Teste de Assertividade, revelou os seguintes resultados:

- A mãe apresentava inicialmente um score de 39 pontos, com a pontuação entre 30-44 pontos, referente a ter *“um comportamento que pode ser assertivo em algumas situações, mas cuja resposta natural é não assertiva ou agressiva, aconselhando-se o treino de assertividade”*. Com as sessões realizadas, obteve um resultado final de 43 pontos na escala, verificando-se uma ténue subida na escala, mantendo-se no mesmo nível de avaliação. Os pontos melhorados foram o 1 e o 2, respetivamente: *“peço aos outros para fazerem coisas*

sem me sentir culpado ou ansioso”; “quando alguém me pede para fazer algo que não quero, digo não sem me sentir culpado ou ansioso”.

O feedback por parte da cuidadora foi positivo, tendo percebido quais os principais objetivos de trabalho. A familiar compreendeu os vários conceitos apresentados, percebendo a diferença entre os tipos de comunicação; reconheceu progressivamente alguns problemas relacionais e as barreiras para o desenvolvimento e melhoria da relação da díade mãe-filho. O treino de assertividade possibilitou conhecer técnicas para modificar respostas, fazer ou recusar pedidos e compreender a importância de valorizar as próprias necessidades. Apresento no capítulo seguinte os resultados concretos da aplicação dos instrumentos usados.

Em retrospectiva, pela experiência com esta família, o momento do internamento é o ideal para se começarem a mudar mentalidades, pois as famílias não querem regressar ao estadió de crise, que as levou ao momento do internamento. Contudo a curta duração do internamento, impede a continuidade do treino de assertividade, que se deve prolongar ao longo do tempo.

3.3. Resultados da intervenção: avaliação das Sessões de Treino de Assertividade

No final das sessões, ambas famílias responderam ao *Questionário de Avaliação das Sessões de Treino de Assertividade* (APÊNDICE XI). Os resultados indicam que as famílias apresentaram:

- Consciencialização para as problemáticas comunicacionais da família e para o impacto da comunicação no processo de recuperação;
- Reconhecimento dos vários tipos de comunicação e da diferença nas interações intrafamiliares após alteração do estilo de comunicação;
- Sentir aumento de autoestima para iniciar conversações e fazer pedidos e menos medo de colocar questões difíceis aos membros da família;
- Maior capacidade de dizer “não” e compreensão da importância da responsabilização do próprio familiar doente para as suas ações;

- Aumento do número de conversas em casa;
- Fortalecimento das interações pais-filho no domicílio;
- Aumento da autoestima para novas tarefas ou atividades, menos habituais;
- Melhor autodomínio das emoções e autorresponsabilização pelas emoções e reações.

Os resultados da intervenção evidenciam a relevância do EEESMP para treinar e fortalecer as relações pessoais, sociais e familiares, designadamente com recurso às técnicas de comunicação, interação, resolução de problemas e conflitos, promovendo a saúde mental e melhorando, assim, a dinâmica das relações interpessoais.

O enfermeiro, enquanto agente terapêutico, ao implementar o treino de competências sociais, ajuda a pessoa no processo de auto-capacitação, responsabilizando-a na tomada de decisões relativas a si própria e ao seu processo de saúde e doença (Loureiro, 2013). Junto de famílias, capacita-as para o processo de reabilitação intrafamiliar, melhorando as relações e a comunicação interpessoal.

4. DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO E EVENTOS CIENTÍFICOS

O dever do enfermeiro, enquanto promotor de uma profissão científica em desenvolvimento, é contribuir para a investigação na área Disciplinar da enfermagem e atualizar os seus conhecimentos. Deve observar “a competência e o aperfeiçoamento profissional”¹⁴ e igualmente “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos”¹⁵. Deve, sobretudo, desenvolver-se na sua área de especialidade.

Fazendo menção ao RCCEE¹⁶, o enfermeiro deve basear “a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”. Deve igualmente favorecer “a aprendizagem, a destreza das intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” e colaborar em estudos de investigação¹⁷. Neste sentido, ao longo da prática clínica desenvolvi atividades de investigação, promovendo o conhecimento científico específico no âmbito da comunicação assertiva.

Particpei no **IX Congresso Internacional - “A Saúde Mental ao longo do Ciclo Vital”** (ANEXO IX) e no **II Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental** (ANEXO X), que tiveram lugar em Bragança, em outubro de 2018, promovido pela ASPESM. Neste evento científico apresentei uma **comunicação oral** sob a temática “**Treino de Assertividade na enfermagem de saúde mental**” (ANEXO XI; APÊNDICE XII). Posteriormente, no âmbito da mesma temática, a referida comunicação foi submetida como artigo científico ao *ebook* do congresso supracito.

Simultaneamente aprofundei conhecimentos específicos, pela participação nos seminários desenvolvidos e no curso “*Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem*” (ANEXO XII). Neste breve workshop foi abordado um modelo de intervenções no qual o enfermeiro especialista avaliar a pessoa a seu cuidado, determinando se possui ou não

¹⁴ Lei n.º 156/2015, p. 8102.

¹⁵ Lei n.º 156/2015, p. 8102.

¹⁶ Regulamento n.º 122/2011, p. 8653.

¹⁷ Regulamento n.º 122/2011, p. 8653.

critérios para a intervenção psicoterapêutica. Numa segunda fase, realiza diagnósticos de enfermagem e adequa intervenções pertinentes, segundo as necessidades percebidas. Trata-se de um modelo de intervenção que pretende sistematizar a prática psicoterapêutica do EEESMP.

Posteriormente, em novembro de 2018, participei **do I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, da UCP, sob a temática “*Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia*”. Organizado pelos estudantes de Mestrado em Enfermagem, o tema alusivo à ESMP foi “*O valor das Intervenções não farmacológicas em Saúde Mental*”. Com a apresentação de temas como a *Promoção da Esperança* ou *Efeito das Técnicas de Relaxamento na Ansiedade*, sublinhou-se a importância da intervenção do enfermeiro especialista na promoção da saúde mental, nos vários contextos de cuidados.

Participar destas atividades de disseminação de conhecimento, permitiu-me fortalecer competências de investigação científica, aprofundar a temática do treino de assertividade na comunidade científica, contribuindo para o conhecimento em enfermagem de saúde mental e desenvolver capacidades de transmissão do conhecimento e exposição oral.

Participar nestes eventos científicos trouxe-me uma enorme satisfação e uma sensação de pertença a uma comunidade de enfermagem especial. Pude conhecer e trocar informações com pessoas muito envolvidas na investigação na área da saúde mental e dar igualmente o meu contributo. Participar enquanto investigadora permitiu-me:

- Explorar o conhecimento científico na área específica da comunicação e assertividade;
- Fortalecer competências de investigação, explorando bases de dados científicos;
- Fortalecer capacidades oratórias e de exposição;
- Promover o conhecimento na comunidade de enfermagem;
- Adquirir novos conhecimentos, de forma a implementá-los na prática clínica.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A necessidade pessoal de ser cada vez melhor pessoa e enfermeira levou-se a querer aperfeiçoar a minha prática profissional. Senti necessidade de melhorar, de crescer, de mudar atitudes e transformar capacidades. Quis sobretudo expandir o *saber*, *saber-fazer* e o *saber-ser*. Queria saber dominar as emoções que tantas vezes assaltam a mente e se manifestam em atitudes menos produtivas e positivas; começar por compreendê-las e aceitá-las e depois substituí-las por positividade, serenidade e assertividade. Senti igualmente necessidade de não estagnar no conhecimento científico e de realizar frequentemente atualização de conhecimentos. Por outro lado, sempre tive grande gosto pela área de saúde mental e psiquiatria. Queria aprender mais sobre promover a saúde mental e cuidar de pessoas com doença mental. Queria expandir o meu *saber* nesta área tão singular da enfermagem.

No dia-a-dia numa enfermaria de cirurgia geral é pouco frequente encontrar pessoas com doença mental grave. Contudo existem muitas pessoas com perturbações mentais muito variadas e por vezes bastante medicadas, frequentemente sem acompanhamento terapêutico na comunidade. Torna-se necessário saber lidar com comportamentos psicopatológicos e conseguir interpretar atitudes no contexto da doença mental, muitas vezes descompensada pela ausência de medicação, necessária ao jejum pré e pós-operatório e à mudança de rotinas e de ambiente. Frequentar o curso de mestrado com especialização em ESMP trouxe-me sobretudo conhecimentos para saber lidar com pessoas que sofrem de alterações psicopatológicas graves ou que lutam com doença mental grave há vários anos, assim como saber incluir os cuidadores no seu processo de reabilitação, promovendo a saúde mental familiar.

Por outro lado, ser especialista nesta área é impossível acontecer sem que aconteça uma mudança profundamente pessoal. É na descoberta de *si* que o enfermeiro descobre o especialista que tem *dentro*. Sem esta descoberta e autoconhecimento não há uma verdadeira transformação. Na descoberta das minhas capacidades, na tomada de consciência do meu verdadeiro *eu*, perante situações inesperadas e inquietantes, sinto que cresci. Tendo consciência de mim, sabendo mobilizar-me na relação com o outro de quem cuido, faço uso

de *mim* enquanto instrumento terapêutico, incorporo vivências e adquiro conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, que me permitem estabelecer relações com maior grau de confiança com o utente, aumentando o *insight* sobre os problemas e a capacidade para a sua resolução (Regulamento n.º 515/2018).

Sinto que não necessito de trabalhar na área de saúde mental para me aperfeiçoar nesta área específica da prática de enfermagem, tendo essa oportunidade na minha prática clínica atual. Aperfeiçoar instrumentos como a observação ou a entrevista foram uma mais-valia para o cuidado especializado, que poderei aplicar na prática. Mobilizar intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico, como a relação de ajuda, técnicas de relaxamento, de promoção de autoestima ou de esperança, realizar o treino de assertividade e outras intervenções na minha prática profissional diária, seria uma oportunidade de caminhar para a excelência dos cuidados prestados. Conciliar técnicas de relaxamento a técnicas invasivas com dispositivos médicos, por exemplo, poderia ser uma mais valia para o conforto do utente e diminuição da sua ansiedade; ou ensinar técnicas de comunicação específicas poderia promover a coesão familiar, perante a descoberta de uma má notícia.

Concretamente no meu contexto profissional, gostaria de implementar uma sala de reuniões ou de conferências, na qual a equipa multidisciplinar pudesse transmitir notícias, novidades ou realizar decisões clínicas juntamente com os utentes e famílias. Uma sala de conferências permitiria promover privacidade e segurança na transmissão de mensagens e informações importantes, com ética e sigilo, na confidencialidade de uma equipa treinada. O esclarecimento de dúvidas e o estabelecimento de decisões clínicas são fundamentais na minha prática diária de enfermagem. Esta característica da profissão transporta-me novamente para a importância de desenvolver competências comunicacionais e de assertividade.

REFLEXÃO FINAL

O principal objetivo deste relatório de estágio foi evidenciar o meu percurso e os locais de estágio por onde passei. Quis igualmente dar a conhecer os objetivos específicos delineados, com vista à obtenção das competências exigidas ao EEESMP, assim como as intervenções e atividades aplicadas em cada contexto específico.

Analisando transversalmente as práticas clínicas, entendo que todas elas foram promotoras de crescimento pessoal e profissional, cada uma na especificidade do seu contexto. Em cada estágio foram exigidas capacidades variadas e implementadas atividades adequadas à prática. Todos os saberes se interligam agora, no final, dando origem a uma multiplicidade de conhecimentos teórico-práticos, que promoveram o desenvolvimento de competências específicas e especializadas no âmbito da ESMP, nomeadamente no âmbito da relação psicoterapêutica, no seu estabelecimento e desenvolvimento, através da comunicação interpessoal assertiva.

Com a experiência de saúde mental comunitária aprendi que o tratamento e reabilitação dos utentes e das famílias se faz também (e sobretudo) num contexto extra-hospitalar. O estágio clínico em âmbito comunitário permitiu-me conhecer e compreender as dinâmicas dos utentes em contexto de comunidade, como é feita a articulação entre as valências disciplinares, como se referenciam utentes à unidade hospitalar, que funções e cuidados presta fundamentalmente o enfermeiro numa unidade deste tipo. Desenvolvi capacidades de interação e comunicação com utentes em consulta e com famílias em sessões de psicoeducação. Pude implementar o meu projeto e executar o Treino de Assertividade na família.

A prática clínica no internamento possibilitou-me viver experiências com utentes em fase aguda da doença mental, as quais promoveram o desenvolvimento de competências de controlo de ansiedade, de stress, de impulsos e de expressões faciais e corporais. Pela exigência de comportamentos abusivos, manipuladores ou agressivos frequentemente

observados nas enfermarias, cabe ao enfermeiro desenvolver competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Realizar uma prática reflexiva pessoal e *debriefings* em equipa, é fundamental para saber lidar com as emoções e conseguir o autocontrolo e o autodomínio. Conheci o percurso vivido pelo utente e família desde o domicílio até chegar ao internamento e quais os processos para a alta e acompanhamento terapêutico na comunidade. Aprimorei capacidades de gestão, priorização, comunicação verbal e não verbal com os utentes, acompanhamento de famílias e gestão de problemas comunicacionais intrafamiliares. Consegui dar continuidade à implementação do Treino de Assertividade na família e desenvolver o conhecimento desta temática na equipa multidisciplinar.

No SUP, ao enfermeiro é exigido que possua as competências acima descritas, plenamente desenvolvidas e que as saiba mobilizar com rapidez e sapiência, dada a multiplicidade de situações delicadas que encontra diariamente. Nesta área de saúde tão singular, o enfermeiro deve zelar pela segurança e proteção da equipa, num ambiente que é muitas vezes propício a acidentes ou intercorrências, devido a comportamentos exuberantes e impulsivos ou atitudes extremas, que revelam a desestabilização mental dos utentes. Ser especialista num serviço como o SUP exige o saber escutar, o saber relacionar-se, a arte de saber comunicar com o outro e apreender as suas necessidades em poucas palavras ou gestos; mobilizar mecanismos de segurança, priorizar intervenções de acordo com o estado geral do utente. O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental ou até mesmo vital.

Em todos os contextos foi possível observar que a família não só sofre com o processo de doença, como influencia enormemente a recuperação da pessoa doente. A intervenção do enfermeiro deve incidir tanto na pessoa, como nas necessidades dos cuidadores, promovendo a saúde mental de toda a unidade familiar.

Termino esta etapa de descobertas na esperança de ter tido impacto positivo na vida das pessoas que por mim passaram. Esta intervenção de âmbito psicoterapêutico, denominada Treino de Assertividade, tem especial potencial para mudar ou desenvolver interações interpessoais e a comunicação social. Integrada no treino de competências sociais, ao longo do tempo, poderá ter resultados positivos na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental e da família que a acompanha, que vive intensamente todo este processo.

REFERÊNCIAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (Jul-Set de 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14; (3), 373-382.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V* (Vols. ISBN 978-85-8271-088-3). ArtMed.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*. ArtMed.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*. ArtMed.
- Antunes, R. J., & Manso, F. G. (Dez de 2017). Diagnósticos de enfermagem num serviço de urgência psiquiátrica: contributos para a sistematização dos cuidados. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 22-38. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17040>
- ARIA. (26 de 10 de 2018). Obtido de Associação de Reabilitação e Integração Ajuda: https://www.aria.com.pt/aria/quem_somos_qualidade.asp
- Bachion, M. M. (2009). Instrumentos básicos do cuidar: observação, interação e mensuração. *Simpósio Brasiliense de Sistematização da Assistência em Enfermagem* (pp. 1-14). Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Distrito Federal. Obtido de http://www.aben-df.com.br/cursos_e_eventos/2010/simbrasae/INSTRUMENTOS_BASICOS_CUIDAR-MARIA_MARCIA_BACHION.PDF
- Belim, C., & Almeida, C. (2018). Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *Journal of Healthcare Communications*, 3(3:31), 1-13. doi:DOI: 10.4172/2472-1654.100141
- Borba, L. d., & al, e. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 588-94.

- Bowers, L., Brennan, G., Winship, G., & Theodoridou, C. (Abril de 2010). How expert nurses communicate with acutely psychotic patients. (R. P. Company, Ed.) *Mental Health Practice*, 13(7), 24-26. Obtido em 11 de 2018
- Cakir, S., & Ozerdem, A. (2010). Psychotherapeutic and Psychosocial Approaches in Bipolar Disorder: A Systematic Literature Review. *Turkish Journal of Psychiatry*, 21(2), 143-154. Obtido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=f4f40ba1-1e2b-49dd-8c81-3ec05de495d0%40pdc-v-sessmgr05&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=20514565&db=mdc>
- Carvalho, J. (2015). A famílias e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6,7. doi:<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0099>
- Cavalcante, A., Rodrigues, A., Paiva, G., Netto, J., & Goyanna, N. (2017). Aplicação do Modelo Calgary para Avaliação Familiar na Estratégia Saúde da Família. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 105-114. Obtido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=470e6737-f586-445a-b115-d7c7529374c6%40sessionmgr104>
- Colvero, L. d., Ide, C. A., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*, 38, 197-205.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Vols. ISBN 978-989-8444-35-6). Lusodidacta.
- Dochterman, J., & Bulechek, G. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (Vols. ISBN 978-85-363-0994-1). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Filho, D. d., Kanomata, E. Y., Feldman, R. J., & Neto, A. M. (2017). Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. *einstein*, 15(4), 516-521. doi:DOI: 10.1590/S1679-45082017MD3746
- Gomes, F., Amendoeira, J., & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60.

- Grilo, A. M. (2012). Relevância da Assertividade na Comunicação Profissional de Saúde-Paciente. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(13), 283-297.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (Vols. ISBN 972-8383-83-5). Loures: Lusociencia.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (Vols. ISBN 972-8383-83-5). Loures: Lusociencia.
- Kumar, C., Thirthalli, J., Suresha, K., Venkatesh, B., Arunachala, U., & Gangadhar, B. (2017). Antipsychotic treatment, psychoeducation & regular follow up as a public health strategy for schizophrenia: Results from a prospective study. *Indian Journal of Medical Research*, 146, 34-41. doi:10.4103/ijmr.IJMR_838_15
- Lei de Saúde Mental. (24 de Julho de 1998). *Diário da República*(169), 3544-3550.
- Lei n.º 156/2015. (16 de Setembro de 2015). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181, 8077-8080.
- Lemes, C., & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Trends in Psychology*, 25(1), 17-28. doi:10.9788/TP2017.1-02
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(6), 7-14.
- Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais - uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(9), 41-47.
- Nakamura, Y., Yoshinaga, N., Tanoue, H., Kato, S., Nakamura, S., Aoishi, K., & Shiraishi, Y. (2017). Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for nurses in the workplace: a single-group feasibility study. *BioMed Central Nursing*, 16 - 29. doi:DOI 10.1186/s12912-017-0224-4
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (Vols. ISBN - 0-8385-6701-0). USA: Appleton & Lange.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 509-521.

- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção. *Revista Electrónica Educare*, 1-23. doi:Seminário de aulas práticas doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Pinho, L., Pereira, A., Chaves, C., & Rocha, M. d. (2017). Satisfação com o suporte social e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 5*, 33 -38. Obtido de <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0164>
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem* (Vols. ISBN 972-8930-24-0). Lusociencia.
- Regulamento n.º 122/2011. (18 de Fevereiro de 2011). *Diário da República, 2.ª série — N.º 35*, 8648-8653.
- Regulamento n.º 356/2015. (25 de Junho de 2015). *Diário da República, 2.ª série — N.º 122*, 17034 - 17041.
- Regulamento n.º 515/2018. (7 de Agosto de 2018). *Diário da República, 2.ª série — N.º 151*, 21427 - 21430.
- República, A. d. (1998). Lei de Saúde Mental. *Diário da República, ISSN 0870-9963*, 3544-3550.
- Ribeiro, H., & Ponte, A. (2018). *Urgências Psiquiátricas*. Lisboa: LIDEL.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (Vols. ISBN 972-8383-81-9). Loures: Lusociência.
- Sampaio, F. M. (2017). Intervenções de Enfermagem NIC de âmbito psicoterapêutico: conversão em linguagem classificada CIPE versão 2. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(18), 15-21. doi:10.19131/rpesm.0187
- Sampaio, F., Peres, M., Ribeiro, G., Barreto, A., Teixeira, S., & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(Especial 5), 87-92.

- Santos, M. L. (2012). Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho do Enfermeiro. *Tese de Doutoramento*. Madeira, Portugal: Universidade da Madeira. Obtido de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Saxton, L. (15 de 11 de 2013). Effective crisis management. *Practice Nurse*, 43(11), 31-34.
- Seabra, P. (2010). Entrevista familiar: um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental . *Revista Nursing*, 20-26.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica* (Vols. ISBN 978-989-752-168-3). Lisboa: LIDEL.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica* (Vols. ISBN 978-989-752-168-3). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica* (Vols. ISBN 978-989-752-168-3). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Silva, L., Bousso, R., & Galera, S. (2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 530-534. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/06.pdf>
- Sin, J., Jordan, C., Barley, E., Henderson, C., & Norman, I. (17 de Abril de 2015). Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. 5(CD010540). doi:10.1002/14651858.CD010540.pub2
- Souza, T., Costa, C., & Carvalho, J. (2017). Calgary Family Assesment Model applied in riverside context. *Journal of Nursing*, 11(12), 4798-4804. doi:10.5205/1981-8963-v11i12a24132p4798-4804-2017
- Teixeira, C., Prette, A., & Prette, Z. (2013). Assertividade: uma análise da produção académica nacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), 56-72.
- Tomás, A. C., & Carvalho, M. R. (2014). Treino Assertivo para a Depressão: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 103-111.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (Vols. ISBN 978-972-8930-61-5). Loures: Lusociência.
- Universidade Católica Portuguesa. (Fevereiro de 2018). Guia de Estágio Final e Relatório. (7.3). Lisboa.

APÊNDICES

Apêndice I - Reflexão Crítica I

Reflexão Crítica I

A imprevisibilidade do contexto

Realizado no âmbito da Unidade Curricular

“A Saúde Mental da pessoa e família – Vigilância e Decisão Clínica”

do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional

Maio 2018

Introdução

Como elemento integrante da prática clínica de *Vigilância e Decisão Clínica*, a prática reflexiva, concretamente sob o ciclo reflexivo de Gibbs (1984), ajuda o mestrando no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Composto por várias etapas diferenciadas ajudará a desenvolver a sua capacidade de reflexão sobre a prática diária, sobre os acontecimentos marcantes e significativos que, sob outra perspetiva e conduta, poderiam ter tido resultados diferentes.

O Ciclo de Gibbs é constituído pelas seguintes etapas:

- Descrição da situação: o que aconteceu?
- Sentimentos: o que senti? O que pensei?
- Avaliação: o que foi bom e mau na experiência?
- Análise: que sentido/aprendizagem se pode tirar da situação?
- Conclusão: o que se poderia ter feito mais?
- Planear a ação: se suceder novamente, o que fazer?

As práticas clínicas são momentos essenciais de reflexão, parte integrante do processo de desenvolvimento, como defende Alarcão (2005, p.377), “*a componente formativa dos estágios clínicos pode dissecar-se num conjunto de dimensões*”, entre outras a «*dimensão reflexiva, porque envolve o aluno na exploração dos “como”, dos “porquê” e dos “para quê”*». Desta forma, com o desenrolar da experiência clínica, o mestrando será capaz de refletir sobre a prática, tendo oportunidade de conhecer novas realidades e sobre elas refletir, desde a doença integrante da população assistida aos métodos de trabalho dos vários elementos da equipa que incorpora. Alarcão acrescenta ainda que é expetável que “*os estágios clínicos possibilitem aos alunos uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, processo que conduz à construção ativa do conhecimento na ação segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo*” (Alarcão, 2005, p.380).

Reflexão Crítica

No dia 9/5 ocorreu uma situação bastante delicada que me levou a esta reflexão. O dia tinha decorrido como habitual dentro da unidade de consulta e, já na hora do fecho da unidade, aparece um utente, o Sr. L.M., a anunciar a sua presença na consulta para ser atendido pela enfermeira de serviço, a enfermeira Isabel, para administração habitual do seu injetável quinzenal (que estava planeada para 2 horas antes) e para obter da médica a receita de um medicamento específico para dormir (zolpidem) que havia acabado ontem, segundo ele.

Quando questionado pela segurança da unidade sobre a hora a que teria marcado com a enfermeira, o utente respondeu que não se lembrava. Quando a segurança explicou que a consulta estava no fim e já não era possível inscreve-lo pois a secretária da unidade já tinha saído, o Sr. L.M. de imediato respondeu “*Então eu volto noutra dia*” e acrescentou “*Ou então já não preciso fazer mais, não é?*” e começou a sair da unidade. Vendo esta situação e percebendo a importância do atendimento a este utente, a segurança informou-nos (a mim e à enfermeira Isabel) da situação (nós estávamos dentro de um gabinete a trabalhar). De imediato, eu fui procura-lo à rua (pois ele já estava a dirigir-se ao carro) e convenci-o a ficar usando como argumento a sua necessidade da receita médica e do injetável e assim consegui que voltasse atrás.

Concordámos que, mesmo fora da hora de atendimento, iríamos administrar o injetável, essencialmente porque o utente tinha “ameaçado” minutos antes que não voltaria e sentimos medo que abandonasse a consulta. Pedimos ao Sr. L.M. que se sentasse no gabinete, ambiente que para ele já era conhecido. Começámos por tentar esclarecer a razão do seu atraso ao que ele respondeu vagamente não dando uma resposta adequada. Apresentava-se inquieto, com discurso acelerado, a repetir duplamente as frases proferidas, com pensamento desorganizado, afrouxamento de associações; o tom de voz era elevado e a sua postura na cadeira ia alternando de forma irrequieta. Conseguiu responder-nos a várias questões, revelando algumas alterações na sua vida e nos seus hábitos dos últimos dias, nomeadamente o uso de álcool, dizendo “*apanhei carraspanas todos os dias durante esta semana*” SIC. Revelou que as suas rotinas se alteraram nestes últimos dias, invocando os seus tempos de estudante, em que se deitava muito tarde e acordava tarde (acabou por dizer que não gostava de consultas muito cedo porque gostava de dormir até tarde). Revelou o seu recente interesse amentado e impulsividade para em práticas sexuais dizendo “*fui a bares de*

meninas” SIC. Na flutuação do seu pensamento alternou temas e fez associações incoerentes, usando um tom de voz constante e mais elevado que o normal, como: “*pois as bebidas brancas fazem mal... bebidas brancas, armas brancas, será que há alguma ligação?*” SIC. Fazendo este tipo de questões apresentou um fâcies tranquilo sem ironia aparente, quase como se a questão fosse normal e ele simplesmente não soubesse a resposta. O pensamento estava completamente desorganizado.

No seu discurso conseguiu ser bem-educado, mas também verbalizou frases provocatórias e irônicas dirigidas a conceitos abstratos e concretos. Por vezes usou expressões infantilizadas como “*A Dr.ª Maia? Será que é prima da abelha maia?*” SIC; invocou também cenários da sua infância e adolescência como se fossem do tempo atual.

Analisando o seu estado geral foi notável que o utente se encontra em crise. Como diagnóstico médico de base o doente tem perturbação bipolar há vários anos. Recentemente esteve internado e tinha tido alta para o domicílio há pouco tempo. Pensámos que seria útil tentar chamá-lo a compreender o seu estado, embora neste tipo de patologias não seja fácil ter este tipo de insight – mas fizemo-lo mesmo para perceber como estava o seu *pensamento*. Efetivamente o utente não conseguiu perceber o estado agitado em que se encontrava. Tipicamente, como presente no DSM-V (2013, p.124) os episódios maníacos englobam “*um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana*” e ainda pelo menos 3 dos seguintes sintomas: “*autoestima inflada ou grandiosidade; redução da necessidade de sono; mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando; fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados; distractibilidade; aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora; envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas*”. Pelo estado geral manifestado do Sr. L.M. foi possível constatar a presença de vários destes sintomas, tal como descrito acima.

Após a administração do injetável continuámos a intervenção no sentido de perceber se seria necessário encaminhar o utente ao serviço de urgência ou não. Sendo um homem adulto e a viver com a mãe o internamento compulsivo só seria uma opção em caso de dano ao próprio, a outrem ou danos patrimoniais graves, tal como consta na Lei de Saúde Mental (AR, 1998, p.3546) que diz que “*o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado*” e ainda que

este internamento está reservado ao *“portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico”*. Tentámos auferir se constituiu perigo para a sua mãe, levando-o a revelar que discute com ela frequentemente porque ela *“dá-me dinheiro às mijas”* SIC, o que provoca nele frustrações e ansiedade – quando questionado diz que discute com a mãe, mas que nunca foi agressivo fisicamente para com ela. Refere-se a ela como uma *“forreta”* dizendo *“é muito amiga dos bancos, só quer é amealhar, vai levar o dinheiro todo para o caixão”* SIC. Perguntámos sobre outros motivos das suas discussões com a mãe ao que o utente respondeu com impaciência *“isso é entre mim e ela”* SIC. Tentámos também perceber se usaria o carro durante as suas saídas noturnas após ingestão de álcool, algo que o utente negou.

Posteriormente ao injetável e após a nossa longa conversa, o utente começou a levantar-se dizendo que tinha pressa e que a médica não se despachava para lhe passar a receita (ela estava naquele momento em atendimento) e que se ia embora. Depressa o segurança chamou a médica (que felizmente já estava também a terminar a outra consulta) e ela conseguiu juntar-se à nossa consulta. Fez a sua avaliação do utente e percebeu o mesmo que nós. Na presença da médica o utente mostrou-se inicialmente mais tranquilo, com tom de voz mais baixo e conversas mais coerentes (como que mais “submisso”); contudo, ao longo da conversação foi revelando o seu estado geral tal como o tinha feito connosco. A médica tentou perceber se teria delírios como durante o internamento – se pudéssemos provar a sua existência talvez todos os procedimentos seriam diferentes: seria mais fácil, mais argumentativo, para se obter mandado de condução. Parecendo perceber a sua intensão, o utente conseguiu dirigir o discurso e não se “denunciou”. Por exemplo: (médica) *“disse-me em tempos que o Espírito Santo falava consigo; ainda vê esse tipo de sinais?”*, (utente) *“isso é entre mim e Ele”* SIC, respondeu com um tom de voz irritado e fez silêncio. Ficámos sem saber se teria novamente delírios ou se apenas intuiu a intenção da médica e optou por ocultar este fato, dando outro rumo à conversação.

Não tendo constituído danos na comunidade provados, não se conseguiria o internamento compulsivo – o utente teria que ser levado a ficar internado doutra forma. Ficou combinado que o utente iria ter com a médica ao serviço da urgência na 3ªfeira seguinte para realização de análises (que já estavam marcadas anteriormente devido ao ajuste de medicação) e para a médica lhe passar a receita (porque naquele dia já não se conseguia inscrever o utente na consulta de forma a aceder ao sistema). O utente concordou revelando

que “*sim, devem chegar os que tenho lá*” SIC o que vai contra ao que inicialmente nos tinha dito “*já não tenho medicação para dormir*” SIC. Ficámos na dúvida se o utente andava a realizar a sua medicação ou não, mas tendo em conta todos os sintomas apresentados a probabilidade é baixa. Fico a pensar se a sua abordagem inicial de querer ver a médica não seria um pedido de ajuda dissimulado do seu subconsciente...

Tendo em conta o episódio acima descrito, posso revelar a minha sensação de impotência perante o que percebi que estava a acontecer. Retiro da intervenção as boas atitudes que tive perante o utente, conseguindo que ele ficasse na consulta e lhe fosse prestado o tratamento. Penso que intervimos de forma correta durante a conversação, usando os métodos da escuta ativa e técnicas de comunicação terapêutica, segundo Townsend (2011, p.139): como o silêncio, comunicação verbal assertiva, compreensiva, fazendo perguntas de clarificação e validação com o utente, tentando sempre obter mais informação e percebendo a veracidade da mesma (reformulando as questões por exemplo) mas também tentando pôr o utente em ambivalência, embora com pouco efeito porque ele mostrou-se sempre muito resistente e argumentativo. Fiz uso destas técnicas de questionamento e exploração (Sequeira, 2016, p.109), fazendo, respetivamente, perguntas oportunas em momentos oportunos e tentando adquirir mais conhecimento sobre a vida do utente, que pudessem influenciar a decisão clínica.

Este é um dos exemplos da conversação: o utente tinha manifestado a sua frustração para com a sua mãe porque esta lhe dá pouco dinheiro, contudo referiu que passou a semana toda a ficar alcoolizado – (eu) “*diz que a sua mãe lhe dá pouco dinheiro, mesmo assim conseguiu sair à noite e ficar com uma carraspana, como disse, todos os dias*”, resposta do utente “*eu é que sou muito poupado também, sei gerir o dinheiro; mas também não é bem assim, não bebi assim tanto, bebi só uns cocktails nos bares porque os cocktails são caros*” SIC. Outra situação: (eu) “*diz que a sua mãe não lhe dá direito suficiente*”, (utente) “*ela não me dá dinheiro para eu esbanjar em revistas e em bebidas e em tabaco*”, (eu) “*a sua mãe esbanja o dinheiro dela com ela própria?*”, (utente) “*não, mas devia, ela é uma agarrada ao dinheiro*”, (eu) “*se ela esbanjasse nela própria não haveria para si*”, (utente) “*pois não*” e silêncio. Logo de seguida escolhe outro tema de conversa e aquele termina por ali. Outra situação importante foi fazê-lo perceber a importância da ingestão do álcool e o seu impacto: (eu) “*então diz que nos últimos dias tem bebido muito álcool*”, (utente) “*é, bebi muitas bebidas brancas nos bares*”, (eu) “*e desde estes últimos dias tem alterado as suas rotinas, os seus horários*”, (utente) “*pois é, tenho-me deitado tarde e*

acordado muito tarde”, (eu) “*então podemos dizer que o álcool muda muito a sua vida e tem um grande impacto*” (utente) “*pois é, pois é*” e depois silêncio. Mudou novamente o rumo da conversa.

Como aspeto negativo fundamental deste episódio é o facto de não se ter conseguido ajudar o utente a compreender o seu estado de crise. Durante a administração do injetável, a enfermeira Isabel manifestou a sua angústia ao utente dizendo: “*não o encontro nada bem hoje*”, (utente) “*eu estou bem, eu estou bem*”, (enf^a) “*está muito acelerado e agitado e você não costuma ser assim*”, (utente) “*não, estou sinto-me bem, eu sinto-me bem*”. O utente foi insistindo que se sentia bem e que não se passava nada; não se mostrou ofendido nem reagiu negativamente à posição tomada pela enfermeira, aceitando a sua opinião mas defendendo-se contra a mesma.

Gostaria de ter conseguido implementar mais formas de levar o utente a perceber que está em crise. São situações delicadas e muito exigentes que deixam uma sensação de inquietude... E se ele conduz alcoolizado? E se bate na mãe? E se agride alguém na comunidade? No final da consulta, após a saída do utente, ficámos todas (eu, a enfermeira Isabel e a médica) com uma sensação de ansiedade face ao futuro – será que ele aparece na urgência 3^afeira? Será que ele vai cumprir a medicação?

Analisando a situação, consegui comprovar que em momentos como estes tentar chamar o utente à razão e perceber que está em crise não produz frutos abundantes. Neste caso, a melhor atitude que se tomou foi a de escutar e tentar compreender toda a situação, tentar perscrutar a realidade dos fatos relatados. Pô-lo em ambivalência só resultou por momentos e já num estado de espírito mais tranquilo. O facto de estar enfermeira e médica juntas na consulta de alguma forma levou o utente e sentir-se mais contido, menos expansivo – talvez por saber que foi a médica que originou o último internamento.

Outro aspeto da comunicação que teve efeitos positivos foi o uso do tom de voz baixo e tranquilo, que levou a que próprio utente baixasse o tom de voz ao longo da intervenção. Sendo muito observador, o utente analisou-me como elemento novo na consulta e fez-me várias perguntas. Penso que a forma como me apresentei e lhe respondi facilitou a nossa interação: fui sincera nas minhas respostas, tranquila, mostrei respeito para com o seu estilo de vida, mostrando também a minha própria visão quando me foi solicitada. Mantive uma postura sóbria, aceitadora, tranquila. Como defendem Potter & Perry (2006, p. 139) “*o comportamento verbal e não verbal tem ma enorme influência na relação de ajuda. A*

aceitação por parte do utente, de si, enquanto profissional, depende, frequentemente, da imagem humana e profissional que lhe transmite”.

Uma das estratégias usadas no dia seguinte, para seguimento da situação clínica, foi contactar a mãe do utente e perceber qual a sua evolução. Segundo a mãe, o utente manteve o mesmo comportamento de sair de casa e fazer compras exorbitantes, chegar tarde e acordar tarde. No momento do telefonema a mãe não sabia onde estava o filho, apenas que tinha saído de carro. Reforçou-se o ensino junto dela para que ligasse para a unidade se houvesse alguma alteração ou agravamento. Com o utente foi impossível contactar.

Fico na dúvida se não se poderia ter feito algo mais. A realidade é que não se constatou naquele momento que houvesse dano físico ou material e o utente aceitou o tratamento com o injetável – neste caso não se pôde aplicar um dos pressupostos do Artigo 12º, da Lei de Saúde Mental (p.3546) , caso o utente se “*recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado*”.

Conclui que a articulação com a médica assistente é necessária para que haja trabalho de equipa. A interdisciplinaridade é fundamental para o cuidado ao utente: havendo abordagem multidisciplinar complementa-se o tratamento e o utente sente que há “reforços” na consulta, sendo mais fácil de “conter” e “controlar” se necessário.

Para uma próxima situação penso que poderei aplicar os mesmos conceitos de relação de ajuda e comunicação. São de evitar temas que levem o utente a “fugir” da intervenção, como situações que poderá ter vivido e sobre as quais não quer falar – a insistência e persistência poderá não ter efeitos benéficos. Observando algumas técnicas de comunicação não-terapêutica, explicadas por Townsend (2011p. 140), observo duas que poderei mudar ao longo da experiência de estágio: *pedir explicações*, por exemplo “por que acha isso? Por que fez isso?”; e *indicar a existência de uma fonte externa de poder*, como “o que o faz dizer isso?” – esta forma de questionar poderá ser interpretada como indicação de que se está a firmar que existe uma entidade superior que comanda as afirmações do utente ou o próprio utente poderá usar isso como forma de não se responsabilizar pelas suas atitudes. As técnicas de comunicação são inúmeras e, aprofundando conhecimentos sobre elas, tenho a oportunidade de fazer um caminho de crescimento pessoal e profissional. A comunicação, tal como Sequeira (2016, p.3) a explica, “*é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamos para expressar sentimentos, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência. A comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afeto e amor*”.

Referências Bibliográficas

Alarcão, I., & Rua, M. (Jul-Set de 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14; (3), 373-382.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*. ArtMed.

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem* (Vols. ISBN 972-8930-24-0). Lusociencia.

República, A. d. (1998). Lei de Saúde Mental. *Diário da República*, ISSN 0870-9963, 3544-3550.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica* (Vols. ISBN 978-989-752-168-3). Lisboa: Lidel.

Apêndice II - Reflexão Crítica II

Reflexão Crítica II

A família na doença mental

Realizado no âmbito da Unidade Curricular “*Estágio Final e Relatório*”

- Internamento de Psiquiatria -

do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Outubro 2018

Introdução

A família tem várias definições. Sem ela a pessoa não existe. Ela é o princípio da própria existência, mesmo que não esteja na sua continuidade ou fim. Para Carvalho (2015, p. 6) *“a família, é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e onde se vivenciam um conjunto de experiências fundamentais para a formação da personalidade (...)”*. Ao longo da vida a definição de família pode alterar-se, mudando os seus elementos significativos e reestruturando-se. Algumas alterações ao seio nuclear da família podem acarretar impacto na saúde mental dos seus elementos.

Alguns estudos referem que um maior contacto dos familiares com os serviços de saúde mental e a sua maior participação no tratamento é favorável na recuperação dos doentes, na perspetiva destes, contribuindo para sua maior satisfação. A satisfação dos doentes está diretamente relacionada com a adesão terapêutica; desta forma, torna-se ainda mais pertinente e importante o envolvimento dos familiares no processo terapêutico de recuperação do familiar doentes, sendo que a adesão terapêutica é dos principais fatores para a recuperação da saúde mental (Carvalho, 2015, p. 6).

A família é o primeiro suporte social da pessoa. O suporte social, para Pinho et al (2017, p. 34), *“é um conceito multidimensional que engloba um conjunto de interações sociais, estando incluídos o casamento, a paternidade e outros laços íntimos, as amizades, as relações com os colegas de trabalho e com os vizinhos ou conhecidos e as relações com as associações religiosas, culturais, sociais, políticas ou recreativas”*. Nem sempre a família se revela como um dos principais sistemas de apoio dos doentes. Muitas vezes, na convivência com a doença mental crónica, as relações familiares vão-se degradando, após anos de dificuldades interacionais que motivam a desistência e o afastamento dos membros da família, perante *“a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita”* (Colvero et al, 2004, p. 198). Estas mesmas autoras referem que a doença mental *“ao mesmo tempo em que faz parte da vida quotidiana, é um fenómeno psicossocial pouco compreendido e aceite e, de certa maneira, temido por eles [familiares]”*.

Pela minha breve experiência em saúde mental e pela revisão da literatura que tenho conseguido reunir, torna-se claro aos meus olhos que a família tem grande impacto na saúde, doença e recuperação da pessoa com perturbação mental. Alguns dos mais importantes campos de intervenção com os familiares cuidadores são o regime e adesão terapêutica e a prevenção da recaída. Intervir nestes âmbitos pode exigir, por vezes, alguma reestruturação na dinâmica familiar, havendo necessidade de definir ou *reforçar* os papéis familiares. Igualmente importante é que estas reestruturações ocorram pacificamente no seio da família.

Durante o período de internamento do doente no hospital, sendo um período pequeno de acompanhamento do doente descompensado, parece-me não haver oportunidades suficientes para reforçar os laços familiares e fortalecer a interação e a comunicação interpessoal. De facto, em momento de crise a intervenção fundamental é estabilizar o doente e permitir que ele retome o seu estado anterior de funcionamento, como refere Townsend (2011, p. 215) a intervenção em crise tem como objetivo “*utilizar uma dada situação de crise para, no mínimo, restaurar o funcionamento e, no máximo, aumentar o crescimento pessoal.*” O papel da equipa multidisciplinar centra-se sobretudo na recuperação da saúde mental do doente internado; existem sistemas de suporte social, psicológico e grupos de apoio às famílias formados pela equipa de enfermagem. Posteriormente, no pós-alta, os doentes e seus cuidadores e famílias podem usufruir de acompanhamento psicológico, psicossocial e psicoterapêutico por parte das equipas de saúde mental comunitária, onde poderão encontrar respostas e recursos para seguirem no caminho da reestruturação da personalidade, da cognição, de comportamentos, da otimização ou criação de mecanismos de coping e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Nesta breve reflexão crítica exponho algumas situações de vida e doença que me marcaram ao longo do estágio, relativamente à influência e impacto que a família tem para a pessoa com perturbação mental. Todos os nomes de pessoas e locais foram alterados assim como as idades e datas foram adulteradas, de forma a manter o sigilo profissional e a privacidade dos verdadeiros intervenientes.

O Poder da família na Enfermagem de Saúde Mental

Decidi apelidar esta parte da minha reflexão assim porque consigo agora ver e presenciar – apesar de intuitivamente e pela experiência pessoal já o saber e de ter estudado estes fenómenos teoricamente – que, se a família é na maior parte das vezes um elemento útil e essencial à recuperação da saúde, noutros casos pode tornar-se um obstáculo terapêutico. Os enfermeiros que diariamente lidam com as famílias nos internamentos encontram muitas vezes mais um obstáculo à sua prestação de cuidados, seja porque se colocam como cliente cheio de problemas, dúvidas e carências, impedindo o cuidado ao doente internado, seja pela sua influência direta que têm muitas vezes no doente: as fortes convicções, crenças ou valores trazidas pelos cuidadores influenciam grandemente a visão e perspetiva do doente, estando este inserindo no modelo de vida do cuidador e partilhando das suas formas de viver, agir e pensar. Esta visão pode não trazer uma conotação positiva à recuperação da pessoa doente, quando, por exemplo, as crenças têm impacto negativo no processo terapêutico e impedem que o doente aceite a aplicação do tratamento. Um exemplo deste tipo de situação que já presenciei foi uma forte crença familiar de que a medicação não tem qualquer efeito ou utilidade e até mesmo que a doença mental não existe e não era por isso compreendida e muito menos aceite. Neste caso específico, a pessoa com doença mental deixou de tomar a medicação e entrou em crise num espaço de 2 semanas; arrelviados, a família recorreu por fim ao serviço de urgência, tendo sido necessário o internamento da pessoa.

Saber deste tipo de situações deixa-me triste e ainda mais, desolada, sabendo que estes doentes ficam completamente desamparados no seio da própria família, sem tratamento, sem hipótese de recuperação e sempre sujeitos a recaídas, sem ninguém que recorra aos serviços e peça ajuda a não ser quando já é tarde e a crise já está instalada. Quanto maior a recorrência de crises maior o impacto neurológico, psicológico e social. Questiono-me se será por vergonha, por culpa, por saturação ou simplesmente por ignorância.

O verdadeiro trabalho de enfermagem com este tipo de familiares deverá centrar-se na educação para a saúde e doença, para o adoecer mental e para a adoção de estilos de vida saudáveis. Townsend (2011, p. 563) refere que “*o apoio da família é também importante para ajudar o cliente a aceitar a necessidade da administração contínua da medicação*”.

Muitas vezes numa população já fragilidade é complicado incidir ensinamentos e fazer ver o caminho da saúde mental. Outro exemplo que me marcou o de um rapaz de 28 anos

que deu entrada com o diagnóstico médico de psicose associada a tóxicos. Recuperação física e mental finalizada, iria ter alta para o domicílio para junto da sua esposa e filha de 6 anos. O próprio utente manifestou que “*é complicado quando se vive neste tipo de ambientes, até os meus pais e amigos consomem*”. Em entrevista à esposa pude perceber que à volta do casal há muito consumo de substâncias ilícitas e que será difícil, pelo menos sem acompanhamento, recuperar de uma adição já prolongada que propicia surtos psicóticos graves.

Quando a família nuclear de origem oferece um impacto tão negativo, torna-se mais difícil o desenraizar dos modelos vividos na infância e início de vida adulta. A autora Townsend (2011, p. 563) descreve que “*a dinâmica familiar e as atitudes podem desempenhar um papel crucial no resultado da recuperação do cliente. As intervenções com membros da família devem incluir educação que promova o entendimento de que pelo menos parte dos comportamentos negativos do cliente são atribuíveis a uma doença que deve ser gerida, em vez de serem intencionais e deliberados*”.

Quem vive esta realidade diariamente sabe que pode ser difícil aceder totalmente à vontade e disponibilidade do doente a seu cuidado, se não aceder primeiro à confiança do seu familiar mais direto – isto acontece sobretudo com doentes que têm cuidados diretos de um familiar ou familiares específicos de forma regular e habitual. Assim se percebe a importância de ver a família como um sistema integrado e como um cliente único na prestação de cuidados, mesmo que o objeto direto de seja um só doente internado, por exemplo. Para formar esta aliança terapêutica, o enfermeiro tem que “*compreender o conceito de família contemporânea, que convive com muitas mudanças, considerando as crenças, valores, atitudes e padrões de comportamento específicos de cada núcleo familiar*” (Sequeira, 2016, p. 262). Um destes exemplos muito comuns pela minha prática é o facto de o doente só aceitar certo tipo de tratamento quando o familiar o demove a isso, por exemplo com a medicação ou a alimentação. Como refere Townsend (2011, p. 179) “*a doença ou hospitalização de um cliente afeta todos os membros da família e os enfermeiros devem ter conhecimentos sobre como trabalhar com uma família como uma unidade, sabendo que os membros da família podem ter um efeito profundo no processo de cura do cliente*”.

A meio do meu estágio, deu entrada na enfermaria uma utente que me chamou a atenção, pela sua forma de estar na enfermaria e pela forma como interage como os outros utentes. A sua simpatia conquistou a maioria dos utentes e depressa conseguiu estabelecer

relações amistosas dentro da equipa. A dona T.N., de 65 anos de idade, deu entrada no serviço de urgência com mandado de condução por alterações do comportamento, como gastos grandes e diversos em várias lojas, delírios de perseguição relacionados com as filhas e a tia C. e abandono terapêutico, sem crítica para a sua doença bipolar em fase maníaca. Conheci-a no segundo dia de internamento e consegui interagir consigo pacificamente. Empatia criada, rapidamente tecemos uma relação terapêutica: o meu intuito era apurar alterações psicopatológicas, conhecer a sua história de vida e perceber a sua perceção sobre os problemas familiares presentes. Começou por me contar que vive com uma filha de 20 anos, a R., com quem tem uma relação conflituosa e que estava naquela altura (antes de ser internada) a mudar-se para casa do seu namorado quando foram polícias buscá-la a casa. Pelo desenvolver da conversa percebi que não existe para a dona T. uma doença mental com muitos anos de evolução, a utente refere que *“a minha bipolaridade é uma coisa ínfima”* (SIC) desvalorizando os vários episódios que depressão que contar ter tido ao longo da vida – estes consegue assumir e diferenciar: soube contar e descrever, por exemplo *“a minha primeira depressão foi aos 9 anos de idade, quando me obrigaram a vir para Lisboa; ninguém se apercebeu de como andava triste”* (SIC), *“tive várias depressões ao longo da vida, mas isso da bipolaridade foi uma coisa que inventaram para me manterem controlada”*.

Não apurei, naquele primeiro encontro, alterações da perceção, do discurso, da memória, da motricidade nem da vivência do eu; contudo parecia ter fraco *insight* e apresentar delírios de perseguição relacionados com a família, pois mantinha um discurso persecutório dirigido às suas filhas, que, na sua perceção, se querem apropriar do seu património monetário e herança de família. Refere que *“desde há 20 anos que elas andam atrás de mim, sempre a tentar fazer-me passar por maluca, a tentar internar-me; elas querem tudo o que era do meu pai, querem controlar-me, não me podem ver com um namorado novo porque têm logo medo de perder a herança”* (SIC). Apurei uma grande tristeza relacionada com as suas vivências familiares, com as suas filhas. Na mesma frase conjugava uma descrição amorosa das filhas e seguidamente as apelidava de más pessoas, por exemplo: *“são muito lindas as minhas filhas, não é por serem minhas filhas, são realmente bonitas; são péssimas pessoas, muito más: a minha Paula é mentirosa, nasceu assim, a Carolina é uma mentirosa, tem imensa inveja de mim e a Maria José não é má pessoa, mas deixa-se levar”* (SIC), dizia isto com tranquilidade, com fâcies triste, mas sem alterar a entoação do discurso. Dizia que gostava muito de todas as filhas e que não lhes

queria mal nenhum, mas também que não as suportava mais e que não queria estar ao pé delas, por elas serem más pessoas, sobretudo más para si, a mãe. Ao ouvir isto senti-me confusa tanto pela forma como falou da sua família como pelas coisas que disse. Senti um paradoxo criado e uma necessidade enorme de conhecer aquela gente que, a seu ver, lhe queria tão mal. Na sua perceção as filhas queriam à força interná-la e torná-la interdita para a poderem expropriar dos seus bens. Todo o seu discurso girava à volta disto.

Com o passar dos dias fui observando a utente e consegui perceber que se integrou perfeitamente no grupo: era uma pessoa discreta, bem-disposta, com humor eutímico, proporcionava boas conversas com os restantes utentes, participava nas atividades; sempre colaborante com a equipa de enfermagem, cumprindo o esquema terapêutico e indo a reuniões com a equipa multidisciplinar. O seu comportamento era sempre adequado, sem grandes exaltações. Percebi que fazia uso da ironia para responder aos técnicos quando achava que estava a ser provocada ou quando discordava com uma afirmação (por exemplo se achasse ridículo o que lhe estavam a dizer) e dei conta de que influenciava alguns utentes dando as suas opiniões pessoais e levando-os a pensar como ela. Numa sessão de grupo em que participou manifestou que se sentia bem no internamento, que a equipa de enfermagem sempre a tinha tratado bem, que gostava de lá estar e se sentia segura e, quando abordada a temática do internamento compulsivo voltou a referir que *“não posso falar muito abertamente sobre o meu caso pessoal, mas eu já tenho um advogado a ajudar-me porque a lei é muito complicada, as pessoas usam a lei para prejudicar os outros, usam a lei para interditar as pessoas só porque sim, porque se querem ver livres delas”* (SIC). Nesse mesmo dia ao encontrá-la no seu quarto questionei-me sobre a sessão, se tinha gostado e aprendido alguma coisa com os outros doentes. A utente revelou que se sentia muito bem no internamento, que se sentia segura e que tinha muito medo de voltar para casa, por causa das filhas que a queriam controlar, *“não me deixam viver a minha vida, não posso ter namorado, não posso ter dinheiro mas sou eu que pago tudo, casas e contas”* (SIC). Senti pena da utente, como se se tratasse de um testemunho de vida de outra pessoa qualquer, sem patologia mental – de facto pela sua descrição tão lúcida, coerente e clara, a utente levou-me por momentos a pensar que todo o internamento tinha realmente sido um pacto de família. Descreveu que anteriormente *“já me internaram em Montreal, deixaram-me lá sozinha, saí de lá tremer com tanta medicação”* (SIC). A sua educação, cultura, a sua literacia diferenciavam-na dos restantes utentes. Encantou-me com as suas histórias e envolveu-me num drama que mais parecia uma *novela mexicana*, como se costuma dizer. Pensei para mim

mesma que tinha que distanciar sentimentos e emoções e racionalmente analisar o que seria verdade, o que seria delírio. Todas as histórias merecem ser ouvidas e analisadas; faltava-me o resto da sua história para aferir alterações psicopatológicas. De facto, os doentes bipolares estão descritos como tendo certas características definidoras; sendo tendencialmente sedutores e manipuladores, inteligentes e perspicazes, *“formam facilmente uma relação terapêutica pois estão ansiosos por agradar e gratos pelo interesse do terapêutica”* (Towsend, 2011, p. 570).

Juntamente com dois internos de psiquiatria consegui participar numa outra entrevista individual com a utente em questão e adquirir mais conhecimentos da sua história de vida, contada por si. A utente consegue diferenciar sintomas negativos da sua doença, dizendo que se sentiu várias vezes triste e em baixo, alturas em que ficava mais recolhida. Não consegue diferenciar sintomas de mania, manifestando que não os tem; com as várias histórias que contou consegue-se apurar que a utente assume vários relacionamentos amorosos ao longo dos anos – inclusivamente logo após a morte do marido envolveu-se romanticamente com um homem, que depois se afastou, que é o namorado atual e pai da última filha. Este namorado, na versão da utente, foi afastado há 20 anos pelas suas outras filhas e família, dizendo que *“a minha filha foi criada por mim, porque a minha família entendeu que o meu actual namorado não era digno de cuidar da minha filha”* (SIC). Na versão da família, segundo informação desta, este homem não quis assumir a paternidade da filha R. e foi obrigado pela família a fazê-lo, tendo desaparecido posteriormente e nunca participado da vida da filha. São versões (ou visões) diferentes de uma história de vida já vivida no passado e vivida ainda no presente, com grande impacto para a utente.

Como apurar se estes factos (ou quais dos factos) são verdadeiros? Como saber se as histórias de vida contadas pela utente são reais? Se as histórias e factos contados pelas famílias são sinceros e verdadeiros? Senti imensa necessidade de conhecer e conversar com a sua família, no sentido de apurar os factos da vida pessoal da dona T. De que forma é que os utentes *adulteram* as histórias que contam, sob a sua ótica ou sob a ótica de uma mente perturbada? Que impacto tem a doença mental desta utente na sua família? De que forma é que a doença mental alterou as relações interpessoais? Qual a perspetiva das filhas sobre o internamento atual? Interditar a mãe será um meio para a proteger de si própria, para proteger um grande património da ruína esbanjadora das suas fases maníacas? Será sequer verdade que a querem interditar? Em entrevista com as filhas da utente, apurou-se que a mãe terá realizado gastos imensos ao longo dos anos, contraindo dívidas e adquirindo objetos de

valor. Referem, em entrevista médica, que a mãe já passou por várias descompensações ao longo do tempo, dizem que *“é sempre igual: a mãe deixa a medicação, arranja namorados, sai de casa para ir para a casa que tem em Montalegre e gasta muito dinheiro”* (SIC). Acrescentam ainda que *“com a medicação parece que a mãe anda sempre sonolenta e muito lentificada e agora andava muito acelerada e feliz e as pessoas achavam que ela não estava doente”* (SIC). Referem também que um dos primeiros sinais de alerta de descompensação são as poucas horas de sono que a mãe faz dizendo não necessitar de mais. O uso de drogas nunca foi manifestado; contudo, as filhas referem aumento de consumo de álcool recentemente, antes do internamento. Todos os sintomas manifestados pela família fortalecem o diagnóstico médico de bipolaridade e dão indicações de uma das principais características da doença: a falta de *insight*. A doente manifestou inicialmente perante a equipa médica que *“o meu pai diz que toda a gente é bipolar...não preciso do lítio”*(SIC). Recorda no seu passado que *“o meu marido juntou-se à minha família, não sei se pelo saco azul, se pelas amantes, mas juntou-se a eles para me tramar, para ficar com o dinheiro da herança; ele faleceu há 22 anos e foi nessa altura que apareceu a consulta do lítio em Cunhede e apareceu a história da doença bipolar”* (SIC). Recentemente a utente terá abandonado a terapêutica instituída pelo psiquiatra que a segue habitualmente para tomar suplementos vitamínicos e *“comecei a meditar, comecei uma vida completamente diferente, virei-me para as medicinas alternativas”* (SIC). As filhas referem que recentemente a mãe abandonou a consulta e vem a descompensar desde há cerca de 1 ano.

A utente recusou inicialmente visitas das filhas, sobretudo da mais nova de quem recebeu uma visita logo no início do internamento que foi presenciada pela equipa de enfermagem e que não deixou boas impressões relacionais: uma jovem-adulta com um comportamento impulsivo, tom de voz elevado para com a mãe e uma postura algo inquieta e agressiva para com ela. A utente manifestou numa das entrevistas que *“estão proibidas de me vir visitar, eu não quero, gosto muito delas, não as quero magoar, mas não... aliás, vocês veêm como eu fico só de falar nelas”* (SIC). De facto, a utente quando abordava qualquer temática relacionada com as filhas apresentava um fâcies tenso, olhos lacrimejantes e tremores generalizados, relacionados com a ansiedade sentida.

Uma das pessoas que a visitou com grande regularidade foi uma amiga, a dona L., de quem a utente falou sempre bem e com quem quis planear a alta. Esta amiga era um conhecimento recente, mas a dona T. contava com ela para lhe trazer pertences e gulodices para o internamento. Esta senhora quis participar do planeamento de alta e, inclusivamente,

ofereceu-se para gerir a medicação da utente e aceitá-la em sua casa enquanto esta não encontrava onde ficar – desde uns dias antes do internamento que a dona T. tinha perdido a habitação pois o seu senhorio fazia tensões de aumentar a renda e a utente quis mudar-se para casa do seu namorado, ficando entretanto sem sítio para morar. A família queria forçosamente que a doente fosse viver com eles para fora de Lisboa, coisa que a desagradou. Esta notícia abalou a utente e esta mantevesse mais exaltada e nervosa que o habitual durante alguns dias. A utente manifestou que não queria sair de Lisboa, para onde as filhas a querem levar, dizendo *"lá as pessoas dizem todas que eu lhes devo dinheiro...mas eu não devo nada a ninguém, sempre paguei o que pedi emprestado e sempre emprestei quando me pediram.."*(SIC), referindo que tem uma amiga que se ofereceu para a ajudar a procurar casa.

Ainda me questionei sobre esta amiga: se a família da utente diz que todos os namorados da dona T. querem o seu património e, segundo a utente, as filhas sempre tentaram afastar os seus namorados com medo que estes só quisessem o seu dinheiro, será que esta amiga tinha intenções inocentes para com a dona T.? Durante o Projeto de Visitas no internamento, pude conversar diretamente com esta amiga; percebi que era divorciada de um homem muito rico que pagava a pensão de alimentos dos filhos e contribuía generosamente para o seu sustento. Desta forma, comecei a abandonar a ideia de que esta amiga talvez não fosse alguém oportunista e que também quisesse aproveitar-se do património da utente. Parecia genuinamente querer ajudar uma pessoa amiga com quem se preocupava. Contudo, embora tendo noção da doença da dona T. e reconhecendo que esta não se encontrava bem, revelando que também já tinha presenciado consumo de substâncias alcoólicas abusivas recentemente, parecia que esta amiga também se deixava consumir pelas histórias de drama familiar que consomem a utente, acreditando nela inteiramente sem conhecer a restante família.

Estive alguns dias ausente do serviço e quando voltei a alta da doente perspectivava-se para breve, ficando esta a ser acompanhada pelas filhas fora de Lisboa, sendo que as filhas em consulta médica manifestaram a sua preocupação com a situação social da mãe, referindo que fora de Lisboa conseguem acompanhar melhor a mãe, além de nessa cidade a utente ter casa de família sem renda para pagar. Referem não conhecer esta amiga, a dona L. que queria ajudar e não saber se podem confiar nela. As filhas que moram em Lisboa revelaram não ter capacidade de vigiar e acompanhar a mãe. Para mim foi um espanto a utente concordar em sair do internamento para junto das filhas e tive esperança de que as relações familiares tivessem já melhorado.

Ao encontrar novamente a utente na enfermaria questioneei-a sobre se tem recebido as filhas em visita, ao que a utente respondeu que já tinha sido visitada por todas as filhas e que gostou muito de as ver e que agora já está *tudo bem*. Abordando-a sobre a nova resolução para a alta a utente mostrou-se tranquila com a situação, parecendo aceitar a decisão das filhas, referindo que *“a minha amiga, como sabe é psicóloga no local X. e teve que ir trabalhar para fora, desta forma não consegue dar-me grande apoio e eu fico sozinha em casa todo o dia; assim vou para Y. e tenho lá a empregada que já conheço há muitos anos e assim nunca estou sozinha”* (SIC).

Devo admitir que fiquei admirada, por um lado, por ver este tipo de resolução acontecer. Percebo que seria a solução mais lógica e racional. Estas filhas possivelmente terão assistido ao degradar do estado mental da sua mãe múltiplas ocasiões e quererão protegê-la dos seus gastos excessivos, dos seus devaneios irresponsáveis, de consumos exagerados de álcool, de uma vida desorganizada e isolada. A filha com quem vivia e com quem tem mais atritos, pela sua história de vida e idade, possivelmente não sabe lidar com uma mãe que, segundo elas, quando fica descompensada não consegue lidar com as contas, nem com a arrumação da casa e deixa de dormir e de comer em condições. Cuidar de um progenitor com perturbação mental pode ser complicado quando cada filho tem já o seu projeto de vida em andamento, quando já tem a sua própria familiar nuclear e empregos cada vez com cargas horárias maiores.

É espantoso como mantendo a terapêutica medicamentosa, rotinas de vida saudáveis, alimentação regular e adequada, um sono tranquilizante e rejuvenescedor e atividades diárias de ocupação do tempo, a pessoa consegue regressar ao equilíbrio mental que possuía antes do internamento. As entrevistas médicas e de enfermagem, as atividades de psicoeducação e psicosociais, a rotina saudável, a medicação, todos estes fatores terão ajudado a utente a processar todos os acontecimentos que levaram ao momento do mandado de condução. Te-la-ão ajudado a perceber a importância de não estar sozinha e a importância do apoio familiar. No caso da dona T. o abandono terapêutico que inicialmente a levou a um estado de descompensação, é um dos fatores que a família terá que ter em conta no seu acompanhamento futuro imediato. A privação de bebidas alcoólicas e a manutenção de hábitos de vida saudáveis serão igualmente importantes nesta fase. Uma doente que inicialmente se recusava a ver a família conseguiu progressivamente aceitar a sua situação e perceber que esta só quer tentar ajudar.

Gostaria imenso de ter conhecido a família desta utente de forma a conseguir observar os problemas relacionais e comunicacionais. Acabei por conhecer a sua perspetiva e opiniões através da equipa médica, o que possibilitou lembrar-me que há sempre duas faces da moeda. A família pode ser vista como “o mau da fita” ou “o bom da fita” tendo em conta as vivências verbalizadas pelos doentes; contudo, há que lembrar que as famílias passam por transformações imperiosas com grande significado para as relações interpessoais. Os relatos verbalizados pelos doentes são, apenas, a sua versão dos acontecimentos, sob a sua perspetiva.

Uma doente que passou também pelo internamento e que me marcou foi a dona F. que manifestava muito a falta de apoio por parte da família: para si, a família era constituída pelos primos diretos. Dizia que “*eles nunca me apoiaram, nunca me ajudaram*” (SIC). Em entrevista familiar conjunta, com a doente e sua família, percebeu-se que muitas vezes é a própria doente a recusar o apoio que a família oferece. Por exemplo: a utente sente-se sozinha, manifesta solidão; os familiares convidam-na para almoçar e a utente recusa; quer que os familiares vão a sua casa, mas depois quando eles chegam não fala com eles, limitando-se a estar ao pé de si. Não acarreta as sugestões da família e culpa-os pelos seus internamentos regulares. A família, por sua vez, diz que “*a F. teve várias descompensações ao longo do tempo, fomos nós que percebemos e que pedimos ajuda; mas ela também não nos deixa ajudar, quando está bem não faz nada do que nós dizemos*” (SIC). Mais uma vez o impacto e o poder que a família tem no processo de recuperação é grande: se a doente culpa a família pelo internamento dificilmente irá aceitar ajuda dela, numa fase inicial; progressivamente deverá reconhecer os benefícios do internamento e da ajuda prestada. Num caso de sucesso é isso que acontece.

Fazer debriefings com o meu orientador após as entrevistas com esta e outros utentes, ajudou-me a lembrar que enquanto enfermeiros não existimos para ser advogados ou juízes, assistentes sociais ou psicólogos do doente; existimos para criar uma relação psicoterapêutica com os utentes, assimilando aquilo que eles nos dizem e analisando tudo sob uma *lente enfermagética* e, nesta área específica da saúde mental e psiquiatria, fazendo uso dos conhecimentos de psicopatologia, devemos guiar a pessoa doente através da identificação dos eventos precipitantes do internamento, estabelecendo um rapport, com sinceridade, respeito e aceitação, para estabelecer um plano de ação e ajudar a pessoa a enfrentar a crise, para que possa criar *insight* para a sua situação e crescer com as experiências (Townsend, 2011, p 216). A verdade última sobre a sua vida e as suas histórias

de família poderá nunca chegar ao nosso conhecimento, nem é isso que nos interessa enquanto técnicos em saúde mental – o nosso objetivo deverá ser: conseguir trazer o utente de volta a um estado de funcionamento ótimo e aumentar, dentro do possível, as suas estratégias de coping e resiliência, aumentando a sua capacidade de adaptação a novas situações de stress, prevenindo a recaída.

Referências Bibliográficas

- Carvalho, J. (2015). A famílias e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6,7. doi:<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0099>
- Colvero, L. d., Ide, C. A., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*, 38, 197-205.
- Pinho, L., Pereira, A., Chaves, C., & Rocha, M. d. (2017). Satisfação com o suporte social e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 5*, 33 -38. Obtido de <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0164>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica* (Vols. ISBN 978-989-752-168-3). Lisboa: LIDEL.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (Vols. ISBN 978-972-8930-61-5). Loures: Lusociência.

Apêndice III - Estudo de Caso: A Família Carvalho

**A Família da pessoa com Doença Mental na Comunidade
Estudo de Caso**

Realizado no âmbito da Unidade Curricular

“A Saúde Mental da Pessoa e Família – Vigilância e Decisão Clínica”

do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional

Junho 2018

Introdução

Esta prática clínica realizada no âmbito da consulta comunitária, mais especificamente, na Unidade de Saúde Mental Comunitária de Oeiras (Caxias), oferece um leque de situações clínicas individuais e familiares de grande interesse exploratório, dada a sua diversidade de problemas encontrados, onde a intervenção de enfermagem é fundamental.

Segundo Townsend (2011, p.782) os enfermeiros da comunidade intervêm a três níveis: primário, “*com o objetivo de reduzir a incidência de perturbações mentais na população*”; secundário “*com o objetivo de minimizar os sintomas iniciais da doença psiquiátrica e voltados para a redução da prevalência e duração da mesma*”; e terciário, reduzindo “*os defeitos residuais que estão associados à doença mental grave e persistente*”.

A doença mental grave é foco de atenção deste tipo da consulta de saúde mental comunitária. Diagnósticos médicos como esquizofrenia e perturbações relacionadas, perturbação bipolar, formas graves de depressão, perturbação de pânico e obsessivo-compulsiva são formas de doença mental grave. O apoio primário de um doente mental é, quando existente, a família. A família sofre com a doença mental tal como a própria pessoa doente. Por isto, também o cliente família tem necessidade de acompanhamento ao longo do processo de adaptação e convivência com a doença.

No âmbito da unidade curricular de “*A Saúde Mental da Pessoa e Família – Vigilância e Decisão Clínica*” pretende-se desenvolver a avaliação de um cliente, individuo ou família, um caso clínico de interesse científico, fazendo uso de instrumentos como a entrevista familiar, por forma a implementar o processo de enfermagem ao longo de toda a prática clínica.

Para a avaliação completa da família usa-se, entre outros, o Modelo de Avaliação de Calgary, faz-se a apreciação inicial da família com recurso a instrumentos de avaliação, realizam-se diagnósticos de enfermagem, planeiam-se e executam-se intervenções de âmbito psicoterapêutico, ampliando, assim, o conhecimento científico de enfermagem.

Ao longo da prática clínica foi possível fazer o seguimento de uma família específica, sendo realizadas várias sessões/entrevistas, onde foram reveladas as principais questões que necessitam de intervenção e as problemáticas comunicacionais interpessoais a merecer atenção.

Avaliação da Família

Partindo do meu interesse particular por dinâmicas familiares, optei por escolher uma família para este estudo de caso. Participando das sessões de terapia de famílias da Unidade, os chamados grupos *psicoeducativos* para familiares da pessoa com doença mental, selecionou-se uma família específica para se implementar o processo de enfermagem e, mais especificamente, intervenções de âmbito psicoterapêutico na área da comunicação. As terapias familiares têm como objetivo estratégico “*criar mudanças no comportamento destrutivo e nos padrões de comunicação entre os membros da família*” (Townsend, 2011, p. 192).

Para este estudo de caso usou-se o Modelo Calgary de Avaliação Familiar, que “*junta a enfermagem e conceitos de terapia familiar baseando-se na teoria dos sistemas, na cibernética, na teoria da comunicação, na teoria da mudança e na biologia do reconhecimento*” (Wright e Leahey 2000 citados por Hanson 2005, p.187). Este Modelo avalia a família em 3 grandes categorias: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional.

Analisando as famílias ao longo do seu processo de vida, são notórias as tensões vividas entre os seus elementos, sobretudo nas transições das etapas de vida. Tendo por base este pensamento e sendo que a família é mais que a soma das suas partes – “*pode ser vista como um sistema composto por vários subsistemas, como o subsistema conjugal*” (Townsend, 2011, p.187), pode-se englobar na avaliação familiar a visão de Betty Neuman e a sua Teoria dos Sistemas, para uma melhor apreciação crítica da família. Pode ser aplicada tanto ao cliente individual, como a famílias ou comunidades.

Complementarmente, usaram-se instrumentos como o Genograma e o Ecomapa.

A família escolhida é composta por 3 elementos, pai, mãe e filho com doença mental. O meu foco de atenção foram as relações intrafamiliares, especificamente a interação e a comunicação do casal. Também abordarei, ao longo do estudo de caso, a sua relação com o filho e a própria dinâmica deste, uma vez que é impossível dissociar os três membros, sendo uma tríade familiar a funcionar em intercâmbio uns com os outros.

Na entrevista clínica inicial aplicou-se, ao casal, um questionário modelo (ANEXO I). Respondido o questionário anterior, pude então começar a avaliação desta família que, pela sua diferença, me fascinou deste o princípio.

Modelo de Avaliação de Calgary

A aplicação do Modelo de Calgary, usado na avaliação da família Carvalho, ajudou a destringir os seus subsistemas e as suas componentes principais. Em relação à estrutura interna da família Carvalho, depois de entrevistados, foi possível construir o Genograma e especificar a composição familiar, com o género e ordem de nascimento, com os vários subsistemas. Em relação à estrutura externa foi possível aferir a família atual mais extensa e os sistemas mais amplos. Conseguiu-se desta forma construir também o Ecomapa, que dá algumas respostas ao contexto social ambiental da família.

A família escolhida, doravante denominada como família Carvalho, é atualmente uma família nuclear, de raça caucasiana, religião católica, da classe média, composta pela mãe, aqui denominada de Dona T., pelo pai, aqui denominado de Senhor E. e pelo filho, portador de doença mental, aqui denominado de Paulo. Segundo o Ciclo de Vida da Família de Carter e McGoldrick (2005), citados por Townsend (2011, p. 180), a família encontra-se no estádio VI – a família na última fase de vida. Este estádio tem início no momento da reforma e dura até à morte dos cônjuges. Para Townsend (2011, p. 181) *“as tarefas associadas a este estádio incluem a exploração de novos papéis sociais associados com a reforma e possíveis alterações do estatuto socioeconómico; lidar com a morte do cônjuge, irmãos e amigos; e confrontar-se e preparar-se para a própria morte”*. Esta mesma autora refere ainda que, quando em adultos não conseguiram executar e cumprir tarefas em níveis anteriores e não ficam satisfeitos com o modo como as suas vidas correram, podem surgir problemas neste estádio final, impedindo de obter a satisfação emocional necessária. A exceção a esta definição, no caso família C., está no facto de que o filho Paulo ainda vive com eles, partilham do mesmo espaço e das tarefas e atividades da vida diária. Este facto poderia motivar conflito, pela explicação dada anteriormente, no entanto, estes pais parecem bem-adaptados e conformados com a situação de deixarem um dia o filho sozinho, sabendo que na verdade não estrará realmente sozinho e terá fundo de maneio para a sua sobrevivência.

A família vive dentro das suas possibilidades económicas atuais, sendo notório que o património financeiro decresceu ao longo dos anos. Vivendo num apartamento muito bem localizado no centro da vila (que, vendido hoje, traria muito dinheiro), possuem também uma quinta no norte do país, onde já viveram anteriormente e da qual tiraram algum rendimento, estando atualmente abandonada. A sua casa atual é num 4º andar com elevador; possui 2 quartos, 2 casas-de-banho, cozinha, sala de estar e 1 varanda exterior. No seu

domicílio envergam mobiliário muito antigo (alguns em más condições, já com muito uso); necessitaria de novas pinturas e de modificações para melhorar a habitabilidade, como chão novo e reforma nas duas casas-de-banho e cozinha. De forma geral a casa encontra-se funcional, habitável e limpa, mas necessitaria de mais cuidados e de condições apropriadas aos problemas atuais de saúde dos seus habitantes. O ambiente do bairro em que vivem é tranquilo, munido de comércio local que os ajuda a assegurar as suas necessidades da vida diária, deslocando-se a pé. Encontram-se também perto da estação de comboios, que os põem em Lisboa em 20 minutos. Atualmente não possuem viatura própria nem conseguiriam conduzir dados os seus problemas de saúde e idade avançada, sendo que contam com as filhas para os transportar onde for necessário.

O Paulo tem perturbação esquizofrénica, do tipo paranoide, diagnosticado na década dos seus 20 anos. Dotado de grande inteligência e dotes artísticos, ingressou o curso de Belas Artes que nunca concluiu. Vive atualmente com os pais, desde há 2 anos, após uma ausência de 26 anos em que viveu sozinho. Tem 57 anos de idade. Os pais, a Dona T. e o Senhor E., encontram-se ambos na casa dos 80 anos (80 e 82 respetivamente). A decisão de regressarem a casa, após tanto tempo ausentes, deveu-se ao recente internamento do Paulo, a questões económicas e de heranças familiares da casa onde tinham vivido durante os 26 anos anteriores e também pela maior abundância de recursos médicos na grande cidade, uma vez que estão agora a sentir necessidade de uma vigilância de saúde mais apertada, sobretudo a dona T. Há 26 anos foi quando o Senhor E. se reformou e decidiu mudar de vida, tendo-se deslocado para o norte do país com a esposa e feito vida lá, longe dos problemas diários do filho, mas sempre em contacto quinzenal ou mensal, fazendo visitas frequentes ao apartamento.

Ao longo deste tempo de separação, o Paulo foi tendo múltiplos trabalhos, sempre inconstantes sem garantir a sua total independência financeira, estando protegido pelo apoio dos pais. Artista de profissão, dotou-se de um portfólio de trabalhos que ainda hoje guarda com carinho. Fez várias bandas desenhadas e exposições em pequenas galerias de arte. Contudo, devido ao impacto da sua doença mental, os seus projetos foram ficando pelo caminho, tendo moldado o seu percurso profissional – largava os projetos que tinha e rapidamente se envolvia noutros, sem concluir nenhum. Pela sua personalidade excêntrica e tendências paranoides foi afastando contactos importantes do ramo artístico, tendo perdido o contacto com a profissão.

Pela recolha de dados foi possível perceber que passou por períodos de grande tribulação, no início da sua fase adulta, envolvendo-se com amigos de *origens duvidosas*,

com várias crises da sua doença mental, com gastos e atividades extremas e extravagantes. Os seus delírios e alucinações são de predomínio místico ou religioso, dado que acredita que foi o espiritismo que causou “o seu problema”. Com efeito, durante as entrevistas, o Paulo referiu que *“estive muito doente, aos meus 20 e tal anos, antes dos 30; foi tudo do espiritismo; mas disso não lhe conto mais, não lhe quero infligir problemas”* SIC. Houve várias referências ao espiritismo e como a influência de grupos e ceitas o puseram *tão doente*. No seu discurso nota-se igualmente o predomínio de ideias persecutórias. Segundo os pais, o Paulo sempre recusou tomar medicação, tendo sido acompanhado quando em jovem por um psiquiatra que posteriormente lhe terá dado alta da sua consulta, uma vez que não queria o tratamento proposto. Assim permaneceu ao longo da sua vida adulta, entrando e saindo de várias crises até que, há 2 anos, aconteceu o pior: acreditando que um dos vizinhos era membro de uma ceita de espiritismo e que o queria matar, ao passar por ele agrediu-o e magoou-o, sendo então obrigado a admitir-se em internamento compulsivo. Os pais, ao saberem do sucedido, regressaram definitivamente a Lisboa para o acompanharem de perto. De facto, souberam-no depois, o Paulo apresentava já há alguns dias alterações de comportamentos afirmadas pelos vizinhos e pelas irmãs, que *“tomavam conta”* no apartamento onde morava sozinho (atual casa onde moram agora os três). Durante este internamento hospitalar, o primeiro da sua vida, foi então observado e medicado. Iniciou paralelamente tratamento com eletroconvulsivoterapia (ECT), que surtiu grande efeito, tendo o seu temperamento acalmado e melhorados os seus comportamentos. Em conversa com o Paulo, relativamente a este vizinho, ele diz que *“eu não gosto daquele homem e então dei-lhe com um pau na cabeça”* SIC; (eu) *“então se eu não gostar de si, isso dá-me o direito de lhe bater com um pau na cabeça? Agora mesmo?”*, (ele) *“não, realmente isso não faz muito sentido”* SIC. Esta conversação mostra algum insight atualmente. Após várias sessões de ECT os pais do Paulo já constatarem grande diferença, dizendo que o filho se encontra mais calmo, sensível e inclusivamente carinhoso, disponível para ajudar – características que nunca havia demonstrado para com os pais e restante família.

À observação durante as consultas o Paulo apresentou-se com: humor eutímico, aparentemente tranquilo; pensamento organizado, com algum bloqueio; discurso coerente com ideiação mística relativa à origem do seu problema; atenção captável; expressão emocional diminuída; tom de voz baixo; postura apazível, mostrando-se algo inquieto mudando de posição e mexendo-se na cadeira por períodos; mostrou-se inicialmente indiferente e imparcial, mas curioso em relação às sessões, colaborando e respondendo às questões colocadas. Após a primeira entrevista, mostrou-se menos desconfiado e

inclusivamente quis conversar de temas de cultura geral do seu gosto pessoal. Por vezes não tendo resposta para as questões ficava em silêncio, manifestando sintomas negativos – o mesmo acontecia nas sessões em família, quando tinha os pais presentes.

Em relação à mãe, esta apresenta boa forma física, capacidade cognitiva mantida; apesar dos seus 80 anos de idade e da doença ocular fulminante e da hipoacusia bilateral, compensada com aparelho auditivo, sendo esguia e saudável fisicamente consegue ainda executar algumas tarefas em casa.

O pai encontra-se igualmente em boa forma física, autocuidando-se autonomamente. Tem alguns problemas de saúde, nomeadamente prostáticos, tendo sido operado há cerca de 2 anos (no pós-operatório teve vários problemas hemorrágicos que motivaram internamento prolongado; atualmente não manifesta problemas nesta área).

Os papéis estão bem estabelecidos e separados. A mãe assumiu desde sempre o papel de matriarca da casa, qual esposa tradicional: sem profissão, cuidando dos filhos e da lida da casa, ocupando-se de questões financeiras e burocráticas aquando da ausência do marido; foram suas as responsabilidades da educação das crianças e, mais tarde, ajudou a criar os netos. Atualmente perdeu esses papéis e responsabilidades, não só porque já não é necessário que o faça, como porque já não o consegue fazer. Observa-se grande tristeza e saudade nesses papéis que deixou de executar. Atualmente entrega-se ao cuidado deste filho e a acompanhar o esposo na sua vida. Na entrevista domiciliária chegou inclusivamente a referir *“eu assim já não gosto de viver”* SIC. Preocupou-se inicialmente este desabafo, contudo, fui percebendo que a Dona T. se agarra a todos os aspetos da sua vida atual, com coragem e força para enfrentar as dificuldades sentidas e, embora muitas vezes se sinta cansada, consegue transpor estas barreiras e manter-se física e mentalmente saudável.

O Senhor E. assumiu desde sempre o papel tradicional de provedor da família, como capitão na marinha assumiu um grande cargo profissional e teve de viajar por diversas ocasiões, ausentando-se muitas vezes durante meses seguidos. Apesar de frequentemente ausente, exerceu o seu poder sobre a família, direcionando o seu percurso, tendo nomeadamente mudado de morada quando assim o entendeu. Educou os filhos de forma rígida e acompanhou o crescimento dos netos. Atualmente admite que a forma física já não é o que era e conta com a ajuda das filhas para as tarefas que já não é capaz de fazer.

Os vínculos emocionais mais fortes existem na relação mãe-filho, com maior intensidade emocional contestada dirigida da mãe para o filho. O filho carece de capacidade para expressar os seus pensamentos e sentimentos – talvez característica da personalidade, talvez influência da doença mental ao longo da sua vida, talvez um misto das duas. De facto,

segundo o DSM-V (2013, p. 88) “os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais”. A esta definição acrescenta-se ainda que na perturbação esquizofrénica predominam sintomas negativos: “a alogia é manifestada por produção diminuída do discurso. A anedonia é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A falta de sociabilidade refere-se à aparente ausência de interesse em interações sociais, podendo estar associada à avolia, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais” (DSM-V 2013, p.100). Desta forma, entende-se o défice relacional manifestado pelo Paulo, que o impossibilita de verbalizar sentimentos e de criar relações. A mãe, não sendo notoriamente sentimental nem carinhosa, mostra-se muito ligada ao filho e manifesta grande carinho e preocupação por ele. O filho relaciona-se pacificamente com a mãe, sendo a ela que desabafa alguns pensamentos ocasionalmente. Depende da mãe emocionalmente e de ambos para a sua sobrevivência física. A relação do filho com o pai é conflituosa: comunicam-se diariamente, de forma pacífica e cordial, partilhando as necessidades de quem convive no mesmo espaço, mas não têm conversações pessoais ou íntimas diretamente um com o outro com harmonia, acabando por discutir sobre os assuntos, o pai, e desistir da interação, o filho. Durante as entrevistas à família foi notória a preocupação da mãe com a relação entre pai e filho, “eles nunca se deram bem” SIC. O filho diversas vezes fez comentários como “eu com o meu pai é complicado” ou “ele não sabe falar”. O próprio pai assume estes seus comportamentos difíceis dizendo “sempre fui muito rígido com os meus filhos”.

A sua relação com a esposa parece ser afetuosa e próxima. Em quase todas as entrevistas demarcou a sua opinião que tem dela, enaltecendo as suas capacidades: “ela é uma grande mulher, criou 4 filhos pah, mesmo quando eu estive fora tratou da casa e não precisou de ninguém”. Mostra-se disponível para a ajudar, embora exija dela mais do que ela pode, por exemplo: a dona T. perde-se em casa várias vezes, desorientando-se especialmente devido à sua cegueira. Posto isto, o filho assume uma postura de apoio e substituição, mostrando-se disponível e carinhoso para com a mãe; já o pai “ralha” com ela e dá-lhe instruções, querendo que ela aprenda a reorientar-se, algo que ela confessa que não consegue fazer – (ela) “ele ralha comigo e eu fico nervosa e começo a chorar”, (ele) “ela tem que saber as coisas, eu tenho que a ensinar a andar cá em casa sem se perder”, (eu) “o senhor E. já lhe perguntou como é que ela precisa de ser ajudada? Talvez essa não seja a melhor forma”, (ele) “mas eu não quero fazer por ela, quero que ela aprenda” (ela) “mas eu não consigo sozinha; assim desta forma já não consigo”. Efetivamente a dona T. precisa

de ajuda total, admitindo não ter capacidade atualmente para aprender e para se adaptar sem ajuda de ninguém – (ela) “*eu já não tenho capacidade para estar sozinha; depois ele ralha comigo e eu fico triste*”. Em entrevista ao domicílio, interpelei o Senhor E. no sentido de tentar perceber o porquê da sua atitude: (eu) “*será que ao Senhor E., conhecendo a sua esposa como mulher vigorosa, capaz de subir montanhas, custa muito vê-la como está hoje, quase invisível e a precisar que cuidem dela?*”, (ele) “*ela era uma mulher tão forte pah, mesmo quando eu ia para fora pegava no carro e ia com os miúdos para a terra e agora... é isso, não consigo aceitar que perdeu essas capacidades todas*”. A situação oftalmológica da dona T. é de facto perturbante tanto para si própria como para o seu esposo, ou talvez ainda mais para ele, que não consegue admitir as façanhas que o tempo e a doença tiveram sobre ela. Orgulhosamente, não consegue admitir este facto e aceitar a nova condição da vida da esposa. Por outro lado, admite a sua própria incapacidade sensitivo-motora, tendo inclusivamente deixado de conduzir por não se sentir capaz. É incrível como o Senhor E. consegue aceitar melhor as suas dificuldades e a sua perda de vitalidade e se mostra mais revoltado em relação a essas alterações da sua esposa.

De forma geral, o casal compareceu sempre nas consultas de forma tranquila com a sua situação de vida. A relação da tríade beneficia com a harmonia que o casal carrega na sua forma de ser e estar na vida atualmente. Estando na fase final do ciclo familiar, sentem que terão cumprido o seu papel enquanto pais. Contudo, os maiores problemas relacionais derivam do défice de comunicação que há na família. Foram os problemas de comunicação que se abordaram ao longo das sessões de intervenção com a família.

Em relação aos stressores externos, nesta fase da sua vida o casal manifesta com inquietude que a filha A. lhes traz muitas mágoas e preocupações, relativamente à forma como gere a sua vida profissional e amorosa. Paralelamente preocupam-se com o estado psicológico do Paulo; mas, por outro lado, sabem que ele “ficará bem entregue”, tanto financeiramente como de acompanhamento pessoal, com as restantes irmãs. Desta forma, não se preocupando especialmente com o futuro, ligam-se ao presente e à forma como lidam com o Paulo em casa, querendo que este se recupere e que mantenha a doença mental controlada, mantendo a medicação e a tratamento com ECT. As linhas internas de resistências encontram-se integras e as linhas normais de defesa bem solidificadas; a linha flexível de defesa do casal sofre com estas dinâmicas familiares, que têm impacto como “agressões externas” ao seu bom funcionamento, causando-lhes inquietude e angústia. Estes stressores interpessoais familiares (problemas com a filha A., questões de heranças e

partilhas, reações incompreensíveis do Paulo, etc.) interferem com o seu sistema de defesa, originando isolamento e retração das interações.

Para lidar com o Paulo é necessário ouvi-lo e vê-lo também – sendo uma pessoa de poucas palavras, sossegado e pouco comunicativo, usa muito a comunicação não verbal, interpretada pelo pai e impossível de reter pela mãe, devido à sua incapacidade visual e auditiva – com efeito, para além do problema ocular, usa também 2 aparelhos auditivos que compensam enormemente a sua hipoacusia bilateral. O Paulo assume um comportamento que demonstra de forma transparente aquilo que sente e que pensa – quando nervoso ou desconfortável, deambula pela sala e passa de divisão em divisão quase silenciosamente. Ora a mãe, na sua incapacidade física, não se apercebe deste estado agitado do filho. Sendo, como dito anteriormente, uma pessoa com défice emocional grande, não é capaz de expressar as suas emoções e isola-se no seu quarto. Este é um dos fatores que mais incomoda a Dona T. Quando questionado o filho diz que não se isola, simplesmente diz que “*não gosto da música que ouvem, metem aquilo tão alto*” SIC.

Em termos de funcionalidade instrumental, as tarefas da casa são divididas maioritariamente entre a Dona T. e o Senhor E. que, mesmo com os seus problemas de saúde, ainda preparam algumas refeições (embora a maioria sejam compradas); a Dona T. ocupa-se do tratamento de alguma roupa, auxiliada pelo marido e pelas filhas que, quando podem, lavam a roupa dos pais e do irmão para os aliviar desta tarefa. Cuidam da sua higiene diária, tomando banho diariamente no WC. Em relação ao Paulo, o filho, este só participa em tarefas ocasionalmente requisitadas, como levar a mãe aos Correios ou levar o lixo à rua – não arruma os pertences do seu quarto, não faz a cama; toma banho apenas ocasionalmente ou quando estimulado e incentivado. As grandes tarefas de limpeza da casa são executadas pelas irmãs ou por empregadas contratadas ocasionalmente. As responsabilidades da casa são divididas entre o casal – a reforma do pai ganha as despesas e ambos gerem as obrigações legais que têm.

Sendo uma família tradicionalmente católica, atualmente já não se deslocam tanto à igreja como gostariam, sem dificuldade de mobilização da matriarca.

Em relação às atividades da vida diária, o casal vive em uníssono, partilhando da mesma rotina e hábitos de vida. Para além das atividades de vida gerais, como a higiene e vestuário, alimentação e compras, o casal sai diariamente de casa para o seu habitual café, onde convivem com os habituais amigos e conhecidos. Fazem compras servindo-se do comércio local, deslocando-se a pé. Precisam da ajuda das filhas para satisfazer alguns tipos de necessidades como grandes compras ou grandes limpezas, mudanças, viagens para fora

de casa, inclusivamente para levar o Paulo aos tratamentos (ECT) no Hospital de Egas Moniz. O Paulo assume uma rotina diferente das dos pais, destreinando-se dos seus hábitos normais – deita-se e acorda à hora que quer, não tem horas para comer, comendo muitas vezes fora de casa (pequenas refeições). A hora de jantar é passada de forma afastada: os pais optam por fazer um pequeno lanche e o filho janta mais tarde. Passa a maioria dos seus dias em casa, refugiado no quarto ou, pelo contrário, certos das sai de casa e não diz onde vai, regressando ao final do dia. Frequentemente, como artista que é, faz desenhos no seu pequeno estúdio, recordando as alturas em que trabalhou e reproduzindo alguns retratos e paisagens antigas.

Genograma

A família completa de raiz, constituída pelo casal idoso e seus filhos, é originalmente composta pelos seguintes elementos:

- Mãe, Dona T., de 80 anos, nunca teve uma profissão, cuidando da casa e dos filhos, atualmente a residir com o marido e o filho Paulo na área de Oeiras; encontra-se quase invisual (vendo apenas sombras), necessitando de ajuda parcial para as atividades de vida diárias e sobretudo para andar fora de casa;
- Pai, Senhor E., utente de 82 anos de idade, militar de profissão, reformado há 26 anos, a residir com a esposa e o filho Paulo na área de Oeiras; mantém-se independente nas atividades de vida diárias sendo ele que, neste momento, ajuda a cuidar da casa e também ajuda a esposa no seu autocuidado;
- Filho Paulo, de 57 anos, desempregado, nunca terminou os seus estudos (licenciatura em Belas Artes) solteiro e sem filhos, a residir com os pais em Oeiras;
- Filha A., 55 anos, atualmente empregada (trabalha na área das artes), divorciada e com 2 filhos, a residir na área de Oeiras;
- Filha B., de 50anos, atualmente empregada (trabalha na área das artes), soleira e com 1 filho, a residir em Lisboa;
- Filha C., de 42 anos, atualmente empregada (é professora), solteira e sem filhos, a residir em Lisboa.

Em anexo (APÊNDICE I) adiciona-se o Genograma da família alargada.

A relação do Paulo com as irmãs B. e C. é pacífica, sendo mais íntimo da irmã B. Com a irmã A. existem conflitos, manifestados sobretudo pela Dona T., a mãe.

Ecomapa

Em relação à família mais alargada, relatam relacionamentos com primas da Dona T., sendo que a maioria dos seus familiares mais próximos já faleceram.

O casal Carvalho está rodeado de poucos amigos, com quem convivem no seu dia-a-dia embora agora com menos frequência fora de cada, devido à fragilidade ocular da Dona T., que a leva a sair cada vez menos. Curiosamente assumem uma relação estreita com um casal que se encontra igualmente na terapia psicoeducativa de famílias, da consulta de Saúde Mental Comunitária, pois também eles têm um filho com doença mental.

Para além deste casal amigo e vizinho, contam com a presença de primas e primos da parte da família da Dona T., que frequentam a sua casa frequentemente. O filho Paulo encontra-se amiúde com uma amiga de família que frequenta igualmente a casa.

Têm uma estreita relação com a enfermeira da consulta de Saúde Mental Comunitária, à qual comparecem semanalmente ou com mais frequência no caso de terem consultas médicas ou de enfermagem. Usam o sistema nacional de saúde e algumas consultas privadas para satisfazerem as suas necessidades em saúde, nomeadamente devido à degeneração visual da Dona T. e da doença prostática do Senhor E.

Em anexo (APÊNDICE II) exemplificam-se os ecomapas da família Carvalho.

Diagnostico de Enfermagem

Sumarizando a informação adquirida da recolha de dados junto da família, apresentam-se alguns diagnósticos CIPE (2015) possíveis, relativos às intervenções aplicadas ao longo da prática clínica:

- Aceitação do estado de saúde, comprometida;
- Capacidade para comunicar sentimentos, comprometida;
- Comunicação familiar, comprometida;
- Processo familiar comprometido;
- Coping familiar, alterado.

Intervenções de enfermagem

As intervenções pertinentes a realizar no âmbito da consulta estarão relacionadas com o padrão de interação e comunicação da família. Os processos familiares sofrem alterações ao longo do tempo e são marcados pela doença mental, muito presente neste caso. Da maioria dos diagnósticos levantados podem estabelecer-se intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico relacionadas com o treino de comunicação assertiva e outras técnicas cognitivo-comportamentais. Acompanhando esta família por um longo período, poder-se-iam implementar múltiplas intervenções e atividades de enfermagem de domínio comportamental e da família (NIC, 2013).

Do acompanhamento feito à família ao longo do tempo de estágio, foi possível aplicar algumas atividades de intervenções de âmbito comportamental, comunicacional ou de enfrentamento, como por exemplo: treino de assertividade, aumento da auto percepção, auxílio na modificação do comportamento/treino de habilidades sociais, estabelecimento de limites. Foi dado ênfase à intervenção psicoterapêutica do treino de assertividade, de modo a melhorar competências no âmbito da comunicação da família.

Foram desenvolvidas atividades como:

- Determinar barreiras à assertividade, como a doença mental, a idade, fatores de cronicidade associados às pessoas;
- Distinguir os vários tipos de comportamentos: passivo, agressivo;
- Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais;
- Promover a expressão de pensamentos, sentimentos, quer sejam positivos ou negativos;

- Promover oportunidades de discussão familiar, tanto na Unidade de Saúde como no domicílio;
- Demonstrar o que é a comunicação assertiva, instruindo sobre os vários tipos de comunicação;
- Orientar os elementos da família sobre formas de praticar assertividade, no dia-a-dia, em situações concretas.

Indicadores de Avaliação:

- Compreender barreiras à comunicação e à assertividade;
- Aceitar as limitações pessoais;
- Distinguir os diferentes tipos de comportamentos;
- Reconhecer as dificuldades comunicacionais e relacionais da família;
- Reconhecer métodos e técnicas de modificar comportamentos e melhorar a relação intrafamiliar.

A comunicação assertiva na família

Das sessões realizadas com o casal e com o filho obtêm-se diagnósticos de enfermagem importantes. Ao longo da nossa interação foram abordados vários problemas comunicacionais: um deles foi o uso do rádio em alto volume em casa. Quando os pais fazem uso do rádio, o Paulo automaticamente fecha-se no quarto, fechando a porta sem dizer nada. Quando abordada esta questão abertamente nenhum deles fazia ideia qual o pensamento do outro. Ouvindo os pais serem francos com ele, o Paulo percebeu, embora não imediatamente, o impacto que tem a porta ser fechada sem qualquer explicação. Por outro lado, os pais entenderam que ao Paulo perturba muito o volume alto e os ruídos, referindo este que “*não gosto de barulho nem de confusão*” SIC. Sem nunca terem discutido abertamente sobre este tema, a teoria inicial da Dona T. era que o Paulo ficava chateado e que batia com a porta para mostrar os seus sentimentos. Posto isto, o Paulo afirma que não fica chateado nem bate com a porta, fecha-a simplesmente para não ouvir o barulho. Com esta comunicação aberta foi possível esclarecer estes “*não ditos*” e a atitude dos pais mudou: após esta reunião o rádio foi ligado em volume mais baixo e foram os pais que fecharam a porta da sala para evitarem perturbar o filho.

Outro dos aspetos abordados durante as entrevistas foi o facto de a Dona T. pensar que o Paulo se isola muito, “*ele fecha-se no quarto e não fala com ninguém*” SIC. O Paulo responde que “*eu não me isolo, eu gosto é de silêncio*” SIC. A falta de comunicação verbal impõe-se como um problema maior uma vez que para a Dona T. a comunicação não verbal não é atingível pelo seu défice ocular. Mesmo assim, ela diz que muitas vezes *sente* o estado de espírito do filho. Numa das entrevistas com o filho presente, a mãe verbalizou que “*gostava de saber o que é que ele pensa*” SIC.

Outro problema abordado foi o facto de o Paulo sair de casa sem dizer a ninguém – a mãe sente isto como um distanciamento muito grande e fica com uma sensação de solidão muito grande. O pai, na sua necessidade de reserva e intimidade não considera que seja necessário o Paulo comunicar aos pais se sai de casa ou não e muito menos de dizer para onde vai. Acontece com frequência o Paulo sair de casa e os pais sem o saberem; sabem, à posteriori pelas outras filhas, onde é que o Paulo foi ou o que andou a fazer, uma vez que muitas vezes ele acaba por falar com as irmãs e contar-lhes as suas atividades – mas não conversa com as pessoas com quem vive. A Dona T. pela sua fragilidade visual, desorienta-se frequentemente em casa necessitando de ajuda; também pela sua fragilidade auditiva muitas vezes não se dá conta de que o filho saiu de casa. Desta forma apresenta necessidades diferentes do marido. O Senhor E. mantém a sua postura, não conseguindo perceber e aceitar esta necessidade da sua esposa, argumentando que o filho viveu muitos anos sozinho e que está habituado àquela rotina tendo-os já, inclusivamente, trancado dentro de casa acidentalmente.

Debateu-se esta questão de impor ou não esta regra em casa. Tendo opiniões divergentes e sentimentos contrários, foi explicada a importância de os pais se imporem, se assim considerarem necessário – um dos direitos dos familiares é afirmarem a sua opinião e as regras na sua casa. A Dona T. após as sessões continua sem conseguir pedir abertamente ao filho que mude este seu comportamento – ainda mais se constata a necessidade deste treino de comunicação assertiva, para que haja bem-estar, respeito e clareza nas interações. Foi proposto que o Senhor E., observando a saída do filho de cada, comunique à sua esposa, havendo assim comunicação circular.

No final das sessões houve uma evolução positiva da parte do Paulo, contada posteriormente pelos pais: atualmente o filho está a desenhar com tinta da china e, enquanto lê livros à mãe, levanta-se frequentemente para verificar se a tinta já secou; antigamente, a atitude do Paulo seria de não dizer nada e repentinamente desaparecer da sala, agora já conseguiu verbalizar à mãe onde vai e explicar-lhe as suas ausências. Isto mostra que, usando

a sinceridade, a autoafirmação, sendo sincero nos seus sentimentos e vontades, ou seja, praticando a assertividade, consegue-se uma comunicação melhor – ou seja, o Paulo, por observar e ouvir da mãe a sua necessidade em saber onde ele está e em saber se está sozinha em casa ou não, para não se sentir perdida e sozinha, percebeu a importância de comunicar a sua ausência à mãe.

Numa das últimas sessões foi proposta a comunicação circular entre os membros da família – de forma a auxiliar a mãe neste processo de compreender o estado físico de filho, o pai deverá servir de intermediário da comunicação não verbal, clarificando à esposa os atos e atitudes do filho que poderão ser por ela mal interpretados.

Claro que o problema ainda está por resolver na totalidade, sendo que o Paulo continua a sair de casa sem avisar. Contudo, já se observaram estas pequenas alterações à sua forma habitual de ser – o treino da comunicação assertiva começou a dar frutos nesta família. Este treino é um trabalho de casa quase constante, praticado em toda e qualquer interação.

Avaliação das Sessões

Na última sessão com o casal Carvalho aplicou-se um questionário (realizado por mim) de avaliação das sessões que tivemos ao longo do tempo de estágio, onde foi possível abordar a temática da comunicação assertiva. Constituído por 7 perguntas, o casal respondeu uniformemente às questões. Anexa-se o questionário respondido (APÊNDICE III).

Paralelamente a este questionário, foi também implementado um instrumento de avaliação da assertividade, à qual responderam ambos, a Dona T. e o Senhor E. Este instrumento é adaptado de Lloyd (2002) e utilizado por Townsend (2011, p. 242). As pontuações obtidas foram as seguintes: a Dona T. obteve uma pontuação de 45 pontos e o Senhor E. uma pontuação de 59 pontos, o que se traduz no final em avaliações iguais – ambos têm uma visão algo assertiva, mas que podem beneficiar de algum treino de assertividade. No final das sessões ambos melhoraram o seu score. No final da intervenção, a mãe aperfeiçoou o seu comportamento assertivo nas questões 1, 2 e 14 do teste aplicado, respetivamente: “peço aos outros para fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso”; “quando alguém me pede para fazer algo que não quero, digo *não* sem me sentir culpado ou ansioso”; “quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante que posso aprender a fazê-lo”. Apresentou um score final de 51 pontos, verificando-se um aumento de 6 pontos na escala de assertividade, mantendo-se, no entanto, no mesmo nível de avaliação.

O pai, pelo contrário, manifestou um aumento positivo na escala, subindo para 64 pontos, que o pontuam como tendo uma “filosofia assertiva consistente e ser capaz de lidar bem com a maioria das situações”. Os aspetos melhorados foram as questões 5, 6 e 9, respetivamente: “quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.) verbalizo-os facilmente”; “quando exprimo raiva, faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso”; “quando cometo um erro, reconheço-o”.

Reflexão Final

A enfermagem das famílias é uma área de trabalho muito importante para a sociedade em geral, com impacto nas restantes áreas da saúde. Concretamente no âmbito da doença mental, o terapeuta de referência faz a “gestão de casos”, atuando ao nível da intervenção primária, secundária e terciária que, quando bem conduzida, diminui os reinternamentos por descompensação da doença mental e burnout do cuidador, pois *“este tipo de cuidado promove o funcionamento aumentando a capacidade do indivíduo de solucionar problemas. Melhorando as competências laborais e de socialização, promovendo atividades de lazer e estimulando a diminuição da dependência de outros”* (Townsend, 2011, p. 785). Seria bom ver crescer mais estruturas como a Unidade de Saúde Mental Comunitária de Oeiras, que acompanha utentes com doença mental e as famílias que de si cuidam. Este acompanhamento faz-se em consultas semanais, quinzenais ou mensais, consoante a necessidade manifestada ou observada. A articulação do profissional de enfermagem com a restante equipa de saúde é fundamental para o sucesso da recuperação dos doentes e para a prevenção das crises.

O objetivo máximo da enfermagem de saúde mental da família é a promoção da saúde. *“Quer o enfermeiro procure reduzir tensões sentidas pela família que cuida do filho com uma doença crónica, ou o cônjuge idoso que cuida de um consorte com uma doença terminal, o objetivo é preservar a saúde mental”* (Hanson, 2005, p. 330).

Ao longo da minha prática clínica pude conhecer várias pessoas com doença mental e famílias dessas mesmas pessoas, em regime de consulta. Paralelamente, conheci apenas famílias cuidadoras, nos chamados grupos psicoeducativos. Nas visitas domiciliárias tive a oportunidade de conhecer pessoas na comunidade que, nas suas próprias casas, recebem cuidados de enfermagem.

Com a ajuda da minha enfermeira orientadora de estágio, foi escolhida uma família com necessidade de intervenção de enfermagem. Após conhecer esta família foi iniciado um

plano de cuidados a implementar ao longo de toda a prática clínica. Ao longo das entrevistas fui desenvolvendo uma relação psicoterapêutica, abordando as questões mais preocupantes e intervindo consoante necessário, aplicando os cuidados planeados.

É muito gratificante saber que a intervenção usada junto da família teve efeito quase imediato, ainda que pequeno, mas observável num curto espaço de tempo. Contrariamente ao que imaginei, teve maior efeito sobre o filho, na sua interação com os pais, do que dos pais para com o filho. Querendo abordar a temática familiar, não incidi os meus cuidados apenas sobre a pessoa doente, mas sobre a família. Abordei concretamente os pais cuidadores de um filho com doença mental, mas como sistema familiar é impossível dissociar pais e filho, destringir a família, sendo necessária uma abordagem familiar sistémica incluindo todos os seus elementos. Desta forma, embora dirigindo-me substancialmente aos pais cuidadores, intervim também em paralelo com o filho, conseguindo, no final das sessões, uma melhoria da comunicação interna da família.

Embora os pais tenham manifestado com gratidão a importância que teve na sua vida a intervenção sobre comunicação, não manifestaram ainda mudanças na sua forma de comunicar. De facto, a Dona T. referiu que “*burro velho não aprende línguas*” SIC – tentou-se desmistificar este aspeto, fortalecendo as suas capacidades pessoais como forma de desenvolver o padrão de comunicação interno. Ressaltou-se que conseguiram melhorar um dos aspetos trabalhados, que foi o de reconhecer as atitudes positivas do filho, dando-lhe reforço positivo, algo que anteriormente não tinham por hábito fazer. Um desses exemplos é relativo à atitude, nova e diferente, do filho em verbalizar à mãe que se vai ausentar da sala – quando questionada a Dona T. diz que “*sim, eu agradeço, disse: filho muito obrigado por me informares, assim já sei*” SIC. O reconhecimento das atitudes positivas surge como uma das estratégias usadas para estimular a comunicação entre os pais e o filho, fazendo uso da comunicação verbal e assertiva, verbalizando as suas emoções e pensamentos e tornando, desta forma, mais claro para o filho o que os pais pensam. O Paulo, por sua vez, tendo conhecido as necessidades, sobretudo da mãe, de querer comunicar mais, parece que baixou o “muro” do seu isolamento e teve duas atitudes surpreendentes ao longo destas semanas: desabafou com a mãe uma situação de família que ocorreu e que o perturbou, verbalizando os seus pensamentos, algo que não acontecia há muito tempo; e justificou as suas ausências repentinas enquanto lia para a mãe, algo que acontece muitas vezes sem qualquer justificação e também sem haver qualquer pedido de justificação por parte da mãe – espontaneamente o Paulo fez uso da comunicação verbal e respeitou a mãe numa atitude há muito requerida por ela. Se a família não se tivesse reunido para as nossas entrevistas estes aspetos ficariam por

abordar durante muito tempo, sendo que não havia motivação nem intenção de revelar pensamentos e sentimentos, mas havia, manifestamente, tristezas e angústias relacionadas com estes acontecimentos.

Ainda há muitos aspetos a trabalhar na sua forma de se relacionarem, de modo a aliviar tensões, esclarecer mensagens dúbias e más interpretações: a clarificação e validação da mensagem recebida; a expressão de opiniões, sentimentos e pensamentos, sem culpa nem medos; a assunção de problemas e a sua resolução, de forma simples, calma e clara; a comunicação aberta dentro da família.

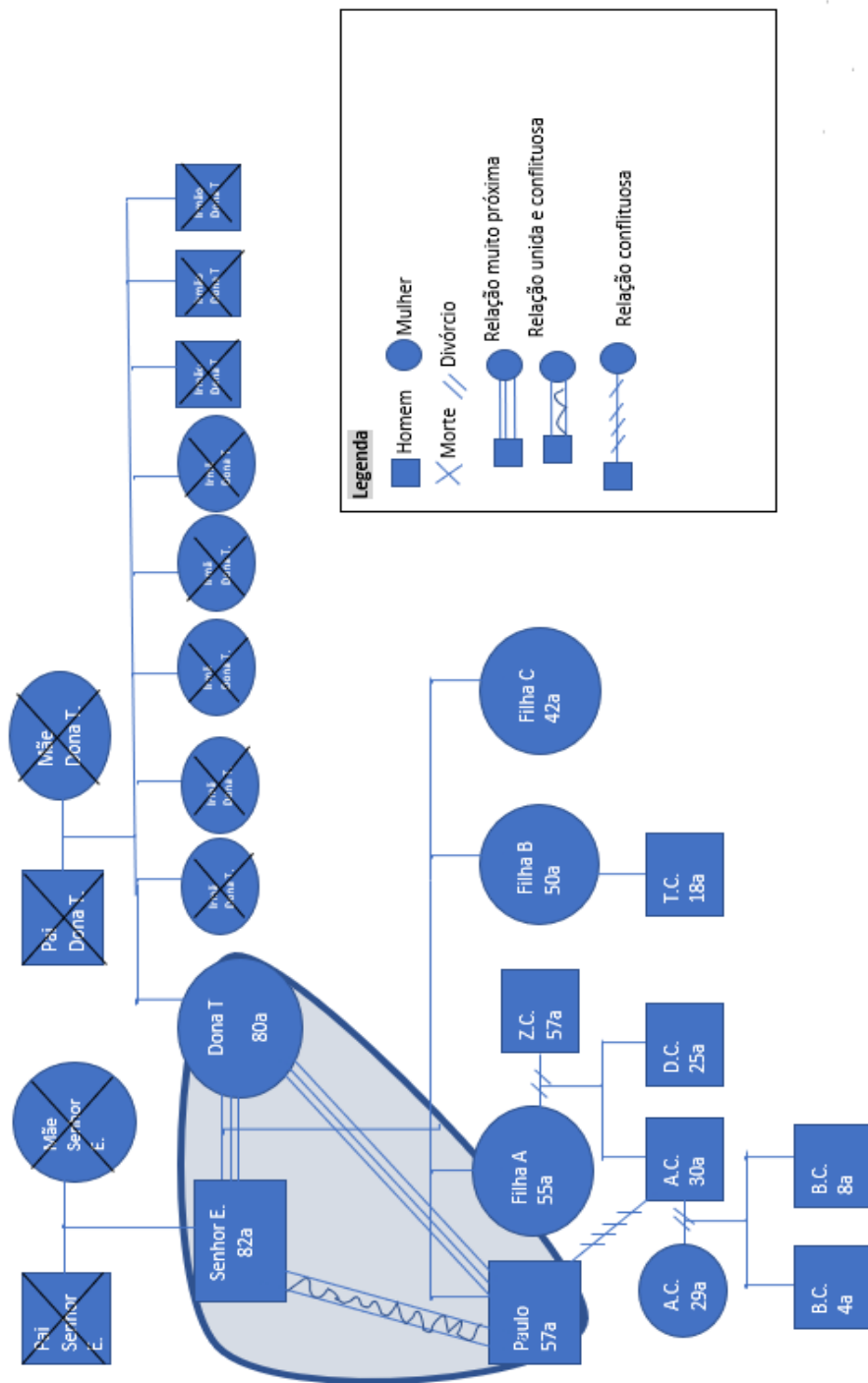
O contributo que esta família me ofereceu foi a oportunidade de implementar a teoria científica de enfermagem, relativa às interações humanas e intrafamiliares. Acompanhado esta família de forma mais íntima consegui implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico, iniciando assim o meu caminho enquanto especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Referências Bibliográficas

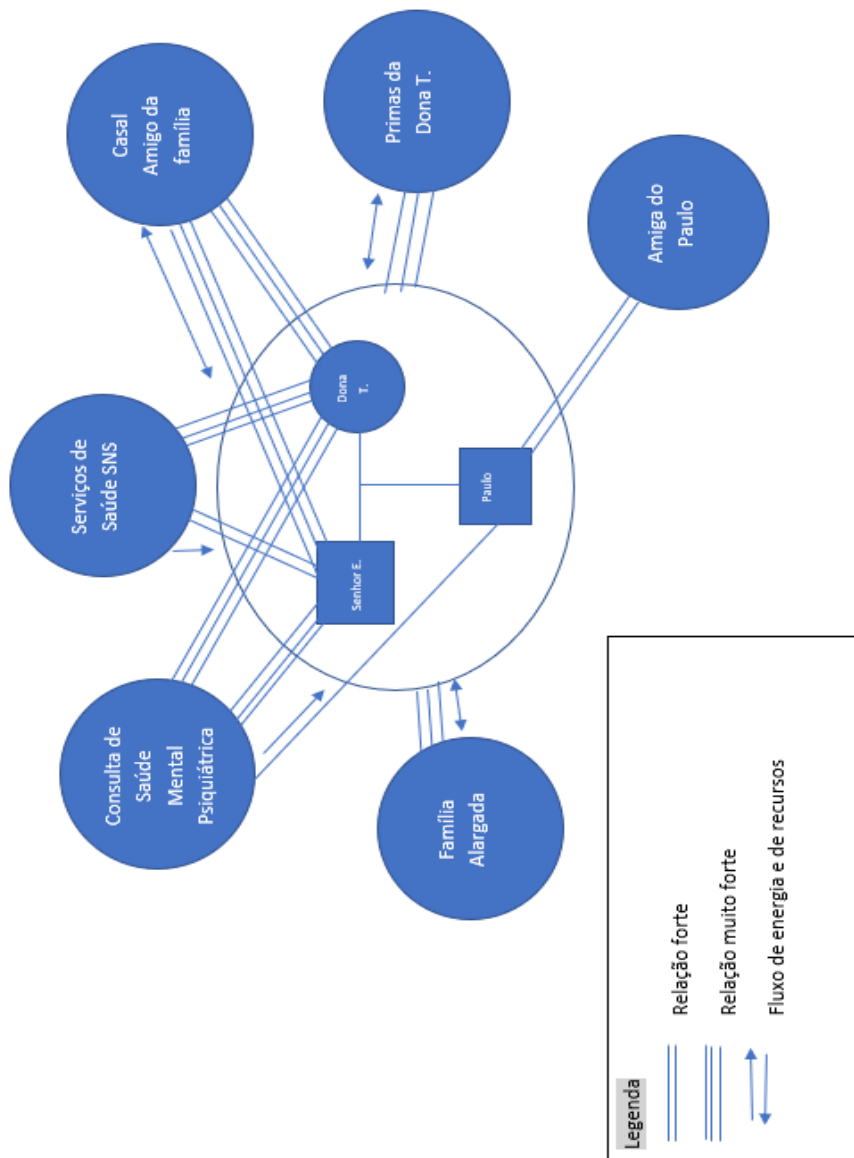
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V* (Vols. ISBN 978-85-8271-088-3). ArtMed.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Vols. ISBN 978-989-8444-35-6). Lusodidacta.
- Dochterman, J., & Bulechek, G. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (Vols. ISBN 978-85-363-0994-1). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (Vols. ISBN 972-8383-83-5). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (Vols. ISBN - 0-8385-6701-0). USA: Appleton & Lange.
- Seabra, P. (2010). Entrevista familiar: um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental . *Revista Nursing*, 20-26.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (Vols. ISBN 978-972-8930-61-5). Loures: Lusociência.

APÊNDICE I - Genograma da Família Carvalho

Genograma Família C.



APÊNDICE II - Ecomapa da Família Carvalho



APÊNDICE III

Questionário de Avaliação das Sessões do Treino de Assertividade

1. *Foi útil assistir às sessões sobre comunicação assertiva?*

O casal concorda que foi útil participar das sessões; o Senhor E. verbalizou que “*vocês ajudam imenso pah, eu estou muito grato pela vossa presença e pela forma como se empenharam em ajudar-vos. Nunca ninguém fez isso por nós e olhe que está a falar com uma pessoa que já passou por muita coisa, que já conheceu muitos profissionais de saúde*”.

2. *Que contributos positivos obtive das sessões?*

Concluiu-se que o Paulo obteve mais contributos positivos das sessões realizadas. A Dona T. afirma, com um sorriso, que “*burro velho não aprende línguas, não é?*”

3. *Sinto que melhorei a minha comunicação com os meus familiares?*

Ambos afirmam que agora compreende melhor os aspetos da comunicação que dificultam a sua interação.

4. *Sinto que melhorei a comunicação com o meu familiar com doença mental?*

Sentem ambos que o Paulo está mais próximo e que conseguem comunicar melhor com ele. Ainda têm um caminho a percorrer, sendo mais assertivos, no sentido de serem francos o filho e lhe dizerem como se sentem, sem medo de o magoar ou perturbar, assumindo os seus direitos enquanto pais e pessoas, sobretudo a Dona T.

5. *Sinto-me mais autoconfiante e capaz, fazendo uso da assertividade no meu dia-a-dia?*

O curto percurso por nós feito ainda não produziu efeitos na sua vida do dia-a-dia. Talvez com mais tempo de intervenção se pudesse chegar lá.

6. *Em que situações uso a comunicação assertiva?*

Usam a comunicação assertiva expressando a sua opinião sem medos perante a família e a sociedade, contudo, ainda necessitam de melhorar a sua interação com o filho.

7. *O que gostariam de ter aprendido mais?*

De forma geral, sentem satisfação com as sessões realizadas. Sentem que houve um contributo muito positivo.

ANEXO I - Entrevista Familiar

1. *De que forma é que a doença afeta todos os membros da família?*

Existem dificuldades interacionais, nomeadamente entre os vários irmãos, sobrinhos e netos, tendo-se inclusivamente alguns membros da família alargada afastado, por não compreenderem as reações do familiar doente. A sua personalidade extravagante propiciou, ao longo dos anos, mal-entendidos que não têm sido esclarecidos. A relação com os pais também foi crivada pelos episódios de crise, não tratados, ao longo do tempo; atualmente, já em tratamento e compensada a doença mental, a família nuclear usufrui de tranquilidade, embora mantenha problemas relacionais e comunicacionais.

2. *Como é que os membros do sistema familiar se relacionam uns com os outros?*

A interação entre os 3 elementos da família é pacífica nos momentos da consulta de enfermagem. O casal, geralmente, apresenta-se de forma harmoniosa nos grupos de famílias e interagem pacificamente. Já com o filho, embora de forma pacata, encontram-se tensões na relação com o pai.

3. *Como é que o sistema familiar se está a relacionar com a equipa de saúde e com o ambiente hospitalar?*

O casal encontra-se bem integrado na Unidade de Saúde Mental Comunitária, participando dos grupos de famílias. O filho começou apenas recentemente a ser seguido na consulta de enfermagem, mostrando adesão ao tratamento com a terapeuta de referência, mas ainda em processo inicial.

4. *Qual o nível de instrução dos membros da família?*

Apresentam-se todos com grande diferenciação cultural e interesses históricos, geográficos, artísticos, muito intelectuais. O pai foi capitão na Marinha, possuindo o grau mais alto dentro da sua área de especialização. A mãe, que se autodenomina de *analfabeta*, possui o antigo 5º ano, mas não lhe foi dada a hipótese de continuar os estudos; não obstante, é inteligente, possui gostos e conhecimentos de cultura geral importantes e gosta de manter o seu intelecto ativo. O filho, não tendo acabado a licenciatura em Belas Artes, é inteligente e muito culto, gosta de história e geografia mundial. A casa da família está inundada de livros e quadros de pintores importantes.

5. *Que informações é que a família precisa ou quer?*

A família sente necessidade de um acompanhamento próximo, um sítio e um terapeuta com quem discutir problemas simples do seu dia-a-dia e tentar encontrar soluções para eles.

6. *Que membros importantes precisam de ser envolvidos na tomada de decisões?*

Todos os membros da família nuclear, mãe, pai e filho.

7. *O sistema familiar está a processar a informação internamente? A família está a lidar com os problemas?*

Os pais atualmente lidam pacificamente com a doença mental do filho, querendo saber como gerir o seu feitio e personalidade dentro das dinâmicas familiares. Não sabem lidar alguns aspetos da personalidade do filho e alguns dos seus comportamentos.

8. *Quais as respostas do sistema familiar? As reações da família são apropriadas?*

A família refugia-se muito, ou seja, sendo constituída por pessoas reservadas, pouco expansivas e interativas, quando há um problema a sua tendência é o isolamento, não fomentar a discussão e, não sabendo resolver, esquecer o problema e assim sucessivamente, não se abordando diretamente as questões perturbadoras do bom funcionamento familiar.

9. *Qual é a abertura do sistema familiar? A família está aberta para receber auxílio ou conselhos da equipa de saúde?*

A família mostrou-se sempre disponível para aceitar ajuda dos profissionais de saúde, nomeadamente da terapeuta de referência e dos grupos psicoeducativos.

10. *De que forma é que o comportamento da família afeta o doente?*

O casal pensa que a sua interação e o seu comportamento não afetam negativamente o filho. Já problemas financeiros e sociais com a família alargada (irmãos, sobrinhos) afetam-nos negativamente.

11. *De que forma é que o comportamento do doente afeta a família?*

O comportamento do filho afeta a relação com os pais, na medida em que este não permite que haja discussão aberta de problemas e resolução de conflitos, pelas suas tendências singulares (pensamentos delirantes residuais), isolamento social e dificuldade comunicacional.

(Adaptado de: Seabra, 2010)

Apêndice IV - Diagnósticos de Enfermagem CIPE a usar na Consulta de Saúde Mental Comunitária

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE) a usar na Consulta de Saúde Mental Comunitária

Doente/Indivíduo	Família / Cuidador
Aceitação do estado de saúde, comprometido	
Agitação, presente	
Agressão, presente /Risco de	
Alucinação, presente	
	Angústia espiritual presente
	Ansiedade elevado/presente
Autoagressão, presente / risco de	
	Autocuidado comprometido /Autocuidado: vestuário; autocuidado: atividade física
	Autoestima, diminuída
	Capacidade para comunicar sentimentos, comprometida
	Capacidade para desempenho de papel, comprometida
Capacidade para executar autocuidado, comprometida	
Comunicação, comprometida	Comunicação familiar, comprometida
	Conhecimento, deficiente
Coping ineficaz	
Delírio, presente	Coping familiar, alterado
	Excesso de peso, presente
	Hipertensão, presente
Identidade pessoal, perturbada	
Imagem corporal, distorcida/perturbada	
Inquietação, presente	
	Interação de papéis, comprometida
	Interação social, comprometida
Iniciativa, baixa	
Intolerância à atividade, presente	

	Isolamento social, presente
	Luto, disfuncional
	Medo, presente
	Negação, disfuncional
	Papel da família alargada comprometido
Pensamento, alterado/comprometido	
Percepção, alterada	
Personalidade introvertida, presente	
	Processo Familiar, comprometido
	Sono, comprometido
	Stress do prestador de cuidados, presente
Tentativa de Suicídio, risco de	
	Tristeza, presente
Vinculação, baixa/alterada/comprometida	

Diagnósticos médicos associados // Diagnósticos de Enfermagem correspondentes

Distúrbios da personalidade: antissocial

- Agressão presente, risco de; coping ineficaz, interação social comprometida, conhecimento deficiente;

Distúrbios da personalidade borderline

- Agitação presente; percepção alterada; luto disfuncional; identidade pessoal perturbada; autoestima diminuída; interação social comprometida.

Distúrbio do ajustamento (adaptação)

- coping ineficaz; agitação presente; autoestima diminuída; interação social comprometida;

Distúrbios do humor bipolar, mania

- Agitação presente; percepção alterada; sono comprometido; interação social alterada; ferida traumática, risco de; alimentar-se comprometido; pensamento alterado; coping ineficaz;

Distúrbios do humor depressão

- Autoestima diminuída; sono alterado; autoagressão, risco de; suicídio, risco de; angústia espiritual presente; interação social comprometida; sentimentos de impotência presente; processo de pensamento alterado (pensar); ingestão de alimentos comprometida;

Esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos

- Agitação presente; alucinação presente; autocuidado comprometido; comunicação comprometida; coping ineficaz; sono alterado; interação social prejudicada; pensamento alterado; tentativa de suicídio, risco de;

Distúrbios da ansiedade / pânico

- Ansiedade elevada; sentimentos de impotência presente;

Distúrbios dissociativos

- coping ineficaz, percepção alterada; identidade pessoal alterada;

Distúrbio obsessivo-compulsivo

- coping ineficaz; interação de papéis ineficaz;

Distúrbios relacionados com o uso de substâncias

- Autoestima diminuída; coping ineficaz; ingestão de alimentos diminuída; ferida traumática, risco de; suicídio, risco de; conhecimento deficiente; negação disfuncional;

Distúrbios da alimentação

- Negação disfuncional; imagem corporal distorcida; coping ineficaz; autoestima diminuída;

Distúrbio fóbico

- Interação social comprometida; medo presente;

Referências Bibliográficas

Manual de Diagnósticos e intervenções de enfermagem, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)* (ISBN 978-989-8444-35-6). Lusodidacta.

Apêndice V - Sessão de Psicoeducação “*Comunicação e Assertividade*”

Comunicação e Assertividade

O que é isto?


Serviço de Internamento de
Psiquiatria e Saúde Mental
Hospital de Egas Moniz

Realizado por: Isa Pereira
Sob orientação de:
Sr. Enf. Manuel Dias
Mestrado e Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Novembro.2018

O que é a comunicação?

- Dar informações
- Criar relações
- Falar com alguém
- Entreter alguém
- Pedir ajuda
- Partilhar emoções
- Percebemos que estamos acordados! Ter consciência de si...

Entreter alguém

(Sequeira, 2016, p. 2,5)

2

Mito ou Realidade?

- ▶ Comunicamos apenas quando queremos?
- ▶ As palavras têm sempre o mesmo significado!
- ▶ Comunicamos apenas com palavras...
- ▶ Aquilo que dizemos é aquilo que a outra pessoa ouve?
- ▶ Falar é sempre bom!

(Sequeira, 2016, p. 4)

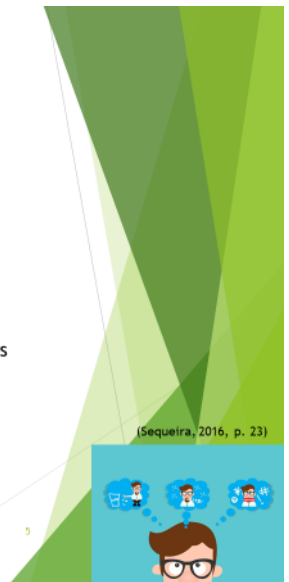
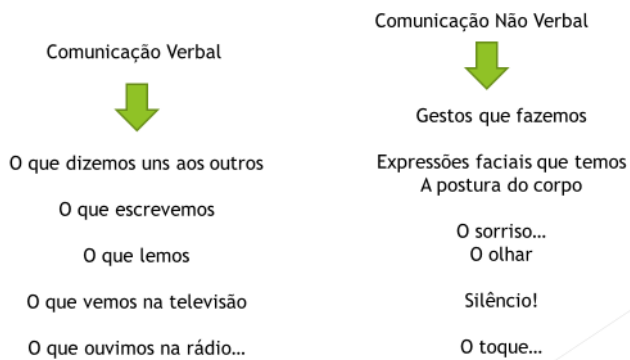
3

Como comunicamos?

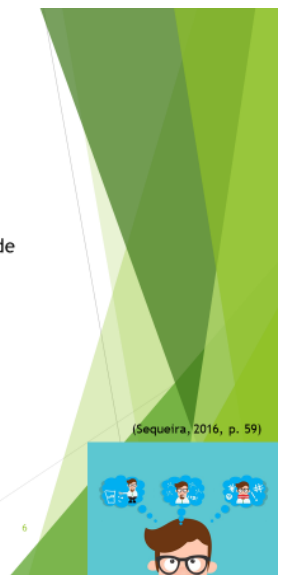
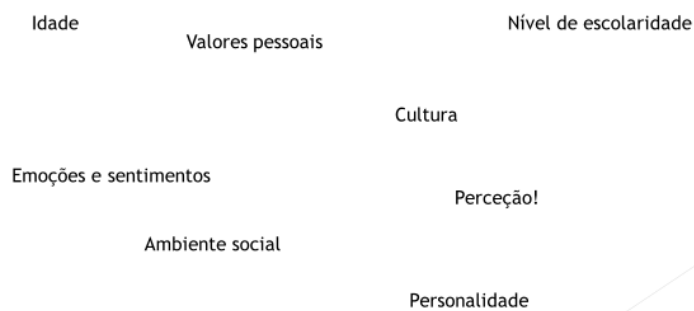
- ▶ Com palavras
- ▶ Com o corpo, fazendo gestos!
- ▶ Com a cara - expressões faciais
- ▶ Escrevendo uma carta... um email
- ▶ Pelo telemóvel!



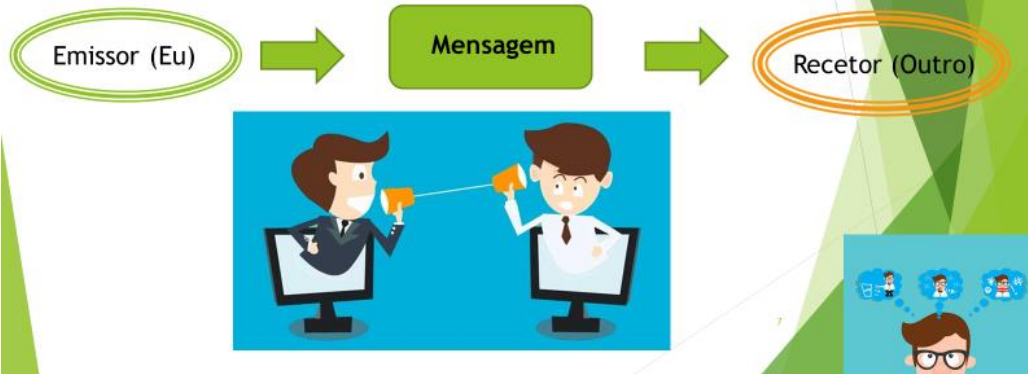
Como comunicamos?



O que influencia a comunicação?



Elementos da Comunicação



Que barreiras à comunicação?

- ▶ Motivação de quem ouve... interesse...
- ▶ Credibilidade ou importância da pessoa que fala
- ▶ O ambiente em que estamos inseridos!
- ▶ Juízos de valor ou ideias pré-concebidas...
- ▶ Estado mental... alteração da percepção!

Então...

- ▶ ... Qual a melhor forma de comunicar?

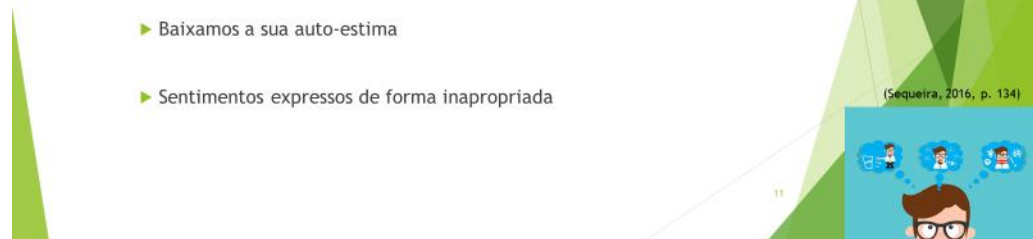
Técnicas de Comunicação



Técnicas de Comunicação

► O que é ser agressivo?

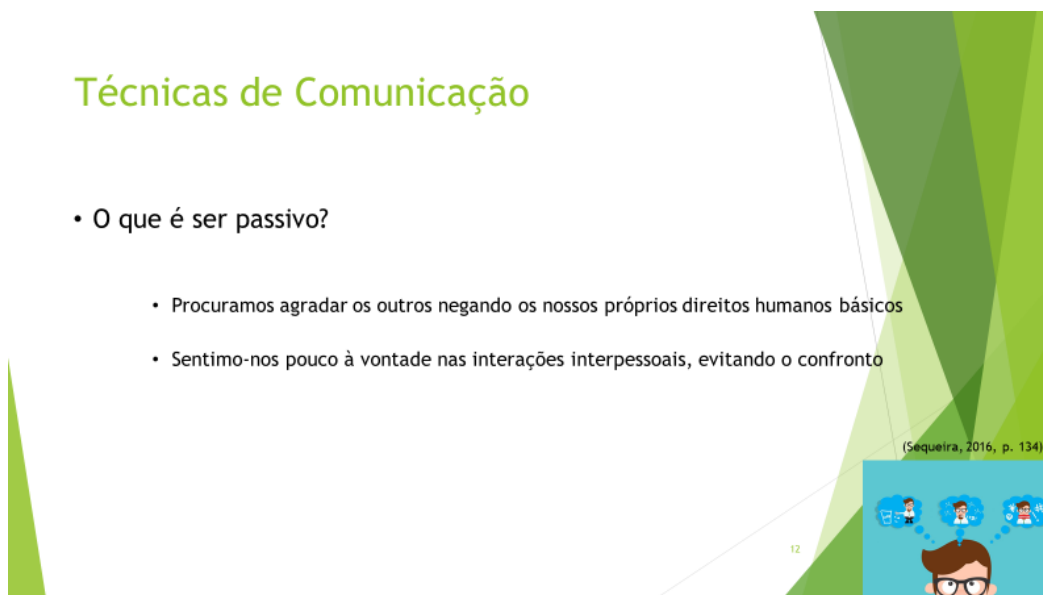
- Violamos os direitos dos outros, quando nos tentamos impor
- Baixamos a sua auto-estima
- Sentimentos expressos de forma inapropriada



Técnicas de Comunicação

• O que é ser passivo?

- Procuramos agradar os outros negando os nossos próprios direitos humanos básicos
- Sentimo-nos pouco à vontade nas interações interpessoais, evitando o confronto



Técnicas de Comunicação

- ▶ O que é ser assertivo?



Técnicas de Comunicação

- ▶ Ser assertivo...



Técnicas de Comunicação

- ▶ O que é ser assertivo?

- ▶ A assertividade é a capacidade de expressar/defender uma determinada ideia de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros

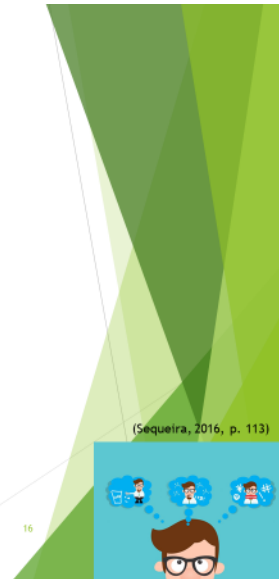
Autoafirmação
Expressar sentimentos positivos
Expressar sentimentos negativos

(Sequeira, 2016, p. 113)



Comunicação Assertiva - porquê?

- ▶ Aumentamos a nossa dignidade pessoal
- ▶ Expressamos os nossos sentimentos
- ▶ Conseguimos dizer não, sem sentimento de culpa
- ▶ Melhoramos a nossa comunicação com os outros
- ▶ Somos respeitados!
- ▶ E respeitamos o outro!



(Sequeira, 2016, p. 113)

Comunicação e Assertividade

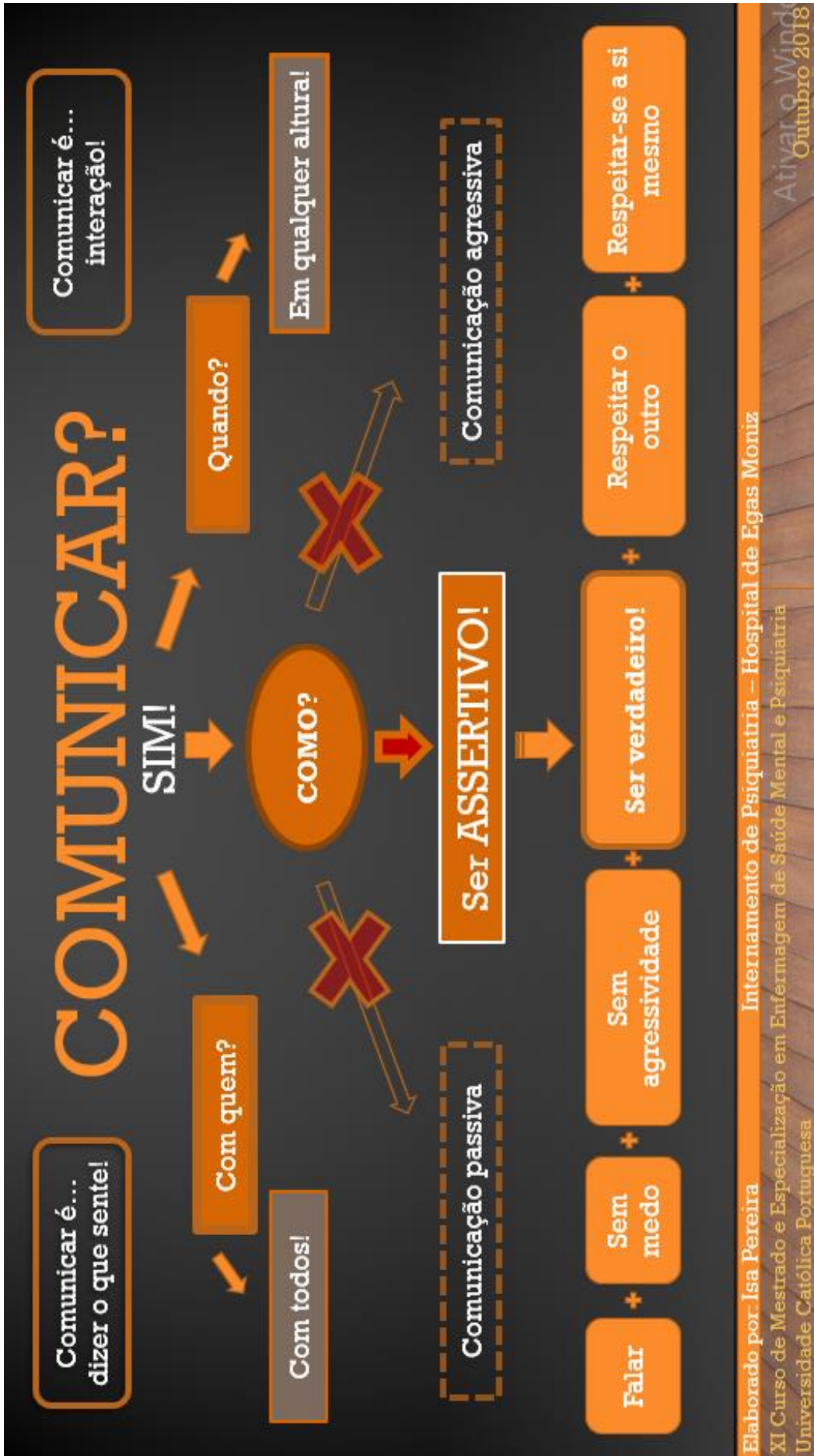
- ▶ Então... Qual a melhor forma de comunicar?

Ser
ASSERTIVO!

Obrigado pela
atenção!



Apêndice VI - Póster “A Comunicação Assertiva”



Apêndice VII - Formação em Serviço “Comunicação Assertiva e Treino de Assertividade”

Comunicação Assertiva e Treino de Assertividade

Formadoras

Isa Pereira
NatachaRodrigues

INTERNAMENTO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Outubro 2018

2 Índice

- Comunicação
- Estilos de Comunicação Verbal
- Comunicação Assertiva
- Treino de Assertividade
- Reflexão Final
- Referências Bibliográficas



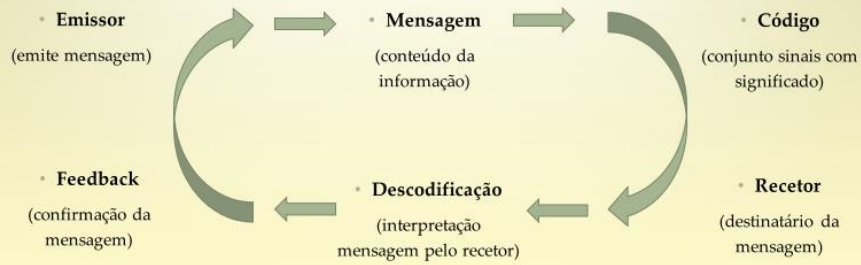
3 Comunicação

Definição

- Comunicar é:
 - Partilhar algo com outrém, utilizando linguagem verbal e não verbal, à qual os indivíduos atribuem o mesmo significado
 - Inevitável, universal, congruente com necessidades e vivências pessoais de cada indivíduo, na cultura onde se encontra inserido

4 | Comunicação

Elementos Constituintes



5 | Comunicação

Funções

- Informativa
 - relatar factos
- Emotiva
 - expressar emoções
- Relacional
 - promover relação
- Persuasiva
 - agir sobre o interlocutor



6 | Comunicação

Barreiras / Obstáculos

- Fatores externos
 - ruído,
 - distância,
 - temperatura,
 - iluminação
- Fatores internos
 - atitude, motivação, valores, crenças,
 - quadros referência divergentes,
 - atitude face ao assunto



7 | Comunicação

Comunicação Não Verbal

- Função de:
 - Vincular sentimentos/emoções
 - Expressar comunicação emocional/afetiva
 - Incluir informação sobre conteúdo da mensagem verbal



8 | Estilos de Comunicação

Identificação

- Comunicação Passiva
- Comunicação Agressiva
- Comunicação Manipuladora
- Comunicação Assertiva/Auto Afirmativa



9 | Estilos de Comunicação

Comunicação Passiva

- Desvaloriza-se na relação interpessoal
- Não se respeita a si próprio
- Deficit iniciativa
- Não se sente gratificado
- Utiliza as suas competências para se justificar
- Evita a confrontação
- Demite-se de tomadas de decisão



10 | Estilos de Comunicação

Comunicação Passiva

- Postura:
 - ✓ Olhar fugidio/evasivo
 - ✓ Cabeça baixa, postura curvada
 - ✓ Ansioso, repetição de gestos
 - ✓ Tom voz hipofônico
 - ✓ Hesitante no discurso
 - ✓ Risos “nervosos”



11 | Estilos de Comunicação

Comunicação Agressiva

- Pretende impor-se a outrem
- Postura de rivalidade, intransigência e rigidez
- Afrontamento, agressão direta, cólera na relação interpessoal
- Objetivos pessoais colocados como prioridade face a outrem
- Postura de conflito com o outro
- Altivez e superioridade relativamente a outrem
- Produz reação zanga, sendo o seu comportamento ineficaz



12 | Estilos de Comunicação

Comunicação Agressiva

- Postura:
 - ✓ Rígida, tenso, imponente, cabeça erguida e corpo muito ereto
 - ✓ Arrogante, altivo, dominador, hostil
 - ✓ Tom áspero, lábios apertados, sobrancelhas franzidas com ar reprovador
 - ✓ Discurso que aparenta ordens/sentença



13 | Estilos de Comunicação

Comunicação Manipuladora

- Utiliza o outro para satisfazer as suas necessidades
- Discurso difere de acordo com o interlocutor
- Encobre habilmente os seus objetivos
- Só deixa transparecer o que pode impressionar o outro
- Utiliza a informação de acordo com os seus objetivos desvalorizando os de outrém



14 | Comunicação Assertiva

Definição

“ Assertividade é a capacidade de nos expressarmos aberta e genuinamente, sem negarmos os direitos de outrém..”

« Capacidade de exprimir claramente o que se sente, utilizando uma linguagem corporal aberta, mantendo contacto visual com o interlocutor, não tendo receio/medo de questionar “porque” e dizer “ não” »

15 | Comunicação Assertiva

Características

- Exprime clara e objetivamente as suas necessidades/ pensamentos / emoções
- Não exprime juízos de valor
- Aceita que o interlocutor discorde de si, respeitando-o e não rejeitando
- Defende os seus direitos, sem desrespeitar os de outrem
- Negoceia na perspetiva de ganhos mútuos
- Enfrenta os desafios e apresenta comportamento consistente

16 | Comunicação Assertiva

Características

- Privilegia a responsabilidade individual
- Define compromissos realistas
- Linguagem simples e objetiva
- Resolução conflitos na base da negociação/ajuste
- Genuíno/autentico consigo e com outrem
- Estabelece relações assentes na confiança



17 | Comunicação Assertiva

Postura

- ✓ Rigor na informação/afirmação
- ✓ Serena, tranquila e descontraído
- ✓ Aberta na interação



18 | Comunicação Assertiva

Componente Emocional

- A assertividade está intimamente relacionada com
 - ✓ autoestima,
 - ✓ autoconhecimento,
 - ✓ autoconfiança e
 - ✓ segurança
- O comportamento assertivo carece de ser aprendido ao longo do processo de vida

19 | Comunicação Assertiva

Convicções que promovem a Assertividade

- Eu tenho legitimidade em expressar a minha opinião
- As minhas opiniões são válidas
- Eu tenho o direito de ser “tratado com respeito”
- Eu sou responsável pelo que me acontece: detenho o controlo das minhas tomadas de decisão e das suas consequências
- Eu tenho a legitimidade de errar e aprender com os erros

20 | Comunicação Assertiva

• Comunicar assertivamente é...

- ✓ Solicitar com assertividade, reconhecendo o seu pedido
- ✓ Adotar postura discreta, breve e sendo objetivo
- ✓ Enumerar razões genuínas para a sua solicitação
- ✓ Em caso recusa, se pedido urgente, reformule
- ✓ Dizer NÃO, sem se sentir culpado



21 | Comunicação Assertiva

Técnica dos 5 EU's

- ✓ Eu Vejo (descrever sem ajuizar)
- ✓ Eu Penso (dar a sua opinião)
- ✓ Eu Sinto (descrever as emoções)
- ✓ Eu Quero (expressar o que quer)
- ✓ Eu Pretendo (concretizar os seus objetivos)

Autoafirmação

Expressão de sentimentos negativos

Expressão de sentimentos positivos

22 | Comunicação Assertiva

Anatomia da resposta assertiva

DECS (Riley, 2004, p.12)

- Descrever a situação “eu fui a uma festa.”
- Expressar o que pensa “gostava muito de ir!”
- Especificar (Specify) o seu pedido “trocar COMIGO para...”
- Consequências “eu retribuo com...”

23 | Comunicação Assertiva

Tipos de asserções

- 1. Básica: *expressão simples de uma ideia; defender os seus direitos*
- 2. Empática: *demonstrar sensibilidade a um problema tomando simultaneamente uma posição assertiva*
- 3. Progressiva: *quando os seus direitos continuam a ser violados e uma asserção básica não chega*

1. “Não gosto quando dizes isso”

2. “Eu compreendo a situação, mas as regras são estas”

3. “Já lhe disse que não posso ter uma relação social consigo. Insisto que não volte a contatar-me”

(Riley, 2004, p.10)

24 | Comunicação Assertiva

Componentes do Comportamento Assertivo

- Contato visual
 - *Intermitente, transmitindo a mensagem de que há interesse*
- Postura corporal
 - *Sentada inclinada para a pessoa ou de pé ereta, mas relaxada, não “descaída”*
- Distância/Contato físico
 - *Distância de conforto*
- Gestos
 - *Devem ser oportunos; realçam as palavras proferidas*

(Townsend, 2011, p. 239) (Riley, 2004, p.10)

25 | Comunicação Assertiva

Componentes do Comportamento Assertivo (cont.)

- Expressão facial
 - *Deve ser congruente com a mensagem transmitida*
- Voz
 - *Firme, quente, confiante*
- Fluência
 - *Discutir um assunto com à-vontade e autoconfiança*
- Oportunidade
 - *As respostas assertivas são espontâneas e imediatas*



(Townsend, 2011, p. 239) (Riley, 2004, p.10)

26 | Comunicação Assertiva

Componentes do Comportamento Assertivo (cont.)

- Ouvir
 - *Dar atenção ao outro através do contato visual; acenar; entender antes de responder*
- Pensamentos
 - *A forma como o próprio entende o comportamento assertivo e o incorpora;*
 - *Os processos cognitivos afetam o comportamento assertivo*
- Conteúdo
 - *Muitas vezes não se sabe responder a situações desagradáveis;*
 - *As emoções devem ser expressas quando são sentidas, afirmando-se a si próprio sem diminuir o outro*

(Townsend, 2011, p. 239) (Riley, 2004, p.10)

27 | Treino de Assertividade

Intervenção de Enfermagem

- Domínio Comportamental: *“Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida.”*
- Terapia Comportamental: *“Intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis”*
- 4340: Treinamento da assertividade

(NIC, p.156)

28

Treino de Assertividade

Intervenção de Enfermagem

- NIC
 - Treinamento de Assertividade
 - “Auxílio na efetiva expressão de sentimentos, necessidades e ideias, mas respeitando os direitos dos outros”
- CIPE
 - Comportamento assertivo (Foco) → Treinar o comportamento assertivo (Sampaio, et al. 2017,p18)
 - “Expressar pensamentos pessoais de forma direta e confiante”

29

Treino de Assertividade

Diagnósticos de Enfermagem CIPE

- Townsend (2011, p.243) enumera alguns diagnósticos CIPE de utentes com necessidade de treino de assertividade
 - Coping ineficaz
 - Coping defensivo
 - Conflito de decisão
 - Auto-estima baixa
 - Interação social comprometida
 - Isolamento social
 - Impotência ...



30

Treino de Assertividade

Objetivos do Treino de Assertividade

- Grilo 2010 citado por Sequeira 2016 (p.114) refere os seguintes objetivos
 - Autopromover a dignidade pessoal
 - Expressar sentimentos
 - Dizer não sem sentimento de culpa
 - Não se culpar pelos erros se decidido a corrigi-los
 - Pedir informação antes de responder
 - Criticar sem sentimento de culpa



31

Treino de Assertividade

Objetivos do Treino de Assertividade

- Grilo 2010 citado por Sequeira 2016 (p.114) refere os seguintes objetivos (cont.)
 - Ser respeitado
 - Aprender a gerir as suas atividades, sem se exigir demasiado
 - Aprender a pedir ajuda
 - Refletir antes da tomada de decisão
 - Mudar de opinião

32

Treino de Assertividade

Como se executa (Loureiro, 2013, p. 44)

- Estrutura das Sessões de um programa de treino de competências sociais
 - Pode ser individual ou de grupo;
 - Número de participantes por grupo pode alternar de 4 a 15 elementos
 - A duração de cada sessão pode variar de 30 minutos a 2 horas, com frequência semanal ou bissemanal à qual pode corresponder um período de 4 ou 6 meses de duração
 - O local de treino requer um espaço suficientemente amplo para que os participantes utilizem cadeiras em semicírculo e para que possam realizar os exercícios preconizados

33

Treino de Assertividade

Como se executa

Técnicas que promovem o comportamento assertivo...

- Defender os próprios direitos humanos
 - “Tenho o direito de dizer o que penso”*
- Assumir responsabilidade pelas próprias afirmações
 - “Não quero” ... ao invés de “não posso”*
- “Disco riscado”
 - Repetir persistentemente o que se quer, para não se ser manipulado*
- Concordar assertivamente ou Acordo assertivo
 - Admite-se o erro; aceitar os aspetos positivos e negativos*

(Townsend, 2011) (Sequeira, 2016)

34 Treino de Assertividade

Como se executa

Técnicas que promovem o comportamento assertivo (cont.)

- Ofuscar/turvar/ "Colete"

Concordar com um argumento crítico, sem se tonar defensivo e sem concordar em mudar

- Apaziguar

Adiar a discussão até a pessoa zangada se acalmar

- Suspender o fluxo de pensamentos

Gritar mentalmente PÁRA! Quando um pensativo negativo se repete continuamente

(Townsend, 2011) (Sequeira, 2016)

35 Treino de Assertividade

Como se executa

Técnicas que promovem o comportamento assertivo...

- Mudar de assunto

Desviar o foco da discussão para outro tema

- Questionar assertivamente

Obter informações sobre o que foi dito, sem postura de defesa nem ataque ou crítica

- Ironia assertiva

Afirmar-se perante uma afirmação, dar resposta a uma pergunta hostil, com ironia.

(Townsend, 2011) (Sequeira, 2016)

36 Reflexão Final...



37 Reflexão Final...

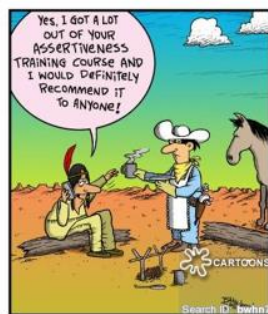


« ... Trata-se de mantermos uma relação ética com os outros, estarmos sempre dispostos a conceder-lhes a palavra e a por em palavras o que exigimos deles, o que lhes oferecemos ou o que lhes reprovamos...»

Fernando Savater "Convite à Ética"

38 Referências Bibliográficas

- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Porto Alegre: Artmed.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Savater, Fernando; *Convite à Ética*, edição Fim de Século, Janeiro 2008, ISBN: 9789727542291;
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Rio de Mouro: Lusociência.
- - <https://www.coladaweb.com/portugues/elementos-da-comunicacao>, acessado a 12/10/2018 às 11h;
- - <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/administracao/elementos-constitutivos-da-comunicacao/37023>; acessado a 12/10/2018 às 11h15;
- - https://pt.slideshare.net/Eli_za/elementos-da-comunicacao-6909400; acessado a 12/10/2018 às 11h17;
- - <https://www.scribd.com/doc/39322810/Quatro-tipos-de-comunicacao>; acessado a 12/10/2018 às 11h20;
- - <https://pt.slideshare.net/comunicacaonee/comunicacao-verbal-10591976>; acessado a 12/10/2018 às 11h25;



Obrigado pela presença!



Apêndice VIII - Formação Em Serviço, “A Comunicação Assertiva – Role-playing E Brainstorming”

Comunicação assertiva

Roley-playing e Brainstorming

INTERNAMENTO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Formadores
Isa Pereira
Natacha Rodrigues

Novembro 2018

Brainstorming...

O que é a Assertividade?



Brainstorming...

Estilos de Comunicação

- Comunicação Passiva
- Comunicação Agressiva
- Comunicação Manipuladora
- Comunicação Assertiva



Brainstorming...

Estilos de Comunicação... exemplo n.º 1

◦ Pergunta:

"Podes fazer um turno extraordinário?"

"bem...sim... ok, eu faço"

"Só podes estar a brincar comigo!"

"Até posso fazer...se me fizerem, a manhã de sábado!"

"Não quero nada fazer mais um turno. Mas se realmente é necessário e mais ninguém pode, eu faço."



Brainstorming...

Estilos de Comunicação... exemplo n.º 2

◦ Pergunta:

"Podes ir levar o lixo à rua?"

"Depois de ter lavado a loiça e arrumado a cozinha sinto-me cansado. Podes ir tu?"

"Eu posso ir, se fores tu a lavar a loiça"

"Nesta casa sou sempre eu!"

"ontem também fui eu que levei o lixo...mas ok"



Brainstorming...

Estilos de Comunicação... exemplo n.º 3

◦ Pergunta:

"Podes emprestar-me dinheiro?"

"És um pedinchas! Não empresto!"

"Posso emprestar, se me deixares levar o teu carro esta semana"

"Se me explicares para que precisas, posso pensar nisso"

"outra vez? Mas ainda não me pagaste o outro empréstimo... mas se precisas mesmo"



Role-Playing



Role-Playing

Desafio n.º 1

- O chefe entra na sala e diz:

“Perdeste o controlo da reunião! Foi uma perda de tempo”

- Resposta passiva...
- Resposta agressiva...
- Resposta manipuladora...
- Resposta Assertiva...

Role-Playing

Desafio n.º 2

- Uma pessoa conhecida diz:

“Nunca vens ao ginásio, nem sei porque é que pagas a mensalidade!”

- Resposta passiva...
- Resposta agressiva...
- Resposta manipuladora...
- Resposta Assertiva...

Role-Playing

Desafio n.º 3

- Uma chamada de uma venda que não queres aceitar:

*“Estamos a oferecer um novo conjunto de Tupperware por um ótimo preço”
“Mas é um novo conjunto de Tupperware! Por um ótimo preço mesmo!”*

- Resposta passiva...
- Resposta agressiva...
- Resposta manipuladora...
- Resposta Assertiva...

Role-Playing

Desafio n.º 4

- Um colega pede uma troca, que não queres aceitar:

“Podes fazer-me a tarde do próximo domingo? Dá-me imenso jeito!”

- Resposta passiva...
- Resposta agressiva...
- Resposta manipuladora...
- Resposta Assertiva...

Role-Playing

Desafio n.º 5

- Um colega critica a passagem de turno:

“Fartaste-te de falar e não disseste nada!”

- Resposta passiva...
- Resposta agressiva...
- Resposta manipuladora...
- Resposta Assertiva...



Role-Playing

Desafio n.º 6

- Um doente critica os enfermeiros:

“Vocês estão sempre sentados aí dentro sem fazerem nada, sempre ao computador!”

- Resposta passiva...
- Resposta agressiva...
- Resposta manipuladora...
- Resposta Assertiva...

Role-Playing

Respostas possíveis...



Role-Playing

Desafio n.º 1

- O chefe entra na sala e diz:

“Perdeste o controlo da reunião! Foi uma perda de tempo”

- Resposta passiva... *“Se o chefe diz...”*
- Resposta agressiva... *“As suas opiniões não me interessam!”*
- Resposta manipuladora... *“Eu fiz como vejo fazer os superiores...”*
- Resposta Assertiva... *“Sim, hoje não foi o meu melhor”*

Role-Playing

Desafio n.º 2

- Uma pessoa conhecida diz:

“Nunca vens ao ginásio, nem sei porque é que pagas a mensalidade!”

- Resposta passiva... *“Pois, nem imaginas a minha vida este mês”*
- Resposta agressiva... *“Não tens nada a ver com isso!”*
- Resposta manipuladora... *“Quem está a engordar não sou eu...”*
- Resposta Assertiva... *“Sim, ultimamente não tendo ido”*

Role-Playing

Desafio n.º 3

- Uma chamada de uma venda que não queres aceitar:

*“Estamos a oferecer um novo conjunto de Tupperware por um ótimo preço”
“Mas é um novo conjunto de Tupperware! Por um ótimo preço mesmo!”*

- Resposta passiva... *“Se diz que é assim tão bom, eu até compro!”*
- Resposta agressiva... *“Já lhe disse que isso não me interessa para nada!”*
- Resposta manipuladora... *“Se conseguir melhor desconto, pode ser que eu compre!”*
- Resposta Assertiva... *“Não estou interessado em comprar, obrigado”*

Role-Playing

Desafio n.º 4

- Um colega pede uma troca, que não queres aceitar:

“Podes fazer-me a tarde do próximo domingo? Dá-me imenso jeito!”

- Resposta passiva... *“Não me dá jeito mas... Ok, se precisas...”*
- Resposta agressiva... *“Estás sempre a pedir-me turnos!”*
- Resposta manipuladora... *“Talvez, se me fizeres a manhã do feriado”*
- Resposta Assertiva... *“Desculpa, não vou fazer-te esse turno”*

Role-Playing

Desafio n.º 5

- Um colega critica a passagem de turno:

“Fartaste-te de falar e não disseste nada!”

- Resposta passiva... “Ok, se achaste isso”
- Resposta agressiva... “Até parece que tu fazes melhor!”
- Resposta manipuladora... “Para a próxima não falo tanto, se quiseres vais tu procurar informação do cliente”
- Resposta Assertiva... “Dizes isso porque não compreendeste o que disse ou porque não concordas?”

Role-Playing

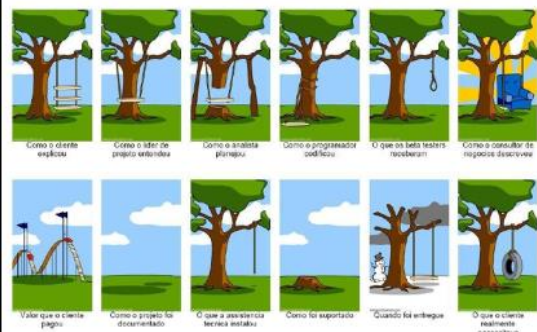
Desafio n.º 6

- Um doente critica os enfermeiros:

“Vocês estão sempre sentados aí dentro sem fazerem nada, sempre ao computador!”

- Resposta passiva... “Não é bem assim”
- Resposta agressiva... “Não fale do que não sabe!”
- Resposta manipuladora... “Há pessoas que nunca sabem reconhecer o esforço dos enfermeiros”
- Resposta Assertiva... “Se tiver tempo, posso explicar-lhe o que fazemos ao computador e como isso pode ser importante para si”

Exemplo de Falha na Comunicação



ASSERTIVIDADE E
COMUNICAÇÃO...

Apêndice IX – Estudo de Caso: A Família Temperança

Doença Mental e o Treino de Assertividade na Família

Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria – Estudo de Caso

Realizado no âmbito da Unidade Curricular “*Estágio Final e Relatório*” do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Novembro 2018

Introdução

No contexto da unidade curricular “*Estágio Final e Relatório*” início o meu percurso com o primeiro estágio na fase aguda da doença mental num serviço de internamento hospitalar. Esta prática clínica desenvolveu-se aproximadamente ao longo de dez semanas, tendo tido paralelamente a oportunidade de participar no congresso da ASPESM em outubro, que tomou lugar em Bragança, com a turma de mestrado e os professores auxiliares do curso.

Tive oportunidade de trabalhar individualmente com alguns utentes e realizar sessões de psicoeducação também em grupo. Foi uma experiência rica em aprendizagens, que levo comigo para o final da unidade curricular. Este estágio veio interlaçar-se com a experiência anterior na comunidade, complementando e interligando conhecimentos teórico-práticos, sobretudo da relação com o outro de quem se cuida. Pude novamente compreender a importância do uso terapêutico de *si* na relação enfermeiro-utente e enfermeiro-família. A competência de relação de ajuda veio mais uma vez mostrar a sua importância e relevância enquanto estratégia terapêutica usada pelos enfermeiros.

No decorrer da prática clínica fui acompanhada pela professora auxiliar da escola e por um enfermeiro orientador do serviço, que me guiou ao longo da descoberta do que é trabalhar na fase de agudização da doença mental crónica e de primeiros episódios agudos ainda por diagnosticar, medicamente falando.

Os enfermeiros do internamento de saúde mental e psiquiatria fazem muito mais que *dar medicação e injetáveis e conter doentes ao leito*, como na gíria se fala – sob formas de contenção química e física os enfermeiros protegem os doentes de se magoarem a si próprios ou aos companheiros de internamento (e digo companheiros porque pela minha breve experiência os utentes sentem-se mesmo acompanhados uns pelos outros). Pela minha observação e participação nos cuidados da enfermaria os enfermeiros acompanham utentes e famílias numa fase particularmente frágil do processo de doença mental. Desde o momento da entrada do doente na enfermaria os enfermeiros são imediatamente objeto terapêutico no processo de recuperação, auxiliando na contenção dos sintomas precipitantes dos episódios agudizantes, ajudando na reabilitação do utente ao longo do seu internamento e orientando os familiares quanto ao momento da alta, no processo de recuperação e prevenção da recaída do seu familiar.

Esta unidade curricular vem novamente oferecer o desafio de realizar um estudo de caso no âmbito desta prática clínica. Pelo meu gosto e dedicação a famílias de pessoas com doença mental crónica, à semelhança do que fiz no estágio anterior, procurei intervir no seio de famílias com problemas interacionais e comunicacionais. Depois de conhecer várias

peças internadas e vários familiares, com a ajuda do enfermeiro orientador, selecionei a família de um utente que claramente beneficiaria de ajuda especializada.

O utente, que poderei denominar por X., com 27 anos de idade, encontrava-se internado pela agudização da sua doença bipolar tipo I, tendo sido esta agudização provavelmente motivada pelo abandono terapêutico recente, que gerou alterações de comportamento e da conduta habitual, levando a episódios erráticos com consequências nefastas para o utente e sua família. O X. internado há alguns dias no serviço, já com algum equilíbrio medicamentoso, começava progressivamente a recuperar e praticamente não apresentava os comportamentos anteriores. Mantinha ainda alterações do pensamento com algum taquipsiquismo e perseveração ideativa. Participava já do tratamento psicoterapêutico junto dos enfermeiros e restantes técnicos de saúde, em sessões de psicoeducação e sessões de partilha de histórias e vivências com os restantes doentes.

Questionei o utente em questão e a sua mãe e propus-me trabalhar com eles ao longo destas semanas durante o seu internamento. Expliquei quem sou e qual o meu projeto de mestrado e eles concordaram em fazer parte do meu processo de crescimento e aprendizagem, pondo em prática com eles as técnicas da comunicação e o treino de assertividade.

Estruturei este estudo de caso começando por avaliar a família e a sua história temporal. Com esta preciosa informação dei continuidade ao processo de enfermagem realizando diagnósticos e intervenções específicas.

Para a avaliação da família usei o Modelo de Avaliação de Calgary, fiz a apreciação inicial da família com recurso à entrevista, realizei diagnósticos de enfermagem e implementei intervenções de âmbito psicoterapêutico ao longo do tempo, ampliando o meu conhecimento científico desta enfermagem especializada.

A história familiar aqui contada foi alterada em termos temporais e espaciais, foram omitidos nomes próprios e idades verdadeiras; os dados foram obtidos através das pessoas intervenientes e a história clínica complementada com dados da equipa multidisciplinar. Às pessoas entrevistadas foi sempre pedido o seu consentimento e explicados todos os procedimentos.

Conhecer a Família

Para este estudo de caso usei o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, que “*junta a enfermagem e conceitos de terapia familiar baseando-se na teoria dos sistemas, na cibernética, na teoria da comunicação, na teoria da mudança e na biologia do reconhecimento*” (Wright e Leahey 2000 citados por Hanson 2005, p.187). Este Modelo avalia a família em 3 grandes categorias principais: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional.

Foi usado um instrumento para a entrevista familiar inicial, de forma a recolher alguns dados fundamentais (ANEXO I). A família selecionada – doravante poderei denominá-la como família Temperança – que pude acompanhar ao longo das semanas de internamento do utente X., é composta principalmente por 6 elementos essenciais: o utente, a sua mãe (que denominarei dona Ana), a sua irmã, o seu cunhado e os seus dois sobrinhos; a família nuclear é constituída apenas pelo utente e sua mãe. Em anexo apresento o Genograma (APÊNDICE I) e o Ecomapa (APÊNDICE II) da família Temperança.

O meu foco de atenção foram as relações intrafamiliares do domicílio composto essencialmente por X. e pela dona Ana, a mãe: especificamente a interação e a comunicação entre eles. Numa primeira entrevista com ambos expliquei, como já referi anteriormente, todo o processo delineado para que se estabelecesse um clima de confiança e segurança entre todos nós – esta primeira entrevista deu-se dentro da enfermaria comigo, com o enfermeiro orientador, com o utente e a sua mãe. Expliquei que sou estudante do curso de mestrado - dei a conhecer que os enfermeiros podem ser especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e que para isso realizam um curso de especialidade e mestrado no qual fazem uma “tese” numa temática a seu gosto e que trabalho a comunicação assertiva e o treino de assertividade especificamente – sumariamente expliquei *o que é isso* da assertividade envolvendo-os também e testando logo os seus conhecimentos sobre a temática; expliquei que tenho muito gosto em conhecer pessoas novas e que me *pareceu* pela minha observação e conhecimento (usando o juízo clínico e os instrumentos de análise) que aquele duo mãe-filho poderiam beneficiar de ajuda especializada no âmbito da comunicação. Dada a sua interação nos momentos das visitas e pelo conhecimento científico que obtive da doença específica e do percurso de doença mental do utente, detetei que existe já grande *burnout* nesta mãe com quem o utente vive e que esta sentia naquele momento grande desesperança em relação à recuperação dele.

Num segundo momento pude conhecer a família alargada do utente e motivei-os também para que participassem do meu projeto de mestrado e eles mostraram grande

interesse. Contudo, pela sua dinâmica de vida familiar não conseguiram estar presentes nas reuniões planeadas, pelo que a implementação do meu projeto foi dirigida à mãe do utente, que comparecia frequentemente às visitas hospitalares.

Pude intervir junto da mãe, dona Ana, sempre com o seu consentimento, ao longo dos dias de internamento do utente na hora das visitas e especificamente consegui realizar 4 sessões de intervenção no âmbito do treino da comunicação assertiva: a primeira com toda a família, uma com o cunhado e mãe e as restantes 2 apenas com a mãe do utente. Cada sessão, organizada de acordo com a disponibilidade dos familiares, demorou cerca de 1h ou 1h30 e teve lugar em salas de reunião pertencentes à enfermaria, na privacidade e conforto necessários para uma intervenção calorosa e intimista.

Avaliação da família segundo o Modelo de Avaliação de Calgary

A aplicação do Modelo de Calgary ajudou a destrinçar os subsistemas e as componentes principais da família e consegui construir o Genograma e o Ecomapa, que juntos dão ilustração prática a estes elementos e à sua dinâmica interna e externa.

A nível estrutural temos uma família iniciada em 1977 com o casamento do pai e da mãe, ele nos seus 25 anos, ela com cerca de 17 anos de idade. Ambos provenientes de uma aldeia no sul do país conheceram-se e brevemente se casaram. O marido provém de uma família caucasiana portuguesa composta pelos pais, duas irmãs e um irmão e a mãe provém de uma família idêntica apenas com a diferença de mais um irmão. Estes familiares encontram-se espalhados entre sul, norte e centro do país atualmente e têm pouco contato com a mãe e o utente X.

Ambos os pais de X. foram criados na religião cristã católica, numa dinâmica religiosa tradicional portuguesa; não mantiveram práticas religiosas importantes ao longo da vida exceto as habituais e tradicionais festas religiosas importantes para si como a celebração do Natal. Cresceram rodeados pela família próxima, com quem foram convivendo. A mãe cresceu num ambiente autoritário com pais castradores e controladores, refere que em crianças não podiam fazer muito barulho nem grandes brincadeiras: *“fui criada para não dar nas vistas, ai de nós que fossemos ouvidos!”*, recorda apontando o dedo tal como a sua mãe costumava dizer-lhes.

O casal, apenas com o antigo 4º ano de escolaridade, mudou-se para a cidade de Lisboa após o casamento onde começaram a trabalhar – ele como operário fabril e ela como empregada doméstica de uma família com grandes posses monetárias. Tiveram a primeira filha logo no início do casamento e 10 anos após tiveram o segundo e último filho, o utente

X. A mãe refere que foi um filho planeado e desejado. Quando questionada para a distância de idades entre os dois filhos esta refere que o casal teve alguns problemas para engravidar da primeira filha e que esta teve muita dificuldade em mamar e alimentar-se nos primeiros anos de vida; estas e outras razões laborais e económicas levaram a que houvesse esta diferença de idades entre os irmãos. Pouco depois após o nascimento do 2º filho, a mãe refere que o pai começou lentamente a afastar-se, tanto da vida sexual e romântica do casal como da sua tarefa de pai de família. Inicialmente o casal parecia ter uma boa relação, pelo menos harmoniosa e alegre, contudo *“ele foi mudando, foi ficando cada vez mais distante, não ajudava, não estava em casa, chegava tarde, depois deixou de comer connosco”*. A mãe não encontra explicações concretas e evidentes para este afastamento. Sendo um pai dedicado para a sua filha, participando nas brincadeiras e estando por casa, inicialmente manifestou carinho e alguma dedicação à família, mesmo com o filho mais novo, durante os primeiros anos de vida. Depois foi-se ausentando cada vez mais, deixando de brincar com os filhos e de se relacionar com a esposa. Esta refere que *“ele nunca brincou com o X.”*. Passados 28 ou 29 anos de casamento, o pai decide sair de casa e regressar à sua terra natal para junto de outros familiares, alterando assim a dinâmica familiar. Segundo o próprio utente *“as coisas ficaram muito melhores depois de o meu pai sair de casa”*. Embora ainda casados civilmente, a mãe e o pai não possuem qualquer relação ou convivência atualmente, vivendo cada um na sua casa. A mãe ficou, irremediavelmente e sozinha, encarregue do suporte do filho tanto financeiramente como socialmente. O pai nunca contribuiu para nenhuma das despesas com o filho, apenas ficando a pagar a renda de casa como já era seu hábito há mais de 30 anos.

A mãe, pessoa humilde e de um carácter simples e bondoso, mostra-se sincera e sempre disponível para a recolha de dados e aberta para a intervenção. Atualmente com algumas limitações físicas, encontra-se à procura de trabalho; mantém a sua autonomia no domicílio e gere a sua casa e a sua vida de forma independente. Dá grande apoio ao filho e à filha, ajudando com os seus netos. Socialmente não tem uma vida muito ativa, manifestando que *“não tenho tempo para essas coisas, agora com a perna assim e com estes problemas todos muito menos me apetece sair de casa”* SIC.

A irmã, atualmente com 37 anos, completou um curso técnico e está empregada; é cristã, mas não religiosa; heterossexual e é casada desde os 22 anos de idade com o primeiro namorado da adolescência e juntos têm dois filhos neste momento. A relação de irmãos é muito íntima, tendo picos de distanciamento ou aborrecimento aquando das

descompensações do utente; o utente tem grande estima e carinho pela irmã, cunhado e sobrinhos.

O utente, atualmente com 27 anos de idade, foi seguido desde criança em consulta de pedopsiquiatria por comportamentos desajustados e personalidade desafiante e complicada. Completou uma licenciatura em línguas e neste momento encontra-se desempregado, depois de uma série de trabalhos de onde terá sido despedido por conflitos laborais com chefias e colegas de trabalho; é heterossexual e tem tido várias relações intensas mas de curta duração, com frequentes conflitos amorosos; converteu-se pelos 13 anos de idade a Jeová e faz neste momento parte de uma congregação de testemunhas de Jeová – já teve um grande papel dentro da sua congregação, sendo um grande orador segundo a mãe e a irmã, tendo tido recentemente disputas e desentendimentos com outros oradores ocasionadas possivelmente por descompensações da sua doença. Conserva dois grandes amigos que foi conhecendo ao longo da sua vida e algumas amizades mais distantes. Esta diferença de religião foi bem aceite por toda a família e não há conflitos entre a díade mãe-filho acerca da religião e de práticas individuais de fé.

Neste momento do desenvolvimento familiar, esta família, agora monoparental, encontra-se no estágio V – família que lança filhos na vida ativa. segundo o Ciclo de Vida da Família de Carter e McGoldrick (2005), citados por Townsend (2011, p. 180).

Mãe e filho encontram-se neste momento num percurso familiar atribulado pela doença mental e abalado pelos problemas de saúde recentes da mãe. Contam com o apoio da irmã e do seu marido. Não têm contato com a restante família alargada de origem materna ou paterna. O pai do X., tendo saído de casa quando este tinha cerca de 18 anos de idade, inicialmente ia aparecendo em casa de tempos a tempos para visitar, tendo deixado de o fazer nos últimos anos. X. não manifesta neste momento vontade de procurar o pai, nem a sua ausência parece neste momento ter grande impacto da sua vida familiar nem ser motivo de descompensação aguda da doença – em nenhuma das entrevistas ou momentos terapêuticos o manifestou.

A mãe, provedora da família, encontra-se neste momento com problemas fisiológicos e patológicos de saúde. Desesperadamente à procura de trabalho, pois foi despedida recentemente, tem procurado sucessivamente trabalho após trabalho – sendo trabalhadora por conta própria/independente e se não trabalhar não tem como sustentar a família. Uma das suas grandes preocupações é a subsistência económica deste filho que depende de si. Em casa, o X. incentivado e orientado pela mãe, ajuda muito pouco nas tarefas domésticas. A mãe refere que “*desde que ele fez 18 anos mudou completamente, acha que é independente*

e que pode fazer o que quer”; não aceita regras nem o “não”. Paralelamente a mãe diz que *“ele é muito meu amigo, diz que eu sou inteligente, tem bom coração, dá o que tem”*; contudo refere que desde criança que a sua personalidade e feitio são desafiadores e que lhe causaram dificuldades ao longo dos anos – *“tem que ficar sempre por cima; é desconfiado e rebelde; sempre foi uma criança difícil, teimoso e impaciente, quer sempre muita atenção”*. A mãe refere que sempre educou os seus filhos de forma rígida – *“sempre fui muito rígida para os meus filhos”* e recorda um episódio em que tentou impor-se querendo dar uma bofetada no rabo do filho e o marido pôs-se no meio respondendo *“não batas no menino”*; diz que o marido nunca teve mão nos filhos. Paralelamente, recorda que o X. já mencionou que *“ele diz que eu o protegi demais, critica-me porque eu não o deixava brincar na rua”*. São perspectivas contraditórias que levam a pensar qual terá realmente sido a educação aplicada ao utente X. A presença da irmã nas sessões poderia ter ajudado nesta perspetiva.

Da observação na enfermaria que consegui fazer da relação da díade temos uma mãe permissiva que é frequentemente desautorizada pelo filho. Põe as suas necessidades à sua frente e tenta realizar os seus desejos e satisfazer as suas necessidades mesmo quando estas se impõem às suas. Será que a forte personalidade do utente levou a que a sua mãe temesse as suas reações? Será o resumo de anos de discussões e agora, a solução, o silêncio e a passividade? A submissão? Será falta de assertividade? Os problemas comunicacionais de mãe e filho levaram a um problema crescente em que a mãe não expressa o que sente, o que pensa, porque sabe que vai ser confrontada pelos juízos e ideais do filho, que vai tentar persuadi-la e manipula-la para conseguir o que quer ou o que acha melhor que aconteça em determinada situação. Este tipo de mentalidade levou após tantos anos a que a mãe deixe de comunicar com o filho, encontrando como única solução deixar de falar, de insistir, de pedir, de aconselhar, deixando o filho com os seus pensamentos e monólogos sem fim. O filho, pelo contrário, tem perceção de que *“trato bem a minha mãe e ajudo lá em casa”* SIC, desconhecendo como a mãe se sente sobre a sua relação.

Funcionalmente a família sofre com estas alterações. Atualmente são maioritariamente responsáveis da mãe as tarefas domésticas, a alimentação e vestuário e a orientação das atividades de vida diária, por recusa, impaciência ou desorganização do filho. Em termos relacionais e comunicacionais, a relação da díade sofre com a personalidade de ambos e sobretudo com as descompensações da doença mental de X. O seu forte temperamento leva a que tenha “explosões” emocionais e sentimentais que gerem discussões e conflitos. Por outro lado, a dona Ana refere que *“as depressões deles levam a que esteja meses enfiado na cama”* SIC. Atualmente o utente não consegue manter um emprego nem

uma relação amorosa estável, a mãe encontra-se fragilizada fisicamente e psicologicamente, não há uma subsistência econômica segura para a família, a doença mental ainda não está equilibrada e imprime grande impacto na família, sobretudo nas suas relações. A comunicação está comprometida, tanto pelo filho que se sobrepõe à mãe e a oprime, como pela mãe que se torna permissiva, vencida pelo cansaço e pela insistência do filho nos seus pedidos. Ele tem, desta forma, grande influência e poder sobre a mãe. Esta relação carece de grandes transformações de forma a tornar a habitação num lugar *quente*, seguro e sereno.

Em termos sociais, X. tem alguns amigos com quem se relaciona frequentemente, um amigo especial da sua infância e outro com quem convive bastante, que conheceu na faculdade. As suas grandes ligações encontram-se dentro da congregação religiosa. Já a mãe, convive pacificamente com algumas pessoas do seu bairro e conserva algumas amizades antigas; contudo, atualmente os seus problemas de saúde ocupam-lhe muito do seu tempo e no restante foca-se na recuperação do seu filho e na procura de trabalho. A vida social da dona Ana está, neste momento, em grande carência.

A doença mental na família

Pelas entrevistas que tive oportunidade de ter com o utente, a sua mãe e restante família, percebi que a doença mental é algo remanescente e temporalmente presente na família do utente X.

A história familiar de doença mental começa nos familiares paternos de X. com a avó, que segundo a mãe do utente “*nunca se deu bem com ninguém, eles tinham que mudar de casa com frequência, ela tinha muito mau feitio*”. Esta avó paterna não tinha grandes amizades e dava-se mal com a vizinhança e com a família do marido. Seriam já problemas mentais? Uma personalidade fora do comum? Mais agressiva? Borderline? Que originava disputas familiares ou mal-entendidos?

Há também história familiar de um tio do pai que “*morreu na miséria, com problemas mentais*” SIC. Ninguém sabe especificar o quê nem de que forma aconteceu, mas são histórias que passaram ao longo dos anos e algumas destas memórias a dona Ana recorda como tendo sido contadas pelo marido ou mesmo por ter presenciado alguns episódios marcantes.

Da família paterna há ainda uma irmã do pai, tia direta do utente, ainda viva e atualmente com problemas psiquiátricos tendo já sido internada em serviços de internamento de saúde mental e psiquiatria.

O próprio pai do utente revela ao longo dos anos uma alteração acentuada do seu comportamento. Inicialmente como um homem até atencioso, a esposa descrever episódios em que manifestava uma ligação mais íntima com a família. Poucos anos após o nascimento do segundo filho, o X., começou a afastar-se sem razão aparente. A esposa teve graves problemas de saúde estando inclusivamente internada durante algum tempo e o marido nunca a visitou no hospital, não ofereceu ajuda, não participou, não apoiou. A mãe refere grande falta de apoio e de carinho na pior fase da sua vida. Também o utente como criança de 12 anos que era nesta altura necessitava de um pai presente, algo que ele não foi. O pai refugiava-se no trabalho e passava muito tempo nos cafés do bairro. Fumava e tinha hábitos etanólicos moderados, *“mas nunca veio bêbado para casa”* SIC.

Quando o utente tinha cerca de 15 anos a mãe recorda um episódio grave envolvendo o marido: *“o pai andou atrás dele com uma navalha, o X. escondeu-se na cada da vizinha; depois eu dei conta, pus-me à frente dele e ele deixou-me um empurrão de tal maneira que me magoou na mama esquerda, doeu-me como nunca tinha doído”* – quando questionada sobre potenciais razões que tivessem motivado este tipo de comportamento a mãe não sabe justificar e refere que assim como começou este episódio pouco depois terminou e o pai acabou por sair de casa. Da infância do pai não consegui apurar muitas informações, apenas que foi criado num ambiente mais apertado de regime financeiro e que desde muito cedo foi obrigado a trabalhar. Terá o impacto desta vida de campo atribulada e complicada, que roubou uma infância e uma adolescência, tido o seu impacto mais tarde na vida adulta? Será que o pai tinha mais consumos do que aquilo que dava a conhecer? Será que a vinda do segundo filho perturbou a sua forma de estar na vida? Será que os problemas da mulher influenciaram as suas motivações para o seu afastamento? Será que existe uma carga genética elevada na família de problemas mentais? Será que o pai sofre de perturbações mentais graves que motivaram estas alterações de comportamento? Seria já uma forma de doença mental dissimulada na personalidade e nos consumos do pai?

Posteriormente a estes acontecimentos, a relação entre pai e filho deteriorou-se grandemente. Uma relação que já não era boa nem íntima ficou quebrada com estas atitudes insanas sem explicação. Quando o filho se converteu a Jeová e se tornou testemunha de Jeová houve uma grande alteração na sua forma de estar na vida – a sua família refere que nesta altura *“ele tentou fazer as pazes com o pai e a relação com ele acabou por melhorar, pelo menos da parte do X.”* (segundo informação do cunhado). Segundo a mãe, *“ele ficou muito mais calmo, mais organizado e responsável, pedia desculpa quando fazia assim alguma coisa, ajudava cá em casa... coisa que ultimamente nem de longe, já não pede*

desculpas nem nada”. Contudo, nem mesmo esta mudança na personalidade e comportamento do utente fez com que o pai se redimisse dos seus próprios comportamentos e pelos 18 anos do X. acabou por sair de casa e abandonar a família, sem qualquer justificação ou esclarecimento. Desde esta altura, segundo o cunhado, “*a relação do X. com a mãe deteriorou-se, ele não aceita regras*”. A própria mãe revela que o filho desde que atingiu a maioridade se tornou diferente, assumindo que era uma pessoa com independência e capaz de se governar, fazendo exigências à mãe e não respeitando as suas opções e regras de vida e convivência dentro da sua própria casa. Quis assumir o papel de provedor, tentando várias vezes assumir as contas de casa sem sucesso, pois não conseguia manter-se empregado por tempo prolongado e aquando das suas descompensações agudas (sintomas de mania) fazia gastos de dinheiro grandes e erráticos. A que se deveu esta mudança tão súbita de personalidade? Segundo a mãe foi de repente, como se tivesse *estalado* uma mudança dentro da sua cabeça e tivesse passado a ser outra pessoa. Ao longo das conversações consegui apurar que pelos 18 anos do X. aconteceram alguns episódios marcantes que possam ter influenciado uma mente já perturbada, um organismo já marcado pela genética, a adquirir traços de personalidade distintos: a saída do pai de casa e ausência de uma figura masculino no domicílio; a necessidade de um provedor económico (a figura tradicional é o homem); aquando dos seus 18 anos a mãe encontrava-se doente e internada e durante este marco de atingir a maioridade ninguém virou a atenção para si, estando toda a família a dirigir a sua atenção para a recuperação da mãe – será que este facto teve impacto, numa personalidade sedenta de atenção? Também na congregação religiosa atingir a maioridade implica maior responsabilidade – o crente já se pode tornar orador e fazer Evangelização na rua, papel muito importante para o testemunha de Jeová. Terão estes fatores tido importância? Terão tido o impacto necessário para que houvesse tamanha alteração de comportamento? Segundo informação da mãe, embora tenha desde sempre sido uma criança difícil, quando adolescente e após a sua conversão religiosa, passou a ser um rapaz dócil, sensível, que pedia desculpa, que tentava ajudar a mãe; contudo, após os 18 anos transformou-se num jovem adulto que não respeita ninguém. Será, por fim, o adoecer mental? Será o avançar da doença que levou a tamanhas transformações?

Da família materna não se apuram grandes manifestações de doença mental. Contudo, a própria mãe do utente revelou que desde cedo que sofreu algumas alterações nos seus comportamentos, embora estivessem relacionadas com episódios traumatizantes e não fossem idiopáticos. Antes de ter o segundo filho sofreu o maior trauma da sua vida, um grande trauma que teve muito impacto na sua personalidade e na sua vida pessoal e

profissional. A tal ponto que a própria filha, na altura ainda criança, revelou à mãe que “*tu nunca mais foste a pessoa que eras*” SIC. Quando tinha cerca de 30 anos de idade, a mãe sofreu um episódio traumático que fez com que se sentisse deprimida – “*fiquei tão abatida nessa altura... andei a vomitar durante uma semana*” SIC. Pouco tempo depois tomou a opção de voltar a engravidar, do utente – seu segundo filho, revelando que “*ainda não me sentia bem, sabe, ainda andava abatida... às vezes penso nisso e também me sinto culpada por causa disso: será que o X. sofreu também por eu andar assim?*” – a mãe refere-se ao impacto que tem numa criança sentir e perceber que a própria mãe não está bem psicologicamente e vê-la chorar com frequência. Mesmo atualmente, passados tantos anos continua a tomar calmantes e antidepressivos frequentemente.

A história psiquiátrica do utente remonta à sua infância. Começa na pedopsiquiatria pelos seus 6 anos, tendo sido seguido em consultas frequentes dos 5 aos 13 anos de idade. Nesta altura iniciou-se a toma de medicação, que foi suspensa pouco depois por fraca adesão e baixa tolerância, a mãe refere que “*ele ficava muito mal*” SIC. O utente quando criança não falava com a pedopsiquiatra, limitando-se a ficar sentado numa cadeira à espera da hora do final da consulta, razão pela qual a médica acabou por lhe dar alta. Segundo testemunhos da família o utente sempre teve uma personalidade desafiante e um feitio complicado, querendo ser o centro das atenções, sendo teimoso, rebelde, desconfiado, enfim, uma *criança difícil*, segundo palavras da mãe. Enquanto a irmã era muito sociável e facilmente fazia amizades, o utente em criança não era conversador sendo mais reservado; inicialmente parecia uma criança feliz, mesmo com as dificuldades de relação existentes sobretudo com o pai, estando bem-adaptado na escola; contudo, referiu mais tarde que sofreu de *bullying* na escola preparatória. O utente refere que as únicas alturas em que bateu em alguém foi quando tinha 12 anos de idade, altura em que bateu num miúdo da sua escola porque ele estava a fazer-lhe *bullying* e foi há 3 anos porque quis defender uma pessoa e intrometeu-se numa discussão, o que gerou discussão e violência física.

Mais tarde, já quando jovem adulto, foi seguido na consulta de saúde mental comunitária por um médico de quem não gostou, “*a medicação que ele me deu não prestava para nada*” (segundo informação do utente). Aqui se iniciou um diagnóstico médico de bipolaridade tipo II. Pelos seus 20 anos de idade, o utente fez uma tentativa de suicídio, dizia que “*eram tantos os pensamentos que eu não aguentei e tomei muitos comprimidos juntos, queria morrer para acabar com os pensamentos*” (SIC).

Ao longo do seu desenvolvimento foi mudando a sua forma de ser e estar na vida. Criou grandes dificuldades comunicacionais com a mãe, pelo que esta refere que nas suas

interações com o filho, “*quando ele está assim, eu calo-me, tenho medo de dizer seja o que for, porque pode ser pior*” SIC.

X. teve ao longo dos anos várias fases depressivas em que não saía de casa e não convivia com ninguém, alternando com episódios de hipomania. Nestas alturas a família não sabia o que fazer – apenas aguardava pelo momento seguinte, ansiando pela recuperação breve do seu ente-querido, tentando controlar os danos por si causados. Posteriormente passou para outro médico de quem gostou, mas que abandonou a consulta. Após isto, sem amparo e sem médico a quem recorrer, a mãe conseguiu um médico no setor privado com quem o filho criou empatia e de quem conseguiu logo boa adaptação à medicação. O utente conseguiu inclusivamente estar inscrito num hospital de dia e participar das sessões ao longo de algum tempo; contudo, conseguiu criar conflitos com alguns membros da equipa e teve que sair do grupo em questão.

Ao longo dos anos esta família batalhou com várias descompensações e com o agravamento progressivo da doença mental, sem saber a quem recorrer. Agora, após um episódio trágico, mas que acabou felizmente bem, conseguiram trazer o utente ao serviço de urgência, tendo este ficado, por fim, internado. Este foi o primeiro internamento de X. e o diagnóstico médico revelou perturbação afetiva bipolar tipo I, com grandes episódios recentes de episódios maniformes, constatados pela família e que conferem o diagnóstico estabelecido. Um desses exemplos dados pela mãe é que o X. quando está numa fase de descompensação maníaca da sua doença, sente-se megalómano e acha-se com poderes supra-humanos, tal como constatado durante o internamento pela primeira apresentação que o doente fez de si próprio dizendo “*eu sou o X., ou podem tratar-me por Jesus Cristo, é a mesma coisa*”. Outra característica referida pela mãe são as despesas e as compras irracionais: “*ele subscreveu canais lá em casa, vende-me as coisas que lá tenho, dá a comida que temos na dispensa...*” SIC.

O utente já vinha a descompensar há algum tempo, a família conseguia perceber isso, mas tentavam conter a situação, não sabendo como reagir e como lidar com a situação, desconhecendo como pedir ajudar. Ficou tao perturbante a alteração do seu comportamento que até com os sobrinhos, que o utente adora, conseguiu criar conflitos, gerando discussão com a irmã e provocando o seu afastamento. Segundo a mãe, “*os sobrinhos adoram o tio, mas ultimamente já não vão a minha casa; eles veem como o tio fala comigo, têm medo dele*”. O utente tem agora noção disto e sente grande tristeza e pesar por toda a situação. Tem consciência de que não pode abandonar a medicação e que foi este abandono terapêutico que levou ao seu internamento. Ele refere que “*eu tinha um pensamento de que*

Deus me ia curar e não precisava de tomar a medicação. Mas agora entendo que a medicação é como uma forma de Deus me ajudar” SIC. O utente revela assim, entre outras manifestações e associações, grandes capacidades cognitivas e intelectuais. Deseja muito conseguir um trabalho e gostava um dia de fazer o mestrado. Sente grande necessidade em ser o provedor de sua casa e ajudar financeiramente a sua mãe.

Coube à equipa de enfermagem ao longo do internamento do utente prestar esclarecimentos e ensinamentos acerca dos serviços e das estruturas que dão apoio aos utentes e às famílias. Deu-se a conhecer a estrutura da consulta de saúde mental comunitária, como se processa o apoio prestado por toda a equipa e especialmente pelos enfermeiros, que a família desconhecia totalmente. Foram também esclarecidos sobre os preâmbulos da lei de saúde mental e do internamento compulsivo. Foi também prestado apoio social por todas as carências manifestadas.

A grande esperança da família é que o utente recupere a sua funcionalidade e autonomia e que consiga manter-se assim ao longo do tempo. A doença mental crónica provoca na família um impacto grande ao nível das interações. Essas interações vão esmorecendo ao longo do tempo e tem que haver grande investimento e dedicação por parte da família para se manter na vida do seu familiar doente, como participante ativo na sua reabilitação. Segundo Townsend (2011, p. 563) *“a dinâmica familiar e as atitudes podem desempenhar um papel crucial no resultado da recuperação do cliente. As intervenções com membros da família devem incluir educação que promova o entendimento de que pelo menos parte dos comportamentos negativos do cliente são atribuíveis a uma doença que pode ser gerida, em vez de serem intencionais e deliberados”*. Porque é um caminho difícil e exigente, é preciso coragem e unidade familiar.

Diagnóstico de Enfermagem

Numa das primeiras sessões individuais com a mãe do utente apresentei um teste de assertividade que ajudei a utente a responder. A ideia inicial era repetir o teste no final das sessões e comparar os resultados iniciais com os finais, já depois do treino de assertividade, contudo não foi possível voltar a fazer o teste dentro do tempo disponível com a familiar. Realizar este teste permitiu perceber que a mãe do utente necessitaria de intervenção especializada a este nível, sendo que o resultado de 39 pontos neste teste se traduz em *“pode ser assertivo nalgumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva e sugere-se treino de assertividade”*.

Investigando alguns diagnósticos CIPE (2015) e depois de intervir com a família Temperança. e especialmente com a mãe, pude apurar os seguintes problemas de enfermagem:

- Angústia, presente;
- Esperança, alterada;
- Capacidade para comunicar sentimentos, comprometida;
- Comunicação familiar, comprometida;
- Coping familiar, alterado;
- Processo familiar, comprometido.

Em relação ao utente internado, o X., alguns diagnósticos presentes mais importantes neste momento são: adesão ao regime terapêutico comprometido, coping comprometido, comportamento assertivo comprometido. No decorrer do internamento não tive oportunidade de dirigir uma intervenção especializada para estes diagnósticos individualmente com o utente. No curto espaço temporal que me foi oferecido com esta família consegui intervir com a mãe do utente.

Intervenções de enfermagem

A partir dos diagnósticos realizados podem estabelecer-se intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico relacionadas com o treino de comunicação assertiva e outras técnicas cognitivo-comportamentais. Acompanhando esta família por um longo período poder-se-iam ter implementado outras intervenções e atividades de enfermagem de domínio comportamental e da família (NIC, 2008). Com mais tempo de intervenção teriam havido melhores resultados. Dada a limitação temporal do internamento foi dada ênfase à intervenção psicoterapêutica do treino de assertividade, de modo a melhorar competências no âmbito da comunicação da família, com vista a melhorar os padrões relacionais de suporte à recuperação da saúde mental.

Ao longo das entrevistas e em todos os momentos de interação, procurei desenvolver as seguintes atividades junto da mãe de X.:

- Demonstrar o que é a comunicação assertiva, instruindo sobre os vários tipos de comunicação e como aplicá-la no seio familiar: dado material de literatura de suporte;

- Distinguir os vários tipos de comportamentos: assertivo, passivo, agressivo, manipulador: dado material de literatura de suporte;
- Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais;
- Determinar barreiras à assertividade dentro da relação da díade mãe-filho;
- Promover a expressão de pensamentos, sentimentos positivos ou negativos;
- Orientar a mãe sobre formas de ser assertivo, no dia-a-dia, em situações concretas, dando exemplos concretos da sua vida diária e de problemas já passados;
- Promover a esperança, orientando para grupos de apoio;
- Promover o enfrentamento e a autoestima, identificando características resilientes e mecanismos de defesa e orientando para o treino de atividades sociais.

- *Indicadores de Avaliação:*

- Demonstrar conhecimento sobre comunicação assertiva;
- Distinguir os diferentes tipos de comportamento;
- Reconhecer as dificuldades comunicacionais e relacionais da família;
- Compreender barreiras à comunicação e à assertividade;
- Reconhecer métodos e técnicas de modificar comportamentos e melhorar a relação.

Ao longo das sessões, de forma a tornar mais fácil e duradoura a aprendizagem do processo de comunicação, forneci à utente documentos com resumos da literatura que recolhi e compilei, instrumentos educacionais, para que pudesse relembrar em casa as nossas sessões e trabalhar a comunicação mesmo após a nossa interação.

Com as intervenções aplicadas, no final a dona Ana apresentava os seguintes resultados, no Teste de Assertividade:

- Inicialmente com um score de 39 pontos, na pontuação entre 30-44 pontos, referente a ter “um comportamento que pode ser assertivo em algumas situações, mas cuja resposta natural é não assertiva ou agressiva, aconselhando-se o treino de assertividade”.
- Com as sessões realizadas, obteve um resultado final de 43 pontos na escala, verificando-se uma ténue subida na escala, mantendo-se no mesmo nível de avaliação. - Os pontos melhorados foram o 1e o 2, respetivamente:

- “peço aos outros para fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso”;
- “quando alguém me pede para fazer algo que não quero, digo *não* sem me sentir culpado ou ansioso”.

No final das sessões foi aplicado o Questionário de Avaliação das Sessões do Treino de Assertividade (APÊNDICE III).

Embora não tenha concretamente e individualmente trabalhado intervenções psicoterapêuticas com o utente internado, foi possível estabelecer consigo uma relação terapêutica e abordar várias temáticas relacionadas com a sua recuperação, a imposição de limites e a adesão à terapêutica. Consegui estabelecer um plano de intervenção junto da mãe, algo a que o utente inicialmente se tinha recusado, de forma a que seja a mãe nesta fase inicial a controlar a medicação para prevenir o abandono e a recaída. Numa das nossas entrevistas o utente manifestou que sentia que ser a mãe a dar-lhe a medicação era algo infantilizado – ao que eu respondi “*quando os enfermeiros dão a medicação aqui no internamento, considera isso como infantilização?*”, o utente respondeu que não, seguidamente tentei fazê-lo compreender: “*aqui no internamento quando as pessoas não estão bem para conseguirem raciocinar inicialmente a medicação é diluída, lembra-se? Depois, quando já estão melhor passamos aos comprimidos inteiros e vocês tomam-nos sozinhos. Então, agora quando for para casa, pense que lá em casa não tem os enfermeiros para ajudar: a sua mãe será a sua enfermeira, que irá cuidar de si muito melhor que nós e que o vai ajudar a continuar a recuperar*”. O utente pareceu compreender e suscitou posteriormente mais dúvidas como “*e vai ser assim para sempre?*” – a nossa interação continuou uma vários ensinamentos e intervenção deu por fim frutos, tendo ficado estabelecido um plano com a mãe, que o utente aceitou e se propôs cumprir.

Na adesão à terapêutica a família tem um papel importante, que deve iniciar-se ainda antes da alta de forma a planear a recuperação do utente. Townsend (2011, p. 563) reforça esta ideia referindo que “*o apoio da família é também importante para ajudar o cliente a aceitar a necessidade da administração contínua de medicação.*” A família deve ser o parceiro do utente no domicílio, substituindo o enfermeiro, sendo parceiro no cuidado ao seu ente-querido.

Reflexão Final

Ao longo da prática clínica foi possível fazer o seguimento desta família específica, sendo realizadas várias sessões/entrevistas, onde foram reveladas as principais questões que necessitam de intervenção e as problemáticas comunicacionais interpessoais a merecer atenção. Só conhecendo a história familiar é possível estabelecer um plano de intervenção específico.

As minhas maiores limitações prenderam-se com o tempo disponível para estar com os elementos da família, as suas disponibilidades nem sempre compatíveis com as minhas e do meu orientador de estágio. Fosse o estágio maior teria conseguido concretizar provavelmente mais intervenções ou pelo contrário fortalecer as intervenções aplicadas, realizando sessões de âmbito psicoterapêutico junto do utente e sua família.

Com esta família e tantas outras percebi, uma vez mais, o impacto que a doença mental tem nas interações familiares. O treino da comunicação assertiva é uma ferramenta terapêutica útil para o estabelecimento de relações familiares saudáveis. “*Nas famílias saudáveis, a comunicação ocorre entre indivíduos autónomos dentro de um ambiente que está relativamente livre de conflitos não resolvidos*” (Hanson, 2005, p. 99). Para conseguir um treino de comunicação eficaz será necessário mais tempo e mais sessões com a família e de preferência com todos os membros da família principal. Ter acesso às opiniões, crenças e perceções de cada um dos membros facilita a minha própria perceção sobre a família e possibilita a adequação ainda, mas rigorosa do plano de cuidados.

Implementar um projeto destes num contexto de internamento de fase aguda da doença mental é deveras desafiante, mas recompensador, quando no final das sessões e na despedida se obtém o feedback positivo e um plano de médio prazo delineado com o utente e sua mãe. Penso que a minha intervenção veio possibilitar a abertura de mentalidade a esta mãe que sofre com a doença do seu filho, tendo tentado que esta perceba que há uma forma de comunicar sem se ser agressivo, nem passivo – sendo assertivo. Foi este tipo de sabedoria que tentei transmitir, acompanhando com a literatura que forneci, na tentativa de que esta mãe seja capaz de ultrapassar os percursos atribulado da doença mental, mas, sobretudo, que sejam capazes de melhor interação mãe-filho na sua vida diária. Zelando pela saúde mental da mãe, sei que fortalecendo a sua personalidade e capacidade de interação com o filho, fortalecendo a sua literacia sobre esta doença, ela será capaz de lidar cada vez melhor com as situações desafiadoras que possam aparecer.

Sinto, por fim, mais segurança, sabendo que esta família sabe agora a quem recorrer quando reconhecerem sinais de alarme – espero ainda que consigam melhorar o seu padrão

de comunicação, sabendo reconhecer a personalidade do seu familiar doente e diferenciar sinais de doença, para que vejam sempre satisfeitas as suas necessidades familiares e melhoradas as suas interações interpessoais.

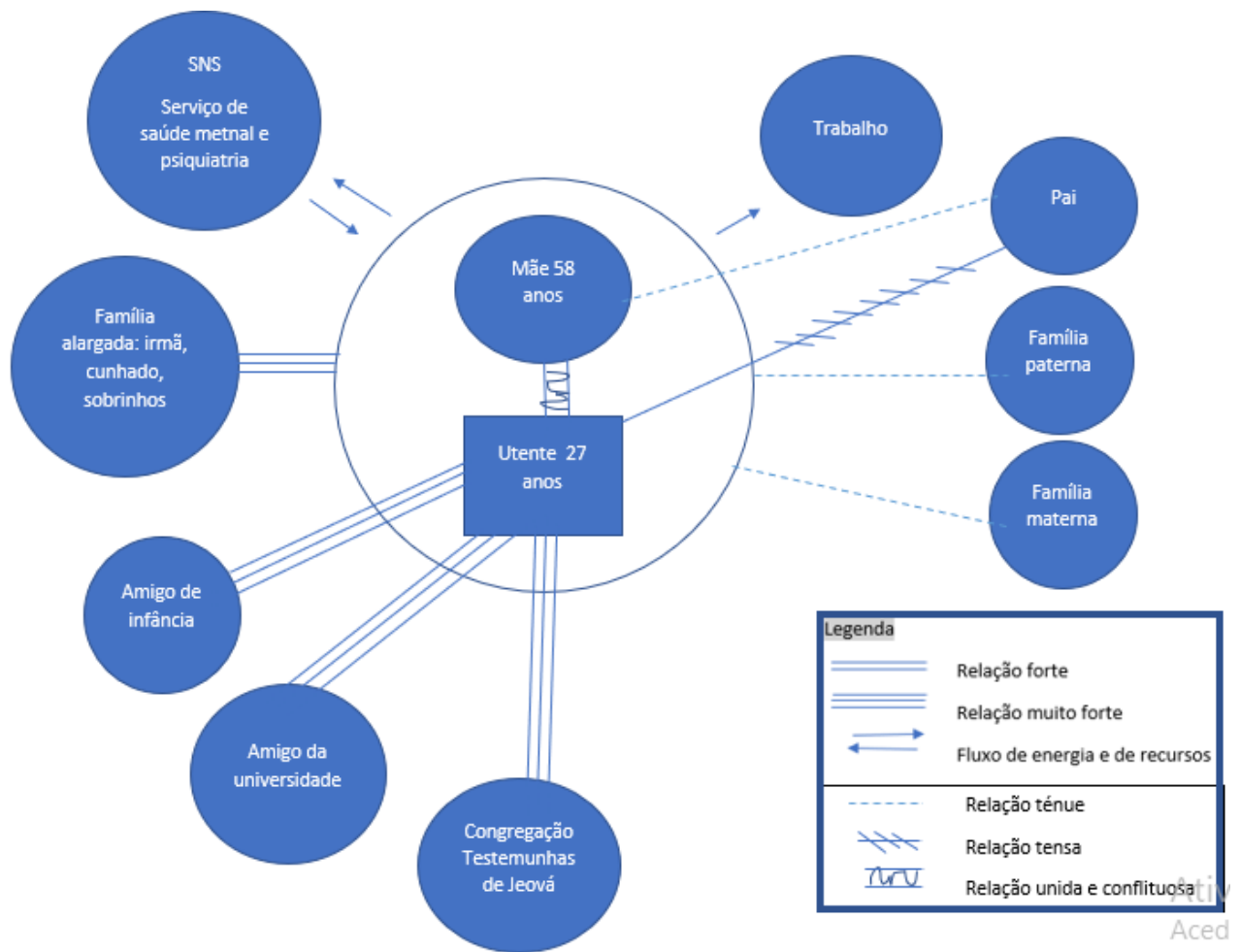
*“Cuidar é um dos ingredientes essenciais da vida;
pode ser o ingrediente mais essencial”*

(E.O.Bevis)

Referências Bibliográficas

- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Vols. ISBN 978-989-8444-35-6). Lusodidacta.
- Dochterman, J., & Bulechek, G. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (Vols. ISBN 978-85-363-0994-1). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (Vols. ISBN 972-8383-83-5). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (Vols. ISBN 978-972-8930-61-5). Loures: Lusociência.

APÊNDICE II - Ecomapa da Família Temperança



APÊNDICE III

Questionário de Avaliação das Sessões do Treino de Assertividade

1. *Foi útil assistir às sessões sobre comunicação assertiva?*

A cuidadora refere ter sido útil realizar estas sessões, tendo aprendido sobre comunicação.

2. *Que contributos positivos obtive das sessões?*

Percebeu a importância de ser mais diretiva na abordagem ao filho, nomeadamente de conseguir saber dizer “não” e impor barreiras e limites em casa.

3. *Sinto que melhorei a minha comunicação com os meus familiares?*

A comunicação com os familiares manteve-se igual.

4. *Sinto que melhorei a comunicação com o meu familiar com doença mental?*

Ao perceber a importância de dizer “não” com mais frequência ao filho, sente que dá mais importância às suas necessidades. Ao controlar as suas emoções e a “carga negativa” SIC que algumas delas trazem, sente-se mais em controlo das respostas que dá ao filho.

5. *Sinto-me mais autoconfiante e capaz, fazendo uso da assertividade no meu dia-a-dia?*

Na vida diária, a mãe manteve o mesmo padrão relacional e social.

6. *Em que situações uso a comunicação assertiva?*

Começou a praticar este tipo de comunicação com o filho diariamente.

7. *O que gostaria de ter aprendido mais?*

A cuidadora sente-se frustrada por não ter a “cura para este problema” SIC, referindo-se à doença mental do filho. Em relação às sessões efetuadas, sente que foram positivas e úteis, com potencial para melhorar a comunicação da díade.

ANEXO I – Entrevista Familiar

1. *De que forma é que a doença afeta todos os membros da família?*

A doença afeta as relações intrafamiliares, principalmente a relação da díade mãe-filho. Igualmente a irmã, cunhado e sobrinhos são afetados pelas alterações psicopatológicas que o utente demonstra ter no internamento. A mãe encontra-se muito próxima do burnout do cuidador, referindo falta de tranquilidade, paciência ou sabedoria para lidar com os comportamentos que o filho apresenta em casa.

2. *Como é que os membros do sistema familiar se relacionam uns com os outros?*

Os membros da família apresentam uma forte ligação uns com os outros, apoiando-se mutuamente.

3. *Como é que o sistema familiar se está a relacionar com a equipa de saúde e com o ambiente hospitalar?*

Não parece haver uma ligação estreita com o sistema nacional de saúde atualmente. A mãe apoia o seguimento do utente em consultas privadas de psiquiatria, tendo perdido recentemente este médico e estando agora a iniciar cuidados numa unidade de saúde comunitária. O utente foi excluído das sessões no hospital de dia e desde então não tem acompanhamento terapêutico. A mãe não tem assistência por parte de nenhum profissional da área da saúde mental.

4. *Qual o nível de instrução dos membros da família?*

A mãe apresenta os estudos obrigatórios respetivos à sua idade, não tendo adquirido mais nenhuma formação. O utente chegou a iniciar o ensino superior, sem progressão e atualmente em abandono, detendo o 12º ano.

5. *Que informações é que a família precisa ou quer?*

A família manifesta necessidades financeiras e sociais, por se encontrarem ambos desempregados.

A família precisa de apoio ao nível da saúde mental, nomeadamente para melhorar as relações do domicílio, na relação mãe-filho.

6. *Que membros importantes precisam de ser envolvidos na tomada de decisões?*

Sobretudo a mãe, cuidadora do utente, nas decisões da vida diária. Contudo, esta apoia-se na restante família, pelo que decisões importantes são realizadas em família.

7. *O sistema familiar está a processar a informação internamente? A família está a lidar com os problemas?*

Neste momento de descompensação da doença mental, a família apresenta dificuldades em lidar com os acontecimentos recentes.

8. *Quais as respostas do sistema familiar? As reações da família são apropriadas?*

Ao longo do tempo a mãe tentou apoiar o utente com o seguimento em consultas de psiquiatria. Neste momento concreto, a família, decidindo em conjunto, requisitou ajuda recorrendo ao serviço de urgência, pelo que apresentaram uma resposta adaptativa ao acontecimento stressor.

9. *Qual é a abertura do sistema familiar? A família está aberta para receber auxílio ou conselhos da equipa de saúde?*

A família mostra-se aberta aos ensinamentos e conselhos da equipa. Contudo, apresentam pouca disponibilidade para frequentar as sessões de apoio a famílias, com exceção da cuidadora.

10. *De que forma é que o comportamento da família afeta o doente?*

O utente mostra-se frustrado perante as atitudes corretivas dos familiares, quando não concorda com elas. O facto de estarem unidos, na tentativa de o ajudar, nesta fase de descompensação mental, é visto pelo utente como “*estarem todos contra mim*” SIC.

11. *De que forma é que o comportamento do doente afeta a família?*

A família mostra-se triste e abalada perante os comportamentos do utente; têm insight suficiente para perceber que o utente está, efetivamente, doente, contudo precisam ainda de aprender a lidar com a doença e a saber o que esperar.

(Adaptado de Seabra, 2010)

Apêndice X - Folheto “*Guia de Acolhimento - SUP*”

Informações

Contactos CHLC

(Hospital de José)

Telefone 21 884 1000

- Extensão: Bação **9000**, 11254 | S.O. **9000**, 12146

Morada

R. José António Serrano, 1150-199 Lisboa

- Estacionamento pago no Campo Mártires da Pátria, Praça dos Restauradores ou Praça da Figueira

Como chegar?

Autocarros: 723, 730, 760, 767

Metro: Linha Verde – Estação de Martim Moniz
Linha Azul – Estação dos Restauradores

Contactos CHPL

(Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)

Telefone 217917000

Morada

Avenida do Brasil, 53 – 1749-002 Lisboa

(acesso automóvel pela entrada Norte - Rua das Murtras)

- Estacionamento pago no interior do parque

Como chegar?

Autocarros: 717, 731, 735, 750, 755, 767, 783 (Avenida do Brasil) ou 735, 755, 767 (Avenida de Roma)

Metro: Linha Verde – Estação de Alvalade – saída Av. de Roma



Guia de Acolhimento

Serviço de Urgência de Psiquiatria

"A força não provém da capacidade física.

Provém de uma vontade indomável!"

(Mahatma Gandhi)



Hospital de São José
(Centro Hospitalar de Lisboa Central)

Fólio realizado por Iria Pereira
Estudante do 9º Curso de Mestrado e
Especialidade em ESRP no LCP Lisboa
Suborientação do Sr. Dr. Francisco Cruz

Bem-vindo ao Serviço de Urgência de Psiquiatria

Seja bem-vindo ao serviço de urgência de psiquiatria do CHPL.

Este folheto é para levar consigo, contém **informações** práticas para o ajudar neste momento.



A equipa do serviço de urgência de psiquiatria (**SUP**) do Hospital de São José é constituída por psiquiatras, enfermeiros, enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria e assistentes operacionais, que pertencem ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (**CHPL**) e exercem função neste centro hospitalar (**CHLC**).

- Os profissionais do SUP estão sempre contactáveis e disponíveis 24h/dia para o acompanhar.

Estes profissionais irão **cuidar** do seu familiar de acordo com as suas necessidades específicas, promovendo **segurança** e conforto.



É pretensão da equipa **acolher** também os familiares, **esclarecendo** as suas dúvidas, **orientando-os** e **explicando** os procedimentos a realizar no serviço de urgência.

- Valide com o enfermeiro e com seu familiar a pertinência de não deixar os pertences e valores importantes no SUP, para maior comodidade nas rotinas do internamento.

No processo de internamento, é importante ter em consideração que:

- O seu familiar terá a possibilidade de ser atendido nas suas necessidades de alimentação, higiene e outras necessidades de vida essenciais.
 - A equipa do internamento é composta por psiquiatras, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social e outros terapeutas.
- 
- Tranquelize-se, pois o seu familiar estará sempre **acompanhado** por um enfermeiro, durante 24 horas.
 - Valide com a **equipa** do serviço de internamento, que objetos, valores ou roupas, serão pertinentes levar para o serviço de internamento.

Apêndice XI - Questionário de Avaliação das Sessões de Treino de Assertividade

Questionário de Avaliação das Sessões de Treino de Assertividade

1. Foi útil assistir às sessões sobre comunicação assertiva?

2. Que contributos positivos obtive das sessões?

3. Sinto que melhorei a minha comunicação com os meus familiares?

4. Sinto que melhorei a comunicação com o meu familiar com doença mental?

5. Sinto-me mais autoconfiante e capaz, fazendo uso da assertividade no meu dia-a-dia?

6. Em que situações uso a comunicação assertiva?

7. O que gostaria de ter aprendido mais?

Apêndice XII - Comunicação Oral “*Treino de Assertividade*”



Isa Pereira*

Paulo Seabra**

Olga Valentim**

Maria José Nogueira**

Outubro 2018

*RN, Mestranda em Enf. de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa
**RNMH, PhD, Universidade Católica Portuguesa

Índice

- Assertividade
 - Conceito teórico
- Treino de Assertividade
 - Intervenção de Enfermagem
 - Como se executa
- Referências



"Holmes, I keep telling you ... you've got to be more assertive with that horse."

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

2

Assertividade

Conceito Teórico

- Sequeira (2016, p. 112) refere-se a assertividade como:

"a capacidade de expressar/defender uma determinada ideia de forma clara, sem agressividade, sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros" (citando Grilo, 2012)

- Uma atividade que permite que tanto o profissional como o utente consigam transmitir a sua opinião, através da comunicação verbal e não verbal, sem invadir o espaço do outro.
- Permite que as pessoas sejam mais verdadeiras em relação aos seus interesses e necessidades, tendo em conta o contexto em que estão inseridas.

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

3

Treino de Assertividade

Contexto teórico

- O treinamento assertivo e o treinamento de habilidades sociais (THS) desenvolveram-se inicialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, respetivamente (Tomás & Carvalho, 2014, p.105)
- “surgem na década de sessenta a partir dos trabalhos de Salter, Wolpe e Lazarus como uma evolução das terapias cognitivo-comportamentais” (Loureiro, 2013, p.42)
- Loureiro (2013), refere-se ao treino de assertividade como sendo das competências mais importantes do treino de competências sociais



Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

4

Treino de Assertividade

Intervenção de Enfermagem

• NIC

- Treinamento de Assertividade

“Auxílio na efetiva expressão de sentimentos, necessidades e ideias, mas respeitando os direitos dos outros”

• CIPE

- Comportamento assertivo (Foco) → Treinar o comportamento assertivo

“Expressar pensamentos pessoais de forma direta e confiante”

(Sampaio, et al, 2017,p18)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

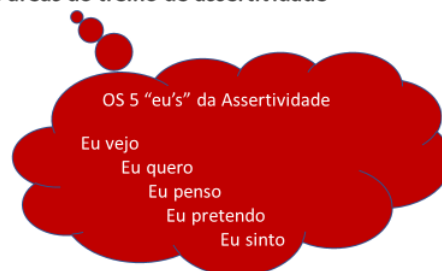
5

Treino de Assertividade

Como se executa?

- Sequeira (2016 p.113) enumera as **3 principais áreas do treino de assertividade**

- Autoafirmação
- Expressão de sentimentos positivos
- Expressão de sentimentos negativos



Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

6

Treino de Assertividade

Como se executa?

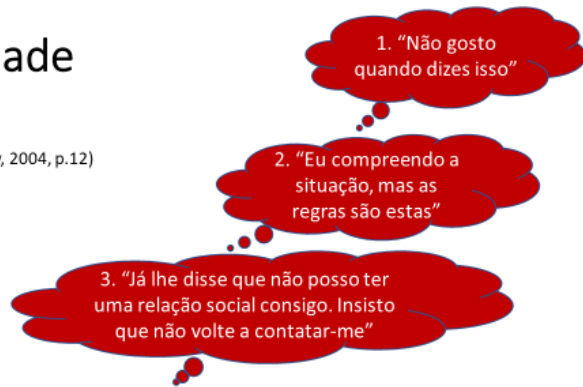
- “Anatomia” da resposta assertiva (Riley, 2004, p.12)

DECS:

- Descrever a situação
- Expressar o que pensa
- Especificar o seu pedido
- Consequências

- Tipos de asserções

- 1. Básica: *expressão simples de uma ideia; defender os seus direitos*
- 2. Empática: *demonstrar sensibilidade a um problema tomando simultaneamente uma posição assertiva*
- 3. Progressiva: *quando os seus direitos continuam a ser violados e uma asserção básica não chega*



Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

7

Treino de Assertividade

Como se executa?

Componentes do Comportamento Assertivo

- **Contato visual** - *intermitente, transmitindo a mensagem de que há interesse*
- **Postura corporal** - *Sentada inclinada para a pessoa ou de pé ereta, mas relaxada, não "descaída"*
- **Distância/Contato físico** - *Distância de conforto*
- **Gestos** - *Devem ser oportunos; realçam as palavras proferidas*



(Riley, 2004, p.10; Townsend, 2011, p. 239)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

8

Treino de Assertividade

Como se executa?

- **Componentes do Comportamento Assertivo** (cont.)

- **Expressão facial** - *Deve ser congruente com a mensagem transmitida*
- **Voz** - *Firme, quente, confiante*
- **Fluência** - *Discutir um assunto com à-vontade e autoconfiança*
- **Oportunidade** - *As respostas assertivas são espontâneas e imediatas*

(Riley, 2004, p.10; Townsend, 2011, p. 239)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

9

Treino de Assertividade

Como se executa?

- **Técnicas que promovem o comportamento assertivo**
 - **Defender os próprios direitos humanos** - *“Tenho o direito de dizer o que penso”*
 - **Assumir responsabilidade pelas próprias afirmações** - *“Não quero”... ao invés de “não posso”*
 - **“Disco riscado”** - *Repetir persistentemente o que se quer, para não se ser manipulado*
 - **Concordar assertivamente ou Acordo assertivo** – *Admite-se o erro; aceitar os aspetos positivos e negativos*

(Sequeira, 2016, p.114; Townsend, 2011, p.240)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

10

Treino de Assertividade

Como se executa?

- **...Técnicas que promovem o comportamento assertivo (cont.)**
 - **Passar do conteúdo ao processo** - *Transpor de abordar o tópico do momento para analisar o que se está a passar efetivamente*
 - **Ofuscar/turvar/ “Colete”**
- *Concordar com um argumento crítico, sem se tonar defensivo e sem concordar em mudar*
 - **Apaziguar** - *Adiar a discussão até a pessoa zangada se acalmar*
 - **Adiar assertivamente** - *Adiar a discussão até a pessoa se acalmar*

(Sequeira, 2016, p.114; Townsend, 2011, p.240)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

11

Treino de Assertividade

Como se executa?

- **...Técnicas que promovem o comportamento assertivo (cont.)**
 - **Suspender o fluxo de pensamentos**
Gritar mentalmente PÁRA! Quando um pensativo negativo se repete continuamente
 - **Mudar de assunto** - *Desviar o foco da discussão para outro tema*
 - **Questionar assertivamente**
Obter informações sobre o que foi dito, sem postura de defesa nem ataque ou crítica
 - **Ironia assertiva**
Afirmar-se perante uma afirmação, dar resposta a uma pergunta hostil, com ironia.

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018) (Sequeira, 2016, p.114; Townsend, 2011, p.240)
Treino de Assertividade

Reflexão Final...

«É importante que as pessoas entendam que cada vez que ameaçam, humilham, magoam, dominam ou rejeitam outro ser humano, sem necessidade, contribuem para o desenvolvimento de estados psicopatológicos.

Quando uma pessoa é amável, ajuda, é sincera, aberta, afeiçãoada e calorosa, torna-se num agente terapêutico, por pequeno que seja»

(Abraham Maslow, citado por Riley, 2004, p. 25)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

13

Referências

- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Sampaio, F., Peres, M., Ribeiro, G., Barreto, A., Teixeira, S., & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 5)*, 87-92. doi:<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0173>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Tomas, A. C., & Carvalho, M. R. (2014). Treino Assertivo para a Depressão: Uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 103-111.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Rio de Mouro: Lusociência.

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018)
Treino de Assertividade

14



A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
(ASPESM)
IX Congresso internacional da ASPESM

II Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental



Isa Pereira*
Paulo Seabra**
Olga Valentim**
Maria José Nogueira**

Outubro 2018

*RN, Mestranda em Enf. de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa
**RNMH, PhD, Universidade Católica Portuguesa

ANEXOS

Anexo I - Técnicas que Promovem o Comportamento Assertivo

Técnicas que Promovem o Comportamento Assertivo

- ▶ Passar do conteúdo ao processo

Transpor de abordar o tópico do momento para analisar o que se está a passar efetivamente

“Parece-me que temos de falar sobre outras coisas. Qual é a verdadeira razão de estares zangado?”

- ▶ Defender os próprios direitos humanos básicos

“Tenho o direito de expressar a minha opinião”

- ▶ Assumir responsabilidade pelas próprias afirmações

“Não quero sair contigo hoje” em vez de *“não posso”*.

- ▶ Responder como um “disco riscado”

Repetir consistentemente e em tom calmo o que se pretende

- ▶ Ofuscar/turvar/ “Colete”

Concordar com um argumento crítico, sem se tonar defensivo e sem concordar em mudar

“Tens razão. Não tenho ido a muitas reuniões” – sem dar detalhes sobre o porquê.

- ▶ Apaziguar

Adiar a discussão até a pessoa zangada se acalmar

“Estás muito zangada agora. Não quero discutir isto contigo enquanto estiveres assim. Vem ter ao meu gabinete depois de almoço”.

- ▶ Adiar assertivamente

Adiar a discussão até a pessoa se acalmar

“Adotou uma atitude muito desafiadora. Vou precisar de tempo para pensar, ligo-lhe mais tarde”

- ▶ Suspender o fluxo de pensamentos

Gritar mentalmente **PÁRA!** Quando um pensativo negativo se repete continuamente

▶ Mudar de assunto

Desviar o foco da discussão para outro tema

▶ Questionar assertivamente

Obter informações sobre o que foi dito, sem postura de *defesa nem ataque ou crítica*

“Ficou ofendido porque eu defendi aquilo em que acredito ou porque as minhas crenças são diferentes das suas?”

▶ Ironia assertiva

Afirmar-se perante uma afirmação, dar resposta a uma pergunta hostil, com ironia

“Sim, sou uma daquelas feministas, obrigado por reparares!”

(Townsend, 2011, p. 232)

Anexo II - Teste de Assertividade

Teste de Assertividade

Atribuir um número a cada item utilizando a seguinte escala:

1 = Nunca 3 = Por vezes 5 = Sempre

- ___1. Peço aos outros para fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso.
- ___2. Quando alguém me pede para fazer algo que não quero fazer, digo “não” sem me sentir culpado ou ansioso.
- ___3. Sinto-me à vontade quando falo para um grupo grande de pessoas.
- ___4. Exprimo de modo confiante as minhas opiniões honestas a figuras de autoridade (como o chefe ou superior).
- ___5. Quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc) verbalizo-os facilmente.
- ___6. Quando expreso raiva, faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso.
- ___7. Sinto-me confortável a falar dentro de um grupo.
- ___8. Se não concordo com a opinião da maioria numa reunião, consigo manter a minha opinião sem me sentir desconfortável e sem ser abrasivo.
- ___9. Quando cometo um erro, reconheço-o.
- ___10. Digo aos outros quando o seu comportamento me cria um problema.
- ___11. Conhecer pessoas novas em situações sociais é algo que faço fácil e confortavelmente.
- ___12. Quando discuto as minhas crenças, faço-o sem rotular as opiniões dos outros de “loucas” ou estúpidas” ou “ridículas”.
- ___13. Assumo que a maioria das pessoas são competentes e de confiança e não tenho dificuldade em delegar tarefas aos outros.
- ___14. Quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante que posso aprender a fazê-lo.
- ___15. Acredito que as minhas necessidades são tao importantes quanto as dos outros e tenho direito a ver as minhas necessidades satisfeitas.

Pontuação total

Se a pontuação é de 60 ou mais pontos, tem uma filosofia assertiva consistente e provavelmente lida bem com a maioria das situações.

Se a pontuação está entre 45-59 pontos tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade.

Se a pontuação está entre 30-44 pontos pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural e não assertiva ou agressiva. Sugere-se treino de assertividade.

Se a pontuação esta entre 15-29 pontos tem dificuldades consideráveis em ser assertivo. Recomenda-se treino de assertividade.

[Fonte: Loyd, S. (2002). [Developing positive assertiveness. Menlo Park,CA: Crisp Publications], citado por Townsend, M. (2011, p. 242)]

Anexo III - Projeto “*Diagnóstico de Situação das Intervenções de Enfermagem Realizadas com as Visitas dos Utentes Internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Egas Moniz*”

Visitas e Entrevistas Realizadas														Obs.				
Camas/ Utentes	Visitas				Entre- vistas Realiza- das		Temas Abordados								Tempo Total (Minutos)			
	Grau de Parentesco/Relação		Nº de Pessoas		Nº	Acolhi- mento	Evelução Estado patológico	Regras/ Activi- dades	Medica- ção	Articula- ção	Interma- nento Comun- idade	Alta	Outros (especificar)	Tempo (Minutos)				
	Manhã	Tarde	M	T											M	T	M	T
714 Nome Utente																		
715 Nome Utente																		
716 Nome Utente																		
717 Nome Utente																		
718 Nome Utente																		
719 Nome Utente																		
720 Nome Utente																		
721 Nome Utente																		
722 Nome Utente																		
723 Nome Utente																		
724 Nome Utente																		
725 Nome Utente																		
Sub-Total																		
Total																		

Anexo IV - Registos de Reuniões Comunitárias

Registos de Reuniões Comunitárias



Data	Temas	Focos de Intervenção	Avaliação	Observações
18/set./18 15 utentes; 60 min; Técnicos: Enf. Manuel, Enf. Celina, E.E. Isa (UCP).	Filosofia das RC. Motivo de internamento. Evolução da doença ao longo do internamento. Alta clínica. Importância da medicação na estabilização da doença, consequências do abandono da medicação. Projetos de vida para o pós-alta apoio dos técnicos no internamento, doença mental/atividade laboral, tratamento da doença mental nas vertentes psicológica e social. Internamento compulsivo.	Ensino sobre importância da adesão regular à medicação e consultas. Sensibilização para a necessidade de pedir ajuda precocemente de modo a evitar a crise/internamento. Estímulo à reflexão sobre projeto de vida para o pós-alta. Esclarecimento sobre internamento compulsivo e respetiva legislação.	O grupo participou ativamente e adequadamente sobre os temas abordados	2 utentes pelo seu estado de alguma inquietação abandonaram a sessão antes do seu término.
02/out./18 15 utentes; 60min; Técnicos: Enf. Manuel; Enf. Natália; E.E. Isa	Quebra-Gelo com utilização de mediadores expressivos com vista a diminuição de tensões e ansiedade e melhoria da comunicação e relação. Objetivos das RC; Altruísmo;	Opinião dos utentes em relação ao funcionamento do serviço.	O grupo participou adequadamente nas temáticas abordadas.	

<p>(UCP) e E.E. Mónica (ESEL).</p>	<p>Comunicação Interpessoal; Vivências Pessoais no Internamento; Adesão à Terapêutica; Prevenção de Recaídas; Acolhimento e Aceitação pelos pares no Internamento.</p>			
<p>06/nov./18 60min; 11 utentes; Técnicos: Enf. Natália; E.E. Isa (UCP), E.E. Mónica (ESEL)</p>	<p>Alta; técnico de referência, equipa comunitária; internamento e ambulatório compulsivo.</p>	<p>Preparação da alta e regresso ao domicílio; sensibilização para a importância da adesão à terapêutica e tratamento em ambulatório; explicação do conceito de técnico de referência e da equipa de saúde mental comunitária; importância do internamento e aspetos positivos; importância da comunicação com os pares.</p>	<p>Os temas foram suscitados pelas necessidades dos utentes e houve grande participação por parte destes. Feedback positivo.</p>	<p>Houve algumas interrupções, tendo os utentes ausentando-se por momentos, mas regressado e permanecido até ao final.</p>

Anexo V – Entrevista Familiar

Entrevista familiar

1. De que forma é que a doença afeta todos os membros da família?

2. Como é que os membros do sistema familiar se relacionam uns com os outros?

3. Como é que o sistema familiar se está a relacionar com a equipa de saúde e com o ambiente hospitalar?

4. Qual o nível de instrução dos membros da família?

5. Que informações é que a família precisa ou quer?

6. Que membros importantes precisam de ser envolvidos na tomada de decisões?

7. O sistema familiar está a processar a informação internamente? A família está a lidar com os problemas?

8. Quais as respostas do sistema familiar? As reações da família são apropriadas?

9. Qual é a abertura do sistema familiar? A família está aberta para receber auxílio ou conselhos da equipa de saúde?

10. De que forma é que o comportamento da família afeta o doente?

11. De que forma é que o comportamento do doente afeta a família?

(Seabra, 2010)

Anexo VI - Direitos e Responsabilidades Assertivas

Direitos e Responsabilidades Assertivos

Direitos	Responsabilidades
Ser tratado com respeito	Tratar os outros de maneira que reconhece a sua <u>dignidade humana</u>
Expressar sentimentos, opiniões, crenças	Aceitar os próprios sentimentos e mostrar respeito por aqueles que diferem dos seus
Dizer “não”	Analisar cada situação individualmente, reconhecendo todos os direitos humanos como iguais – o outro também tem direito a dizer “não”
Cometer erros	Aceitar responsabilidade pelos próprios erros e tentar corrigi-los
Ser ouvido	Ouvir os outros
Mudar de opinião	Aceitar as possíveis conseqüências que podem advir da mudança; aceitar a mesma flexibilidade nos outros
Pedir o que quer	Aceitar o direito dos outros de recusar o seu pedido
Colocar-se, por vezes, em primeiro lugar	Colocar, por vezes, os outros em primeiro lugar
Estabelecer as suas próprias prioridades	Considerar as prprias limitações, assim como os seus pontos fortes, ao digirir atividades independentes; ser pessoa de confiança
Recusar justificar sentimentos ou comportamentos	Aceitar os próprios sentimentos e comportamentos; aceitar os outros sem exigir justificações para os seus sentimentos e comportamentos

(Townsend 2011, p. 238)

Anexo VII - Tipos de Comunicação

Tipos de Comunicação – exemplos de resposta padrão

	Não assertivo	Assertivo	Agressivo	Passivo-Agressivo
Características comportamentais	Passivo Não expressa os verdadeiros sentimentos, autodeprecia-se; nega os próprios direitos	Defende os próprios direitos Protege os direitos dos outros Honesto, direto, adequado	Viola os direitos dos outros Manifesta sentimentos de forma desonesta e inadequada	Defende os próprios direitos com resistência passiva, é crítico e sarcástico Expressa o contrário dos próprios sentimentos
Exemplos	“Bem, sim, claro, não me importo de ficar e fazer um turno extra”	“Não quero ficar e fazer um turno extra hoje. Já fiquei ontem. Hoje é a vez de outra pessoa”	“Só pode estar a brincar!”	“Ok, eu fico e faço um turno extra” Como é que ela tem coragem de me pedir um turno extra?! Não vou mexer uma palha!”
Objetivos	Agradar os outros Ser apreciado pelos outros	Comunicar de modo eficaz Ser respeitado pelos outros	Dominar, humilhar	Dominar através da retaliação
Sentimentos	Ansioso, magoado, desapontado consigo mesmo; sente raiva e ressentimentos	Confiante, bem sucedido; orgulhoso, autorrespeito	Arrogante, controlador, superior	Raiva, ressentimento, manipulado, controlado
Compensação	É capaz de evitar situações desagradáveis e confrontos	Maior autoconfiança, respeito próprio e pelos outros; relações interpessoais mais satisfatórias	A raiva é libertada aumentando sentimentos de poder e superioridade	Sente-se justo e no controle da situação
Resultados	Objetivos não atingidos; sente-se com raiva e manipulado	Objetivos atingidos. Defende os próprios direitos e os dos outros	Objetivos podem ser atingidos mas à custa dos outros; sentem-se magoados e vingativos	Objetivos não atingidos – os objetivos dos outros também não são atingidos devido à retaliação na interação.

(Adaptado de Townsend 2011, p. 240)

Anexo VIII - Treino de Asserções Assertivas

Treino de Assertividade

Os chavões da assertividade [Sequeira (2016 p.113)]

- ▶ Autoafirmação
- ▶ Expressão de sentimentos positivos
- ▶ Expressão de sentimentos negativos
- ▶ Os 5 *eu's* da assertividade
 - ▶ Eu vejo
 - ▶ Eu quero
 - ▶ Eu penso
 - ▶ Eu pretendo
 - ▶ Eu sinto

Treinar as **asserções assertivas básicas** (Riley, 2004, p. 12)

- Usar o “eu quero...”

“eu não quero...”

“não quero que tu...”

”eu gosto quando tu...”

”tenho uma opinião diferente, penso que...”

“estou confusa, concordo contigo por isto, mas discordo por aquilo”

“Desculpe, mas ainda não decidi”

“Não estou satisfeito com este produto e gostaria de devolvê-lo”

“Não posso emprestar-lhe dinheiro”

Treinar as asserções empáticas:

- Uso de: “sei que não pode dizer-me a hora exata, mas gostaria de saber se será de manhã ou de tarde”

“sei que a unidade tem pouco pessoal, mas tenho um compromisso e não poderei adiar”

Treinar as asserções progressivas:

- Uso de: “já lhe disse que não poderei ter uma relação contigo”

“Já lhe pedi que não voltasse a usar o meu computador. Desligou-o incorretamente e ficheiros foram danificados. Por favor, não volte a usá-lo.”

Anexo IX – Certificado de Participação no IX Congresso Internacional - “*A Saúde Mental ao longo do Ciclo Vital*”

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Isa Raquel Gomes Coutinho Pereira

participou, num total de 12 horas, no **IX Congresso Internacional d/A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema "**Saúde Mental para todos**", realizado nos dias 18 e 19 de Outubro de 2018, no Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Porto, 19 de Outubro de 2018



Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

Anexo X - Certificado Participação no II Seminário Internacional de
Investigação em Saúde Mental

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Isa Raquel Gomes Coutinho Pereira

participou no II Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental, inserido no **IX Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema “Saúde Mental para todos”, realizado nos dias 17 de Outubro de 2018 no Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

237

Porto, 17 de Outubro de 2018



Presidente do Congresso

Handwritten signature of Carlos Semedo.

P'la Comissão Científica

Handwritten signature of the Scientific Commission.

**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

Anexo XI - Certificado de Participação, Comunicação Livre *“Treino de Assertividade na Enfermagem de Saúde Mental”*

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Isa Pereira

apresentou a comunicação livre “Treino de Assertividade na enfermagem de saúde mental” da autoria de **Isa Pereira**, apresentada no **IX Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema “**Saúde Mental para todos**”, realizado nos dias 18 e 19 de Outubro de 2018, no Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Porto, 19 de Outubro de 2018



Presidente do Congresso

**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

Carlo Semary

Isa Pereira

Anexo XII – Certificado de Participação no curso “*Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem*”

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Isa Raquel Gomes Coutinho Pereira

participou no Curso "Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem" inserido no IX Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema "Saúde Mental para todos", realizado nos dias 18 e 19 de Outubro de 2018, no Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Porto, 19 de Outubro de 2018



Presidente do Congresso

Carlo Sereno

P¹a Comissão Científica

Isabel Coutinho

A SOCIEDADE PORTUGUESA

DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)

www.aspesm.org