

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Inesperadamente... a Perturbação Mental!

A intervenção do enfermeiro especialista no apoio à família

Elisabete Cristina Varela Dias

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Inesperadamente... a Perturbação Mental!

**A intervenção do enfermeiro especialista no apoio à
família**

Elisabete Cristina Varela Dias

Orientador:

Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Aos meus pais, Susete e Rodrigo.

O vosso incentivo para chegar mais além foi o empurrão que me levou a esta caminhada e, sem o vosso apoio, a meta seria algo ainda por cruzar...

AGRADECIMENTOS

Terminada esta fase de aprendizagem, gostaria de deixar um profundo agradecimento a todos aqueles que, de certo modo, me acompanharam neste percurso:

- à Professora Doutora Maria Luisa d'Espiney pelo apoio, confiança, disponibilidade, por ser uma presença efetiva mesmo quando eu parecia estar “em parte incerta” e, principalmente, por persistir em me fazer entender o tanto que há naquilo que me parecia ser tão pouco;

- à Enf.^a Patrícia e à Enf.^a Isabel por partilharem comigo, de forma tão generosa todo o saber que foram acumulando ao longo dos anos de experiência na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Sem a vossa ajuda, tudo teria sido muito mais difícil.

- aos extraordinários seres humanos e seus familiares com quem me cruzei em ambiente de internamento e comunitário que acederam em partilhar comigo a sua história. Incluo aqui também os participantes dos Grupos de Ajuda Mútua que me receberam de braços abertos nas suas sessões de apoio. Espero poder retribuir de alguma forma, com este trabalho, para o vosso grande objetivo de dar visibilidade às dificuldades sentidas pelas famílias;

- à minha irmã, sobrinho e cunhado por entenderem as minhas “ausências” ao longo de todo este tempo; aos meus tios, pelo encorajamento que sempre me deram;

- à Ana L. fiel depositária das minhas dúvidas e incertezas durante as boleias para casa e que, de certa forma, fez esta caminhada comigo... Eu já te disse que acho que serias uma excelente EEESMP?...

- à Carla A. que sempre me deu força e não me deixou ficar parada face aos obstáculos do caminho;

- aos Enf^{os} Ana Luísa P. pela sua disponibilidade, Manuela C. M. que sempre me brindou com o seu incentivo e Filipe B. pela preocupação em “fazer um bom trabalho” na ajuda que lhe pedi e ao AO Hugo C., a quem devo muitos e muitos lanches.

- à Alexandra A., pelas luzinhas que me ajudou a acender quando tudo estava escuro...

“I believe the greatest gift I can conceive of having from anyone is to be seen by them, heard by them, to be understood and touched by them. The greatest gift I can give is to see, hear, understand and to touch another person. When this is done I feel contact has been made.”

(Virginia Satir)

RESUMO

Este relatório centra-se na família da pessoa com perturbação mental e na sua necessidade de apoio no processo reconstrutivo de si, motivado pelo impacto transformador de um acontecimento traumático causador de efeitos indesejados no seu bem-estar. Partindo da necessidade de compreender como prestar suporte aos familiares da pessoa com lesão vertebro-medular, e ainda que a perturbação mental não seja de instalação tão súbita procurou-se, no âmbito da Saúde Mental, entender como a definição diagnóstica traduz um momento que, inesperadamente, os confronta com a necessidade de uma desconstrução e reconstrução de expectativas face à pessoa com perturbação mental. Para cumprir os objetivos de compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental e sua família, de experimentar a prestação de cuidados a estes indivíduos e de desenvolver competências de suporte relativamente à expressão e gestão emocional da família em crise, realizaram-se dois estágios – quatro semanas num internamento de Psiquiatria e onze semanas na Comunidade. Neste tempo, a prestação de cuidados passou pelo experimentar a relação terapêutica ao realizar intervenções de âmbito grupal e individual junto de utentes/famílias; realizar entrevistas de ajuda; participar na preparação de um Grupo de Intervenção Psicoeducativa para famílias e observar sessões de dois Grupos de Ajuda Mútua para famílias. Nestes contactos foi possível perceber as suas dificuldades e necessidades relativamente a suporte emocional e conhecimentos sobre a perturbação mental, áreas onde o enfermeiro especialista pode fazer a diferença. Considerando a transição imposta à família, onde a mobilização das suas capacidades é essencial para o processo de *recovery*, foram imprescindíveis os contributos das teorias de Meleis e de Gottlieb. A estes juntaram-se questões teóricas relativas às emoções, às narrativas e seu valor na enfermagem, aos processos comunicacionais, à escuta ativa e relação terapêutica, que se revelaram de grande importância e conferiram um novo sentido ao cuidar.

Palavras-Chave: Enfermagem, Cuidados de Saúde Mental, Relação Terapêutica, *Recovery*, Suporte Familiar

ABSTRACT

This report focuses on the family of the person with a mental disorder and on their need for support during the process of rebuilding themselves, caused by the transforming impact of a traumatic event that results in unwanted effects in their well-being. Starting from the need to understand how to support the family of the person with spinal cord injury, and even though mental disorders do not set so suddenly, it were made all the efforts to understand, within the Mental Health scope, how the definition of a diagnosis represents a moment that, unexpectedly, confronts them with the need to deconstruct and rebuild their expectations related to the person with mental disorder. In order to fulfil the main goals of understanding the experience of the person with a mental disorder and family, experimenting nursing care to these individuals and develop nursing skills of support concerning the emotional expression and management of the family in crisis, two practice periods in context were developed – four weeks in a Psychiatric ward and eleven weeks in the community environment. During this time, nursing care consisted of experimenting the therapeutic relationship by implementing individual and group interventions with patients/families; conducting helping interviews, participating in the preparation of a Psychoeducational Intervention Group for families and observing sessions of two Self Help Groups for families. In these moments of contact it was possible to understand their difficulties and needs related to emotional support and knowledge of the mental disorder itself, two areas where the nursing specialist can make a difference. Considering the transition imposed on the family, where mobilizing their capacities is essential to the recovery process, the contributions of Meleis and Gottlieb's Theories were indispensable. Apart from these, theory aspects related to emotions, narratives and their value in nursing, communicational processes, active listening and the therapeutic relationship also revealed to be of great importance and gave a new meaning to the nursing care.

Key Words: Nursing, Mental Health Care, Recovery, Therapeutic Relationship, Family Support

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

ECSMP – Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

GIP – Grupo de Intervenção Psicoeducativa

LVM – Lesão Vértebro-Medular

OC – Orientadora Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. PROBLEMÁTICA	15
1.1 LVM e Perturbação Mental – O Paralelismo em Duas Áreas Diferentes	15
1.2 Os Objetivos Traçados e Delimitação da Problemática	18
1.3 A Família na Saúde Mental e Psiquiatria – a Pertinência do Projeto	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
2.1 Transições e Forças – Duas Visões Essenciais no Cuidar de Enfermagem....	21
2.2 Ver Pelos Olhos da Família – A Importância das Narrativas	24
2.3 Emoções e o Primeiro Surto	26
2.4 Relação Terapêutica: A Base da Intervenção do EEESMP	29
2.4.1 – Comunicação: O Ponto de Partida	29
2.4.2 – Escuta e Empatia: Características Essenciais da Relação de Ajuda.....	31
3. A EXPERIÊNCIA EM CONTEXTO PRÁTICO	36
3.1 O Projeto em Ação – A Experiência em Contexto Hospitalar	36
3.1.1 Internamento Hospitalar – Suas Características.....	36
3.1.2 O Primeiro Contacto Com os Utentes: Uma Lição de Autoconhecimento .	37
3.1.3 Atividades Desenvolvidas - Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo.....	38
3.1.4 A Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico Individual – Construindo a Relação Terapêutica com a Sra. M.B.	48
3.1.5 As Entrevistas às Famílias em Contexto de Internamento	50
3.2 O Projeto em Ação – A Experiência em Contexto Comunitário	52
3.2.1 Contexto Comunitário – Suas Características	53
3.2.2 Visitas Domiciliárias – Momentos de Contacto com a Sra. C.	53

3.2.3 GIP e GAM – Dois Rostos do Apoio à Família	54
3.3 O Apoio à Família – O Que é que a Família Precisa?	62
4. CONCLUSÃO	64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1

Guião de Entrevista do Grupo de Intervenção Psicoeducativa para Familiares da Pessoa com Perturbação Mental

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Condições das Transições - Schumacher & Meleis (2010)

APÊNDICE 2

Quadro de Atividades Desenvolvidas Durante o Período de Estágio

APÊNDICE 3

Cronograma de Atividades

APÊNDICE 4

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:
"Internamento... Teia de Receios"

APÊNDICE 5

Avaliação da Intervenção "Internamento... Teia de Receios"

APÊNDICE 6

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo: "Um Momento Comigo Mesmo..."

APÊNDICE 7

Guião para Relaxamento por Imaginação Guiada na Intervenção "Um Momento Comigo Mesmo..."

APÊNDICE 8

Avaliação da Intervenção "Um Momento Comigo Mesmo..."

APÊNDICE 9

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo: "Eu...na Família"

APÊNDICE 10

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo: "Eu... Para a Família"

APÊNDICE 11

Avaliação da Intervenção "Eu... na Família"

APÊNDICE 12

Avaliação da Intervenção "Eu... Para a Família"

APÊNDICE 13

Notas das Entrevistas com os Familiares em Contexto de Internamento

APÊNDICE 14

Notas das Entrevistas de Preparação do GIP

APÊNDICE 15

Notas das Entrevistas com os Familiares em Contexto da Comunidade

APÊNDICE 16

Notas da Observação dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM)

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Estádios do Primeiro Surto, segundo Shpigner et al (2013)	28
---	-----------

INTRODUÇÃO

Todo o percurso que se faz na vida emerge do primeiro passo que se dá na procura da satisfação de uma necessidade, seja ela de que âmbito for. O meu ingresso no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria enquadra-se nesse propósito, no sentido de encontrar o esclarecimento a questões da prática profissional para as quais a minha formação anterior e experiência em situação, acumulada ao longo dos anos, já não conseguiam dar resposta e me deixavam insatisfeita com a minha prestação junto dos utentes de quem cuido diariamente e suas famílias.

Neste relatório, que agora inicio, pretendo dar a conhecer o caminho realizado no aprofundar de conhecimentos e na aquisição de novas competências, nesta área específica, que promovem o salto qualitativo que procurava imprimir na minha vida profissional. Assim, quando surgiu o momento de elaborar um projeto a desenvolver em estágio, foi ao refletir no meu contexto profissional – uma Unidade de Ortopedia com marcada vertente de lesões vértebro-medulares (LVM) – que tomou forma um aspeto motivador da tal insatisfação que mencionei e para o qual as competências na área da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), onde não tenho experiência profissional, são imprescindíveis – o apoio emocional à família do utente.

Considerando a etiologia maioritariamente traumática, e como tal inesperada, das lesões que motivam a maior parte dos internamentos, coloquei em destaque os utentes que ali são admitidos na sequência de acontecimentos de vida precursores de drásticas e indesejadas mudanças do seu percurso planeado, ao serem associados a diagnósticos de défice motor e/ou sensitivo – paraplegia e tetraplegia – que despertam na pessoa a vulnerabilidade própria das situações de luto e perda – da sua identidade prévia e auto-imagem, dos seus planos futuros pessoais e profissionais. Dada a natureza interativa das relações humanas, todos estes aspetos, que lançam a pessoa na busca de um novo sentido para si no mundo, num processo essencial de reorganização, de reconstrução de si próprio, encontram eco também na sua família que se vê obrigada a um percurso idêntico de reconstrução familiar, tanto ao nível do sistema em si, como dos vários elementos isolados, ao mesmo tempo que estão presentes para apoiar o seu ente querido na procura desse novo caminho. Estas questões encontram voz no trabalho de Young (2003, p. 1) ao

referir que as LVM são uma “(...) *life-altering experience not only for the person with injury but for spouses, parents, siblings and children of the person*”¹. Para além disto, também Riege (2015, p.16), citando Walsh (2011, 2012), sublinha que “*the family unit is highlighted as an important psychosocial dimension believed to represent a crucial component in post-injury adjustment processes*”². Como tal, tendo a noção que, ao longo do internamento na Unidade a atenção se encontra principalmente focada no utente, acabando a família por ficar um pouco mais à margem e com um apoio maioritariamente voltado para o “como fazer” e não para o “como se sente”, face àquele período crítico, apercebi-me que, apesar de aquela dimensão ser importante no pós-alta, esta última é essencial ser trabalhada ali, naquele momento.

Construí, então, o projeto numa lógica de paralelismo ao ver que o diagnóstico de uma perturbação de foro psiquiátrico num membro da família segue passos em tudo semelhantes ao que descrevi acima. Assim, embora saiba que a perturbação mental não é algo que se instala de forma tão súbita, entendo que o período de tomada de consciência do diagnóstico médico, tal como acontece nas situações de LVM, confronta a família de forma inesperada com o peso da cronicidade, remetendo igualmente para uma fase de rutura com o percurso planeado, onde é essencial todo um processo de gestão emocional para pôr em curso o grande esforço de reconstrução familiar que acaba por ser exigido.

No projeto que delineeí, colocado em prática em contexto de internamento e comunitário, o meu foco de atenção dirigiu-se para a família do utente e a forma como vivencia o período crítico do estabelecer do diagnóstico. Foi-me possível entender, pelas experiências em estágio, como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) pode intervir tornando-se “(...) o facilitador de um processo de transição que se adivinha penoso para toda a unidade familiar e onde se destaca a necessidade de capacitação familiar e reforço da sua resiliência de modo a que sejam uma rede de apoio efetivo ao elemento afetado” (Dias, 2016, p. 4). Os objetivos que estabeleci pretenderam dar resposta, por um lado, à minha inexperiência nesta área específica, permitindo-me entrar neste mundo tão novo e pôr-me à prova em situação junto de utentes internados em

¹ “experiência que altera a vida, não só para cônjuges, pais, irmãos e filhos da pessoa.”

² “a unidade familiar é sublinhada como uma importante dimensão psicossocial que se acredita representar um componente crucial nos processos de ajuste pós-lesão”.

fase aguda e, por outro, à minha questão de partida relativa à forma de intervenção do EEESMP no apoio à família, particularmente na fase crítica referida acima.

Assim, ao longo do período de prática clínica tornou-se evidente a importância de aspetos como a escuta ativa do outro para o estabelecer da relação terapêutica, a qual se constitui como uma ferramenta imprescindível no chegar até ele, à sua narrativa e à forma como atribui sentido às suas vivências, através da qual o EEESMP pode ser uma presença efetiva no alívio do seu sofrimento. Para esta compreensão muito contribuíram as atividades levadas a cabo nos dois contextos de estágio, quer tenham sido as intervenções de âmbito psicoterapêutico individuais e em grupo que tive oportunidade de desenvolver, bem como as entrevistas onde participei para a constituição de um Grupo de Intervenção Psicoeducativa (GIP) para familiares e as que pude realizar a integrantes do referido grupo. Aqui foi-me permitido entender de forma muito vívida, por algumas narrativas, as dificuldades pelas quais as famílias passam naquele período inicial, o que foi complementado pelas narrativas de quem acompanha há uma ou duas décadas o seu familiar, e que passa por enormes desafios, às quais tive o privilégio de poder assistir durante sessões de dois Grupos de Ajuda Mútua (GAM) para familiares da pessoa com perturbação mental. Todas estas experiências permitem que eu possa, neste relatório, referir o desenvolvimento de algumas das competências que se pretende que o EEESMP adquira, de acordo com o estipulado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010).

Neste sentido, este relatório apresenta um capítulo inicial onde é apresentado sumariamente o projeto que tem por base, e onde é delineada a problemática em estudo. Seguem-se os aspetos teóricos que serviram de fundamento à questão estudada e, posteriormente, um ponto de carácter prático onde sublinho as atividades levadas a cabo em contexto de estágio, tanto a nível de internamento em meio hospitalar, como de intervenção comunitária. Termina este relatório com uma conclusão que inclui as competências que EEESMP que pude desenvolver, as principais aprendizagens, as dificuldades sentidas e as perspetivas futuras, havendo ainda lugar para apresentar a lista das principais referências bibliográficas utilizadas.

1. PROBLEMÁTICA

1.1 LVM e Perturbação Mental – O Paralelismo em Duas Áreas Diferentes

Nos anos de exercício profissional na Unidade onde desempenho funções, tive oportunidade de me cruzar com utentes com LVM que ali foram confrontados com o nascer de uma nova forma de vida, sem que o tivessem procurado. A maior parte destas pessoas está em idade ativa e o internamento é motivado, principalmente, por situações de etiologia traumática, das quais se destacam os acidentes de viação (Jazayeri, Beygi, Shokranch, Hagen, & Rahimi-Movaghar, 2015), tendo este diagnóstico médico um impacto que Pedro (2011, p. 3) caracteriza assim:

a lesão medular consolida uma condição que impõe extraordinárias mudanças na vida do indivíduo. Sofrer uma lesão medular, para além de significar deixar de andar, significa também perder a sensibilidade, ter de reeducar os esfíncteres, evitar as complicações médicas secundárias, ter uma casa adaptada às necessidades, dispor de um meio de transporte adequado, restabelecer uma vida familiar, social e profissional. Após a alta hospitalar, significa reestruturar todas as áreas da vida.

Lucília Nunes (OE, 2009, p. 7) complementa a um nível mais interno, ao referir que:

o processo de adaptação efectiva a uma lesão vertebro-medular é longo e contínuo. A pessoa vive a (muitas vezes, profunda) alteração de diferentes fontes de gratificação: eventual separação de amigos, ruptura de relação amorosa, alteração de planos futuros, transformações na imagem corporal e na auto-estima.

São testemunhos que revelam a ideia de mudança, de quebra, de separação a vários níveis que emerge de um evento catastrófico, motivador do que pode ser denominado de uma *crise* na vida da pessoa, conceito que se desenvolveu inicialmente na área da SMP pelas mãos de Eric Lindernann e de Gerard (Roberts & Ottens, 2005). Poal (1990, p. 124), referindo-se aos contributos de Caplan, descreve que o que precipita uma situação de crise é *“an imbalance between the perceived difficulty and importance of the threatening situation and the resources immediately available to deal with it; the crisis refers to the person’s emotional reaction not to the threatening situation itself”*³. Acrescenta ainda que, segundo Caplan (1974), e atendendo ao primeiro estadio das fases da crise que este propôs, as principais reações que o caracterizam são de ansiedade, frustração, desadequação, depressão e também desamparo. Ferigato, Campos & Ballarin (2007, p. 35)

³ “um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância da situação ameaçadora percebidas e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com ela; a crise refere-se à reação emocional da pessoa e não à situação ameaçadora em si.”

complementam esta descrição ao citarem Knobloch (1998) na sua definição de crise: “(...) uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações.” Entendo que o impacto inicial de um tal acontecimento configura-se como algo para o qual a pessoa não tem pontos de referência que permitam fazer-lhe face e a percepção dessa ausência estratégica traz toda uma experiência emocional precursora de sofrimento.

Segundo Gottlieb (2016, p. 82), “a doença é um «assunto de família»”, o que pode facilmente ser entendido considerando os fundamentos teóricos apresentados por Wright & Leahey (2012) como base do seu modelo de avaliação e intervenção familiar. Estes conjugam, entre outros, aspetos da teoria dos sistemas e da cibernética, dos quais destaco dois conceitos aqui enquadrados que fazem emergir a profunda interinfluência das relações intrafamiliares e que se revelam centrais ao projeto aqui em causa. Assim, sublinham não só que “a mudança em um membro da família afeta todos os seus membros”, chamando a atenção para “(...) o impacto da doença sobre a família”, mas também que esta “(...) é capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade”, relatando que “a família reorganiza-se ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar anterior” (Wright *et al*, 2012, p. 28-29). Deste modo, entende-se que, face a uma situação com implicações tão dramáticas para o indivíduo e que resultam numa necessidade de se redefinir, de encontrar um novo significado para si, à sua família impõe-se um percurso paralelo a este, em que os vários elementos se devem repensar a si próprios e enquanto unidade. Há que reconstruir um novo “eu-familiar” que integre as alterações com que se viram confrontados e onde estas passam a fazer sentido. Alcança, assim, novamente a estabilidade com o nascer de uma “versão atualizada” da família face às suas circunstâncias atuais, o que se enquadra no conceito de *recovery*, amplamente usado no contexto da SMP, que Anthony (1993, p. 527) traduz por

a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness⁴.

⁴ “Um processo profundamente pessoal e único de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, capacidades e/ou papeis. É uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e contributiva, mesmo com limitações causadas pela doença. *Recovery* envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida, à medida que a pessoa ultrapassa os efeitos catastróficos da doença mental.”

Os primeiros passos em direção a essa transformação e redescoberta emergem, aos poucos, da fase aguda, onde se situa o período do estabelecer do diagnóstico, que Jaworski & Richards (1988, p. 4) descrevem como trazendo aos familiares sentimentos “(...) *thought to be similar in some ways to those experienced when a family member dies.*”⁵ Acrescentam que sentir-se “(...) *numb, confused, frightened and anxious*”⁶ caracteriza as primeiras reações emocionais (já apontadas pelos trabalhos de Caplan, referidos por Poal, 1990), as quais são acompanhadas também pela incerteza face ao presente e ao futuro, o que torna o apoio emocional à família nesta fase como algo de essencial para procurar minimizar o sofrimento que ela engloba. Deste modo, face ao meu contexto prático, embora as questões do “*como fazer?*” sejam muito importantes para reduzir a ansiedade eventualmente causada pelo não saber como agir no regresso a casa, o suporte à família na fase aguda, traduzido pelo “*como se sente?*” é essencial para facilitar todo o processo de transição, já que os familiares serão uma base de apoio para o próprio utente.

Assim, para a construção do projeto objeto deste relatório, pude antever um paralelismo entre o impacto sofrido pelas famílias de uma pessoa vítima de LVM e de uma pessoa a quem é diagnosticada uma perturbação mental. Apesar do aparecimento súbito da primeira condição e o surgir algo insidioso da segunda, entendo que, do ponto de vista da fase da definição diagnóstica, acabam ambas por serem situações que se constituem como um acontecimento inesperado no seio familiar. Neste sentido, e procurando verificar a existência de uma tal ponte, a pesquisa bibliográfica efetuada em biblioteca, nas bases de dados e na internet em geral permitiu constatar vivências familiares em tudo semelhantes às descritas acima. Assim, no delinear do projeto, o meu foco de atenção foi, por um lado a forma como todo o período crítico de estabelecer do diagnóstico médico é vivenciado pela família e, por outro, o perceber como é que o EEESMP pode proporcionar o apoio emocional tão essencial nesta fase, o que culminou na questão de partida que foi estabelecida:

“Qual a intervenção do EEESMP no apoio à família de uma pessoa com perturbação mental?”

⁵ “(...) considerados como similares, de alguma forma, aos experienciados quando um membro da família morre”.

⁶ “(...) dormente, confuso, assustado e ansioso”

1.2 Os Objetivos Traçados e Delimitação da Problemática

Atendendo ao que referi no ponto anterior e que se constituiu como a motivação para o aprofundar desta área, em detrimento de tantas outras, identifiquei dois objetivos gerais, que englobam metas mais específicas. Dada a minha inexperiência ao nível da SMP, “o primeiro traduz uma vertente de aprendizagem essencial ao meu crescimento como EEESMP (...); o segundo dirige-se à necessidade de conhecimento que levantei como foco (...)” (Dias, 2016, p. 7) principal do projeto. São eles:

↳ Desenvolver competências de EEESMP na prestação de cuidados:

↳ Compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental e sua família;

↳ Experimentar a prestação de cuidados à pessoa com perturbação mental, nomeadamente o estabelecer da relação terapêutica, participando nas atividades de cariz psicoterapêutico desenvolvidas nos locais de estágio.

↳ Identificar fatores pessoais ou situacionais prejudiciais à relação terapêutica, motivadores de fenómenos de transferência e contratransferência.

↳ Desenvolver competências de EEESMP relativamente à gestão emocional da família em situação de crise.

↳ Identificar a forma como é vivenciado o período crítico do estabelecer do diagnóstico pelos membros da família;

↳ Compreender os mecanismos de *coping* usados na gestão emocional que ocorre no processo de reorganização familiar;

↳ Conhecer as intervenções do EEESMP essenciais à facilitação do processo de gestão emocional familiar durante o período crítico.

Estes pontos mais específicos deixam antever que, em termos de delimitação da problemática em estudo, a população principal a quem dirigi a minha atenção durante a operacionalização do projeto foi a família a viver uma situação crítica de apoio a um elemento em crise, preferencialmente no seu confronto com a ocorrência de um primeiro surto. Foi tendo estes objetivos como fio condutor que, em contexto prático, me foi possível operacionalizar atividades que permitiram o desenvolvimento de algumas das competências previstas pela OE (2010) para o EEESMP dentro dos quatro domínios estabelecidos.

1.3 A Família na Saúde Mental e Psiquiatria – a Pertinência do Projeto

Parte indispensável do bem-estar e saúde plena do indivíduo, conforme enquadrado nos princípios da Constituição da OMS em 1946, a saúde mental tem sido, nas palavras de Brundtland (OMS, 2001, p. XI), “negligenciada durante demasiado tempo”, acrescentando também que a doença mental condiciona uma “(...) carga social e económica (...) tremenda” e que “rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais” (OMS, 2001, p. XII). Esta última afirmação deixa claro o potencial para a universalidade, que caracteriza o adoecer mental. Caldas de Almeida & Xavier (s.d.), deixam bem patente o peso que este tem na realidade nacional, o que implica uma elevada necessidade de cuidados neste âmbito. Estes autores sublinharam que “(...) as perturbações mentais não só têm uma prevalência muito elevada, como estão associadas a níveis de incapacidade mais altos que a maioria das doenças físicas crónicas (...)” (Caldas de Almeida et al, s.d., p. 9), sendo Portugal o segundo país da Europa com valores mais elevados, onde os transtornos deste cariz traduzem 22,9% da amostra estudada. Destacam também que são situações que surgem maioritariamente cedo, antes dos 24 anos de idade, estimando que “(...) 1 em cada 5 jovens apresentem perturbações mentais, o que representa elevados custos para os indivíduos e famílias, bem como para os sectores da saúde, educação, justiça e segurança” (Caldas de Almeida et al, s.d., p. 10).

Depois de uma época em que o tratamento à pessoa com perturbação mental primava pelo seu isolamento e afastamento face à família e à sociedade, encontramos-nos agora

numa época em que o cuidar da pessoa com perturbação do foro psiquiátrico prevê a desinstitucionalização e a aposta na intervenção no indivíduo enquanto membro integrante da comunidade [e, como tal], rapidamente se intui o papel preponderante da sua família em todo o processo de tratamento, reabilitação e inserção social (Dias, 2016, p. 4).

Esta trata-se de uma diretiva-chave do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, ao qual está prevista uma atualização orientada pelo Plano Nacional de Saúde, para os anos 2017-2020, conforme explicitado no Despacho n.º 1490/2017, de 14 de Fevereiro. Para além deste, também o Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de

Saúde Mental (CNRSSM, 2007) realça a importância desta mudança de mentalidade na aproximação dos serviços à população, não só com melhoria do acesso, mas com uma participação mais ativa de utentes e famílias no seu processo de recuperação. Considero que o primeiro passo neste percurso será dado de forma mais segura e

(...) esse papel será tão melhor assimilado e desempenhado quanto maior tenha sido o apoio prestado aos familiares, num período de sofrimento como é o do confronto inicial com o diagnóstico, e quanto melhor tenham sido geridas as emoções previamente, sendo o EEESMP o profissional de saúde que se encontra numa posição privilegiada para trabalhar com a família nesse sentido (Dias, 2016, p. 5).

Este apoio prestado à família constitui-se como incontornável, considerando o referido pela CNRSSM (2007, p. 15) ao sublinhar que a “disfunção familiar” é mais um dos elevados custos das perturbações da saúde mental.

Na literatura consultada fica explícita a dificuldade que o período agudo da definição diagnóstica representa para a família. Shpigner, Possick & Buchbinder (2013, p. 358), apontam que *“clinicians and researchers have emphasized the importance of helping the primary caregivers of persons going through the first outbreak of psychiatric illness in order to mitigate the negative consequences of the illness on the patient and the caregivers”*⁷. Prosseguem, citando Tennakoon et al (2000), que referem que *“at the time of an individual’s first psychotic breakdown, family members develop symptoms of physical and emotional distress, with 20% developing diagnosed emotional disturbances”*.⁸ Neste sentido, acrescentam que o suporte essencial à família nem sempre surge no momento certo e que os serviços que o prestam *“(...) are provided after the illness is diagnosed. During the critical, confusing, and anxious period prior to the outbreak of the illness, families are left to cope «on their own»”*⁹ (Shpigner et al, 2013, p. 539).

⁷ “Clínicos e investigadores enfatizaram a importância de ajudar os cuidadores primários de pessoas a atravessar o primeiro surto de doença psiquiátrica, de modo a mitigar as consequências negativas da doença no paciente e nos cuidadores”.

⁸ “Na altura do primeiro surto psicótico de um indivíduo, os membros da família desenvolvem sintomas de *distress* emocional e físico, com 20% a desenvolver perturbações emocionais diagnosticadas”

⁹ “(...) são fornecidos depois da doença ser diagnosticada. Durante o período crítico, confuso e ansiogénico prévio ao surto da doença, as famílias são deixadas a lidarem com ele «entregues a si próprias»”.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, procuro destacar alguns pontos teóricos que se revestiram de especial importância em todo este percurso, quer relativos ao elaborar do projeto em si, quer relativos ao período de prática clínica.

2.1 Transições e Forças – Duas Visões Essenciais no Cuidar de Enfermagem

Ao longo da formação de base que qualquer enfermeiro adquire é-lhe ministrado o conhecimento teórico e prático das mais variadas disciplinas, essencial ao cuidar em todas as suas vertentes. No entanto, uma questão vital para a forma como vive e desempenha a sua profissão emerge das crenças e valores que lhe estão subjacentes, como indivíduo e como profissional (Gottlieb, 2016), construídos ao longo do seu desenvolvimento em sociedade e na prática. Se estes aspetos mais pessoais forem articulados com os conceitos e premissas inerentes a uma teoria de enfermagem, o enfermeiro consegue ter presente, a todo o momento, o fio orientador para a sua intervenção no contexto de trabalho, conferindo a esta a singularidade da profissão num terreno de cariz multidisciplinar. A escolha da temática que aqui proponho trouxe consigo a necessidade de encontrar essa linha orientadora, que surgiu nos trabalhos de Meleis (2010) e Gottlieb (2016), dado que as suas visões de cuidar destacam uma vertente de individualidade, cuja base está nos princípios éticos da profissão, que vejo como essencial para a prestação de cuidados de enfermagem que façam a diferença junto destas famílias.

No trabalho que desenvolveu relativo à Teoria das Transições, Meleis (2010) deixou explícito como se apercebeu do contato constante do enfermeiro junto da pessoa em processo de mudança, mudança essa que causa impacto na sua saúde, no seu bem-estar ou na sua capacidade de auto-cuidado. Traduziu esse processo como transição referindo que se trata de uma “(...) *passage from one fairly stable state to another fairly stable state, and it is a process triggered by change*” ou por “*critical events*”¹⁰ (Meleis, 2010, p. 11), a qual tem início logo que o acontecimento é antecipado. Kralik, Visentin & van Loon (2010, p. 77), após uma revisão da literatura, complementam esta definição ao apontarem que “(...) *transition is not simply change, but rather the process that people go through to incorporate the change or*

¹⁰ “ (...) uma passagem de um estadio relativamente estável para outro estadio relativamente estável, e é um processo despoletado pela mudança” ou por “eventos críticos”.

*disruption into their lives*¹¹ e que “*can be viewed as a process during which suffering may be reduced or alleviated. The suffering invoked by the forced change may be the central driving force for transformation and transition*¹².”

Meleis & Trangenstein (2010, p. 68), definiram como objetivo primordial da enfermagem o apoio aos indivíduos no seu processo de transição, na medida em que se trata de uma disciplina onde a experiência destes durante o mesmo adquire especial relevância e para a qual o resultado pretendido é a promoção da saúde ao “(...) *enhance a sense of well-being*”¹³, que é onde entendem estar o seu contributo exclusivo. Assim, Meleis (2010) classificou os eventos a que os indivíduos são sujeitos em quatro categorias (desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional), sendo as transições de saúde-doença as que se mostram centrais a este relatório, dado que é nelas que encaixa o tema aqui abordado. Schumacher & Meleis (2010), sublinhando os trabalhos de outros autores, destacam as condições centrais das transições, independentemente da categoria onde se insiram, e que podem afetar o processo transicional, nomeadamente aspetos que denominaram como: Significados, Expectativas, Nível de Conhecimento e Capacidades, Ambiente, Nível de Planeamento e Bem-Estar Físico e Emocional – Apêndice 1. Cada um destes pontos inclui itens cuja avaliação deve ser feita no sentido de o enfermeiro conseguir entender a experiência individual da transição para a pessoa cuidada. Esta constitui-se como uma questão fulcral para fazer a diferença no apoio ao indivíduo uma vez que, ainda que os eventos possam ser em tudo semelhantes, o processo transicional adquire a singularidade de cada pessoa que o experiencia. É o entendimento dessa singularidade pelo enfermeiro que permitirá colocar em curso a intervenção mais adequada de modo a que a pessoa alcance o que Schumacher et al (2010) denominam de “*healthy transitions*” (transições saudáveis). É nestas que estas autoras colocam o foco da intervenção do enfermeiro, as quais pressupõem o atingir de aspetos como um estado de bem-estar subjetivo, domínio de novos comportamentos/papeis, assim como o bem-estar nas relações. Meleis et al (2010, p. 68) apontam que as intervenções que permitem chegar a estes resultados são de âmbito promotor, preventivo ou interventivo, ao sublinharem que “*the development of*

¹¹ “(...) transição não é apenas mudança, mas antes o processo pelo qual as pessoas passam para incorporar a mudança ou a perturbação nas suas vidas”

¹² “(...) pode ser visto como um processo durante o qual o sofrimento pode ser reduzido ou aliviado. O sofrimento invocado pela mudança forçada pode ser a força motriz central para transformação e transição.”

¹³ “(...) melhorar um sentido de bem-estar”

nursing therapeutics could be focused on the prevention of unhealthy transitions, promoting perceived well-being and dealing with the experience of transitions”¹⁴.

Também Gottlieb (2016, p. XXXVII) sublinha a necessidade de descobrir a singularidade de cada indivíduo, o que se constitui como uma das premissas base da sua visão do cuidar de enfermagem baseado nas forças. Refere:

a doença e a tragédia são sempre inesperadas e nunca bem-vindas; contudo, elas redefinem as pessoas e reformulam as suas vidas. O SBC [*Strength Based Care*] reside em compreender a pessoa como um todo e no contexto da sua vida; (...) em compreender os efeitos profundos que os eventos transicionais, como a doença e a tragédia, têm na vida das pessoas; (...) em trazer mudanças transformativas a vidas que se estavam a destruir, enquanto as pessoas tentam viver e encontrar um significado e propósito para a sua vida e reparam aquilo que foi destruído.

Acrescenta que para chegar a este entendimento, o enfermeiro que siga a perspetiva teórica do cuidado baseado nas forças dá valor à “(...) compreensão subjetiva das pessoas, como eles se veem a si mesmos e o que está a acontecer com eles, ouvindo e construindo em conjunto as suas narrativas” (Gottlieb, 2016, p. 31). Para além deste, um outro aspeto essencial nesta visão é o seu foco de atenção. Este concentra-se em “(...) entender o que está a trabalhar e usar o que está a funcionar, o que a pessoa é capaz de fazer, como um meio de minimizar os sintomas e encontrar soluções para ajudar a pessoa a desenvolver (...)” (Gottlieb, 2016, p. 28). Assim, enfermeiro e indivíduo atuam a partir de uma parceria que confere a este a confiança para lidar com as situações e encontrar as suas respostas às mesmas.

Assim, como já referi anteriormente, as duas perspetivas teóricas que abordei despertaram o meu interesse pela extrema importância que conferem à visão singular de cada indivíduo face à sua situação. No entanto, devo acrescentar que, para além deste aspeto, a teoria de Meleis fez-me eco por promover uma forma da enfermagem abordar os momentos críticos (como o que está em causa neste relatório), promotores de uma alteração profunda na visão de si que as famílias integram, traduzida pelas palavras de Kralik et al (2006) ao citar Bridges (2004): “*«every transition begins with an ending» meaning that people have to let go of*

¹⁴ “O desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem pode ser focado na prevenção de transições não saudáveis, na promoção do bem-estar percebido e no lidar com a experiência da transição”

*familiar ways of being in the world that defines who they are*¹⁵ (Meleis, 2010, p. 80). Já a proposta de Gottlieb (2016) fez-me sentido dado ajudar o enfermeiro a dirigir o seu olhar não para o que está deficitário, e que dificilmente será uma peça no processo de recuperação, mas para os aspetos que se constituem como recursos imprescindíveis nesse mesmo processo e que poderão ser a força motora do *recovery* a que estas famílias se veem sujeitas. Este é um conceito que consigo ver claramente nestas duas visões do ser enfermeiro.

2.2 Ver Pelos Olhos da Família – A Importância das Narrativas

Durante o período teórico do curso surgiu, ao abordar a temática dos cuidados centrados na pessoa, uma noção que ainda não tinha considerado e se afigura, a meu ver, como basilar no projeto aqui em causa. Na verdade, apesar de, ao longo dos meus anos de prática profissional, procurar tornar os cuidados prestados o mais individualizados possível, o que é facto é que não havia ainda considerado a *curiosidade* como ponto de partida essencial para tal. Essa noção de “interesse” em conhecer a pessoa com quem se interage e a quem se procura prestar apoio parece-me, contudo, indissociável do tal salto qualitativo que procuro para a minha atuação enquanto enfermeira. Se não estiver presente no agir, fica em risco a concreta adequação da ação àquele indivíduo, às suas necessidades e dificuldades, o que ficou bem patente nas questões teóricas referidas acima. Essa abertura ao conhecer o outro encontra-se imersa no que Munhall (1993) denomina de “*unknowing*”. Este conceito implica que o enfermeiro, estando ciente da sua própria construção do mundo (com toda a sua subjetividade), chegue perante o outro com a consciência que o mundo deste e a sua subjetividade lhe são desconhecidos. Se se apresentar com a certeza de “conhecer” a pessoa, transporta em si, ainda que inconscientemente, a finitude de uma “história já acabada”, o que dificilmente promove a empatia e o estreitar da relação terapêutica.

Para este desconhecimento contribui a forma como cada um constrói a sua realidade. Neste sentido, Wright et al (2013), tendo por base Maturana e Varela (1992), sublinham o importante papel da reação/interação do indivíduo (do qual é inseparável o seu quadro de valores e contexto sociocultural) ao/com o mundo que o rodeia na sua atribuição de significados aos eventos e às experiências a que é

¹⁵ «Cada transição começa com um fim» o que significa que as pessoas têm que se despedir das formas familiares de ser no mundo que definem quem elas são”.

sujeito ao longo da sua vida. Este processo de “dar sentido”, segundo Kahn (2000, p. 57), não decorre no momento presente da vivência, mas sim *a posteriori*:

*life is experienced in the present at hand but not studied, analyzed, or interpreted in that same moment. Experience, and the meanings that arise through experience, can be studied only in the past, after the fact, so to speak, or after the experience has been lived.*¹⁶

Ocorre, então, após o indivíduo, num procedimento cognitivo, ter tido oportunidade de fazer passar o que viveu pelo crivo dos seus contextos, o que se coaduna com Alarcão (2001, p. 57) ao referir que “reflectir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa actividade conceptualizadora lhe atribui significado”.

Assim sendo, pelo papel preponderante que esses sentidos têm na unicidade da pessoa, acredito que fica explícita a necessidade de deixar em aberto o interesse em conhecer o outro. Nesta perspetiva, e considerando o projeto aqui em causa, de modo a ser possível a prestação de apoio à família torna-se essencial entender a forma como vivenciam a situação crítica. Esta, no meu entender e destacando os contributos teóricos já referidos, faz emergir, primeiro que tudo, todo um leque de reações ainda não filtradas pela racionalidade – que vejo como o alicerce do sentido promotor de coerência e estabilidade de vida – e onde apenas impera o peso das emoções. Este é um percurso que vejo como sendo aquele a que Damásio (2013, p. 46) se refere para o surgir da consciência individual:

(...) a forma mais simples sob a qual o conhecimento sem palavras [o conhecimento de que o próprio estado do organismo foi modificado por um objecto (p. 45)] surge mentalmente é o sentir – o sentir do que acontece quando um organismo está envolvido no processamento de um objecto – e que só posteriormente podem começar a ocorrer inferências e interpretações relativamente a este sentimento de conhecer.

Para prestar esse suporte emocional naquele período específico, e dado que, segundo Munhall (1993, p. 126) “*individual’s do not know about another’s subjective world unless they are told about it, and even then one cannot be sure*”¹⁷ as narrativas são uma ferramenta imprescindível neste processo de entrar no mundo subjetivo do outro, já que permitem ouvir em primeira mão a sua vivência, as emoções que dela emergem, consciente ou inconscientemente expressas, e o impacto que lhes configuram (Hall & Powell, 2011).

¹⁶ “A vida é vivida no presente, mas não estudada, analisada ou interpretada naquele mesmo momento. A experiência, e os significados que emergem através da experiência, podem ser estudados apenas no passado, depois do facto, por assim dizer, ou depois da experiência ter sido vivida”.

¹⁷ “Não se pode saber acerca do mundo subjetivo de outrem, a não ser que nos seja falado acerca do mesmo, e mesmo assim não se pode ter a certeza.”

Definidas por Polkinghorne (1991, p. 136 e 137) como “(...) *the cognitive process that gives meaning to temporal events by identifying them as parts of a plot*”¹⁸, as narrativas constituem-se, segundo este autor, como a forma de “(...) *produce out of our separate life events the meaningful whole that we are*”¹⁹. Neste sentido, ocupam um papel fundamental na prática de enfermagem já que

(...) permitem o acesso ao modo particular como cada pessoa vive a sua situação no mundo. A dor, o sofrimento, a doença e a finitude são acontecimentos biográficos e para os compreendermos é preciso dar voz ao narrador e escutar o que tem para nos dizer. A narrativa torna-se assim, uma fonte de conhecimento que suporta o raciocínio e a tomada de decisão clínica (Botelho, 2016, p. 31)

Tendo estas questões em mente, a atenção às narrativas dos familiares com quem tive a oportunidade de contactar durante as semanas de estágio tanto em contexto de internamento, como em contexto comunitário representou um aspeto essencial para começar a entender as suas vivências.

2.3 Emoções e o Primeiro Surto

Uma questão essencial no projeto aqui abordado e que já foi pontualmente mencionada acima é relativa ao sentir, às emoções que daí emergem. Diogo (2015, p. 18), reportando-se aos trabalhos de Oatley & Jenkins (2002), refere que aquelas são “(...) o próprio centro da vida mental humana”, e que são o que

(...) liga o que é importante para nós com o mundo das pessoas, das coisas e dos acontecimentos. As emoções são processos que se estabelecem, mantêm, alteram ou terminam a relação entre a pessoa e o meio em assuntos importantes para a pessoa.

Despoletadas a partir do estímulo de um qualquer evento, as emoções – ainda que permeáveis na sua expressão às aprendizagens e meio cultural do indivíduo – numa perspetiva biológica, “(...) fornecem automaticamente ao organismo comportamentos orientados para a sobrevivência” (Damásio, 2013, p. 78), na medida em que comportam alterações ao nível do corpo, preparando-o para a ação. Assim, são algo que implica um comportamento observável, ao contrário dos sentimentos que, a partir da bibliografia consultada, entendo que se reportam “(...) ao lado íntimo da pessoa, à sua experiência pessoal e, como tal, interdita ao exterior” (Dias, 2016, p. 20). Conforme sublinha Damásio (2013, p. 63), tratam-se da

¹⁸ “(...) o processo cognitivo que atribui significado a eventos temporais ao identificá-los como partes de um enredo.”

¹⁹ “(...) retirar dos nossos eventos de vida em separado o todo significativo que somos.”

“(...) experiência mental e privada de uma emoção”; prossegue (2013, p. 56) referindo que “(...) é através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente”. Para que este seja significativo e duradouro, Damásio (2013, p. 57) acrescenta que “(...) a consciência tem que estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que os tem, para além do aqui e agora imediato”, o que, no meu entender, proporcionará mais um acrescento no que o indivíduo é... como o adquirir de um conhecimento... uma aprendizagem sobre si.

Ainda no âmbito das emoções, Damásio (2013, p. 70) deixa igualmente explícito que, pelos processos biológicos envolvidos na produção das mesmas a partir de regiões cerebrais onde a pessoa nenhuma influência pode exercer, a expressão de uma emoção não pode ser travada, o que a torna “(...) um razoável barómetro do nosso bem-estar”.

Reportando-me ao projeto aqui em causa, e atendendo ao surgir de uma resposta emocional face a um evento que envolva aspetos significativos para a pessoa (neste caso o sistema familiar), facilmente se pode enquadrar aqui o surgir de uma perturbação mental num dos seus elementos. A vivência do primeiro surto constitui-se como um período crítico para a família com grande impacto emocional, aspeto que fica explícito no trabalho de Shpigner et al (2013), onde reportam os estadios vividos pelos pais de jovens a passar por tal situação. Descrevo-os no quadro seguinte – Quadro 1 – compilado aquando da realização do projeto (Dias, 2016, p. 21), onde se destaca a magnitude associada ao primeiro episódio indicativo da perturbação e revela como a família é exposta a uma sensação de insegurança, ao ser confrontada com uma situação para a qual não tem reportório comportamental ou emocional associado, tal como já referido.

Para além deste aspeto, Shpigner et al (2013) também reforçam duas ideias essenciais. A primeira revela que a família é obrigada a uma rutura existencial, na medida em que os seus elementos são forçados a reconstruir o significado das suas vidas – o que se inscreve no conceito de *recovery* já abordado. Para a dificuldade deste processo de “*moving on*”, de se reorganizar e ultrapassar a dificuldade, muito contribui o conceito de “perda ambígua”. Esta traduz-se pela presença física do ente querido, aliada à sua ausência psicológica (Boss, 2010), e revela, de acordo com Shpigner et al (2013) citando Kawanishi (2006), a experiência parental de incerteza

e ansiedade face à perturbação mental e à condição do filho, como condicionadora desse passo em frente.

QUADRO 1 – Estádios do Primeiro Surto (adaptado de Shpigner et al, 2013)

Estádio	Características
A Ruptura: A doença repentina	<ul style="list-style-type: none"> ↳ O surto entendido como um evento repentino e traumático – família forçada a perceber a gravidade da situação e a mudar a sua forma interna de ver a pessoa e de se relacionar com ela; ↳ Vida dividida no “antes” e no “depois”; o desmoronar dos alicerces da família; ↳ Conflito na aceitação e adaptação a uma perturbação psiquiátrica no filho; ↳ Ponto de viragem – o ouvir o diagnóstico como <u>evento angustiante</u> e determinante de mudanças nas esperanças, sonhos e expectativas para o filho – perdas percebidas (do filho que era e era para ser – Richardson et al, 2011); ↳ O <u>medo e o desespero</u> associado à perturbação mental como obstáculo à aceitação do diagnóstico
“Bem-vindo ao Inferno”: Mergulhados em Aflição	<ul style="list-style-type: none"> ↳ O primeiro surto vivido com grande <u>dor e angústia</u>; ↳ O esbater das barreiras experienciais entre pais e filho – pais que sentem a perda da sua sanidade; ↳ Mudanças de vida e de personalidade drásticas de cariz negativo – sentir-se encolher, vazio, apatia, disfunção, distímia, inquietação – Holocausto pessoal.
Sentimentos dolorosos: Culpa e Impotência	<ul style="list-style-type: none"> ↳ <u>Culpa</u> – instala-se desde o início e não regride com o tempo; ↳ <u>Impotência</u> – a incapacidade dos pais para compreender e ajudar o jovem; ↳ <u>Exclusão</u> ↳ <u>Solidão</u> ↳ <u>Raiva</u>
Solidão e isolamento	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Sentir-se só – face a quem não teve uma experiência semelhante, e/ou nas tomadas de decisão (por divergência de opiniões dos pais entre si); ↳ Isolamento – nas relações interpessoais (por <u>vergonha</u> e estigma); ↳ Raiva – como isolante da dor causada pela situação e como barreira nas interpelações com outras pessoas (outras crianças, família alargada, amigos, profissionais de saúde).

Fonte: Dias (2016, p. 21)

Também Richardson, Cobham, Murray & McDermott (2011, p. 29) destacam o contributo de vários autores no que diz respeito ao sentimento de luto que envolve os pais de jovens com perturbação mental. Revelam que este emerge de um profundo sentido de perda a vários níveis, nomeadamente a “(...) *loss of their premorbid, healthier child, loss of hopes and dreams for their child’s future, loss of former familial relationships, loss of perceived parental competence and loss of*

*security and certainty*²⁰. Para além de todos estes aspetos sublinham, citando McElroy (1987), que a natureza cíclica da maioria das perturbações mentais deixa antever, por períodos, a “versão saudável” do seu filho, o que conduz também ao emergir periódico do sentimento de perda.

A segunda ideia implica a relevância da experiência familiar no primeiro surto para o moldar da forma como os pais vão perceber a condição do jovem, a sua própria situação a longo prazo e o ultrapassar da mesma. Entendo que seja aqui que se fundamente a necessidade de dar voz às famílias e perceber o que vivem durante esta situação crítica e como a sentem, de modo a facilitar o seu processo de transição desta fase de desconstrução à seguinte, de reconstrução de si, do seu familiar, da relação com os outros, de reconstrução de um sentido e significado de vida (Power & Orto, 2004).

2.4 Relação Terapêutica: A Base da Intervenção do EEESMP

Face ao descrito acima, há um ponto que se torna muito claro: a arte de cuidar do outro não se concretiza fora do âmbito relacional. De facto, sem a interação profissional-indivíduo, a intervenção de enfermagem não chega a existir, o que faz da relação entre estes uma questão central da profissão e o verdadeiro berço da atuação dos enfermeiros. Sobre este aspeto Phaneuf (2005, p. XXIX), destaca que

o papel da enfermeira é complexo. (...) necessita antes de tudo de conseguir estabelecer com a pessoa cuidada uma relação de confiança que (...) lhe permite criar com esta pessoa uma espécie de parceria e convivência susceptível de se transformar em relação terapêutica. Sem esta aliança, enfermeira-pessoa cuidada, nada é possível.

Também Chalifour (2008, p. 2), seguindo uma perspetiva existencial humanista da intervenção de ajuda, que integra a pessoa como o centro da atenção do profissional, sublinha a importância da criação dessa “aliança terapêutica” para o desenvolvimento de uma relação de ajuda profissional, onde cabe a este entrar em interação com o indivíduo e certificar-se da qualidade dessa mesma interação.

2.4.1 – Comunicação: O Ponto de Partida

O primeiro passo para o estabelecer desta conexão emerge do processo comunicacional, que adquire especial relevância na enfermagem, sendo a forma

²⁰ “(...) perda do filho pré-moribundo e mais saudável, perda de esperanças e sonhos para o futuro do seu filho, perda de relações familiares anteriores, perda da competência parental percebida e perda de segurança e certeza”

privilegiada para “conhecer” o indivíduo e com ele construir uma efetiva relação de ajuda (Phaneuf, 2005). Esta autora (2005, p. 23) define-o como

um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, (...) pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.

Ao abordar as generalidades relativas à comunicação, tendo para tal recorrido aos contributos de vários autores, Phaneuf (2005) sublinha nesta definição a sua indiscutível omnipresença. Como tal, a comunicação envolve e revela-se em todos os aspetos do indivíduo, seja em som ou silêncio, movimento ou imobilidade, libertando o que lhe vai na razão e no sentir, sendo através dela que o indivíduo interage com os outros, e nesse processo ganha o seu lugar no mundo e se consegue definir como pessoa. A autora destaca, então, como o mecanismo comunicacional envolve duas formas de expressão fundamentais. Assim, reporta-se primeiramente à comunicação verbal, ligada à cognição e caracterizada pelo uso da palavra e da linguagem falada, através da qual se transmitem “(...) as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p. 82). Para além desta há a não-verbal, que envolve as manifestações físicas da pessoa, reveladoras do conteúdo emocional da mensagem, portador de um significado próprio, e que poderá servir de confirmação, complemento ou negação do que é expresso verbalmente. Nesta categoria estão incluídos aspetos como o tom de voz, o ritmo do discurso, os gestos corporais, a mímica facial, que são, muitas vezes, demonstrados de forma não intencional, mas constituem-se como importantes elementos das trocas comunicacionais que se estabelecem entre os indivíduos, permitindo “(...) comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir” (Phaneuf, 2005, p. 70). O seu peso no processo de comunicação é de tal forma grande que pode mesmo superar o valor das palavras que são ditas, as quais acabam por sofrer, em alguma medida, a passagem pelo crivo da racionalização. Já o que é “dito” corporalmente através desta forma de comunicar, ao fazer eco da componente emocional do indivíduo, traduz os seus estados internos e acaba por ser uma porta aberta para se perceber

a forma como está a viver determinada situação e o impacto que esta tem em si. Tal como Phaneuf (2005, p. 69) refere, ao citar Annick Oger-Stefanink (1987), trata-se de uma informação que “(...) não pode ser anulada por palavras”, sendo também aquela que melhor é recordada – o que lhe confere um carácter de permanência – e é esta crueza que a torna tão importante para o enfermeiro que se empenha em efetivamente “conhecer” o indivíduo com quem contacta, pois é ela que o revela de uma forma mais pura. É que, no meu entender, ignorar ou suprimir a emoção associada aos acontecimentos implica deixar só os factos, e esses são o que são e serão iguais para todos; significa eliminar o que torna cada experiência de vida única para cada pessoa, a aprendizagem que lhe proporcionou e que fez dela quem é.

No entanto, importa sublinhar que estas questões não são unidireccionais e que o profissional de enfermagem deve ter sempre presente que também está sujeito ao mesmo tipo de regras no âmbito do processo comunicacional. Assim, deverá desenvolver um auto-conhecimento que lhe permita estar atento às suas próprias formas de comunicar verbal e não verbalmente. É que, ainda que não o faça de um modo tão aprofundado e teorizado como o enfermeiro, a pessoa conseguirá detetar neste os sinais indicativos da sua disponibilidade, ou não, no momento de contacto que estão a desenvolver, o que pode fomentar ou prejudicar o estabelecer da relação, que se pretende terapêutica.

2.4.2 – Escuta e Empatia: Características Essenciais da Relação de Ajuda

Tendo ilustrado no ponto anterior a forma como as questões relativas à comunicação se constituem o ponto de partida para a construção de uma relação enfermeiro-indivíduo, importa agora acrescentar o que é que faz desta uma relação de ajuda. Na verdade, ao longo da pesquisa bibliográfica e das leituras que efetuei para a construção deste ponto do relatório, rapidamente se evidenciou que não é a perícia técnica ou o profundo conhecimento teórico na área de atuação que faz a diferença nas intervenções que o enfermeiro possa desenvolver junto de quem cuida; “(...) é preciso que o calor da relação e o interesse pelo outro estejam bem presentes” (Phaneuf, 2005, p. 82). A este respeito, Chalifour (2008, p. 4), seguindo o enquadramento proposto pela visão existencial humanista da relação de ajuda, cujos fundamentos refletem muitos dos escritos de Carl Rogers, sublinha que, mais do que qualquer coisa, as pessoas pedem para serem acolhidas, respeitadas e

compreendidas, concluindo o seu raciocínio ao referir que “(...) num certo número de casos, este suporte constitui a maior ajuda que os profissionais podem proporcionar”.

Nos seus trabalhos, Rogers (2009, p. 34) destaca como, ao longo da sua experiência, se apercebeu que “(...) é o próprio paciente que sabe aquilo de que sofre, em que direção se deve ir, quais os problemas que são cruciais, que experiências foram profundamente recalçadas”. Como tal, também é ele próprio o detentor dos recursos necessários para ultrapassar os desafios e dificuldades que se lhe apresentam, o que condiciona a atualização ou o crescimento pessoal, para os quais todo o ser humano tende. Para este processo, Rogers (2009) verificou a forma como acabavam por falhar as abordagens mais intelectualizadas que envolviam o treino de comportamentos ou o ensino de conhecimentos, numa atitude mais prescritiva/diretiva. Compreendeu, ao longo da sua prática, que “(...) quanto mais um indivíduo é compreendido e aceite, maior a tendência para abandonar as falsas defesas que empregou para enfrentar a vida, e para progredir numa via construtiva” (Rogers, 2009, p. 50) e que é proporcionando “(...) um certo tipo de relação, [que] a outra pessoa descobrirá dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para crescer, e a mudança e o desenvolvimento pessoal ocorrerão” (Rogers, 2009, p. 57). Estes contributos, como referido acima, constituem-se como alguns dos alicerces da corrente existencial-humanista onde o indivíduo é destacado como um ser em relação constante consigo próprio, com os outros e com o seu contexto, sendo no decurso dessas relações que se descobre, tornando-se mais consciente de si (*aware*), desenvolve e atualiza.

Este processo de desenvolvimento/atualização do indivíduo em relação inclui cinco etapas cíclicas. Incluem o reconhecimento, pelo indivíduo, das suas características intrínsecas e a sua constante interação com o ambiente; o acolher-se, ao atribuir importância ao que é e ao que quer, e a escolha dos caminhos a seguir quanto ao modo de responder às suas necessidades, aos seus desejos e expectativas; o agir em conformidade com a sua escolha e o assumir a responsabilidade pelas suas ações e suas consequências (Chalifour, 2009). Será, de acordo com Chalifour (2009, p. 11), quando a pessoa “(...) nega ou percebe dificilmente os componentes destes processos internos” que se torna vulnerável à doença. Estes aspetos são apontados por este autor como igualmente inerentes ao

interveniente que, ao considerá-los conscientemente no mecanismo de intervenção, pode torná-los ferramentas terapêuticas fundamentais. Trata-se de algo que vai de encontro ao referido por Rogers (2009, p. 82), que sublinha que essa maturidade por parte do profissional é crucial nas interações cliente – interveniente ao fazer notar que “(...) a minha capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente mede-se pelo desenvolvimento que eu próprio atingi”. Aponta, então que a relação facilitadora de tal processo é

(...) caracterizada por um tipo de transparência da minha parte, onde os meus sentimentos reais se mostram evidentes; por uma aceitação desta outra pessoa como uma pessoa distinta com valor pelo seu próprio mérito; e por uma compreensão empática profunda que me possibilita ver o seu mundo particular através dos seus olhos (Rogers, 2009, p. 58).

Acaba por definir a relação de ajuda como “(...) uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes no indivíduo” (Rogers 2009, p. 65), acrescentando que “(...) as suas características diferenciais dizem essencialmente respeito às atitudes da pessoa que ajuda (...), e à percepção da relação por aquele que é ajudado (...)”. Deste modo, deixa evidente que envolve interações profissional – pessoa pautadas por um clima de segurança onde a comunicação se encontra facilitada e onde o indivíduo se sente liberto para revelar-se e dar-se a conhecer. Essa segurança é fruto da profunda honestidade e clareza comunicacional do interveniente e da sua atitude de disponibilidade para com aquele de quem cuida, mostrando-lhe assim que o escuta efetivamente. Para o fazer há que estar atento ao outro, o que requer “ouvi-lo” com todos os sentidos, de modo a não perder de vista a totalidade da mensagem que ele transmite, seja verbal ou não verbalmente já que, tal como refere Lazure (1994, p. 16), “as palavras não podem traduzir a realidade total da experiência dos indivíduos”. Acrescenta ainda que, “em relação de ajuda, a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes” (Lazure, 1994, p. 16). Estes aspetos vão no sentido do contributo de Chalifour (2008, p. 150) que destaca as duas vertentes informativas da mensagem que o indivíduo transmite (uma que se reporta aos factos e outra aos afetos) e caracteriza a escuta como algo que implica,

(...) captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo conceptual e afectivo e, em seguida, em manifestar a sua compreensão ao cliente através do seu modo de intervir junto dele. Só deste modo o cliente terá o sentimento de ter sido escutado e compreendido.

De modo a promover um momento de contacto o mais facilitador de todo este processo, Chalifour (2008) deixa expressos alguns aspetos que se tornam fundamentais. Começa por referir as condições ambientais propícias à comunicação, nomeadamente a posição que cada pessoa ocupa face à outra, a luminosidade ou o barulho de fundo, que se pode revelar perturbador. Para além destas, outra condição essencial é que o profissional esteja intelectual e afetivamente disponível para a pessoa; caso contrário, a compreensão da mensagem será seriamente comprometida. Aqui destaca a desatenção oriunda de “uma similitude entre a vivência do interveniente e a do seu cliente, [que] suscita por vezes, enormes reações defensivas” (Chalifour, 2008, p. 151), a qual merece investigação por parte do profissional, num processo de auto-conhecimento. Por fim, o autor destaca que o profissional deve evitar focar apenas o que é do seu interesse e que deve tomar o tempo necessário para a compreensão da mensagem. Neste sentido, sublinha a importância dos momentos de silêncio, os quais podem proporcionar o espaço e o tempo essencial para esse processo de “entrar em contacto” com o que é dito e sentido. Refere que

(...) o silêncio não consiste apenas na ausência da palavra, ele é feito de atenção, interesse pelo que o cliente comunica; é feito igualmente de atenção e abertura pelo que o interveniente percebe, pensa ou sente enquanto pessoa e profissional, no instante em que o cliente se expressa (Chalifour, 2008, p. 153).

Intimamente aliado à capacidade de escuta encontra-se um outro aspeto fundamental sem o qual o estabelecer de uma relação terapêutica não é possível: a empatia. Lazure (1994, p. 160) explica-a como uma capacidade a desenvolver que “(...) tem como finalidade última compreender o cliente e manifestar-lhe essa compreensão, para lhe permitir que ele evolua e se atualize, se for esse o seu desejo”. Trata-se de um mecanismo que permite trazer bem-estar e consolo à pessoa ao demonstrar-lhe que não está sozinha na sua dificuldade. Assim, munido dessa sensação de segurança, sabendo que tem um ponto de apoio constante representado pelo profissional, pode concentrar-se em encontrar a resposta que precisa para ultrapassar o obstáculo que se lhe depara (Lazure, 1994).

A forma de demonstrar essa compreensão empática envolve a utilização da comunicação tanto na sua forma verbal, como não-verbal. Chalifour (2008, p. 199) declara que “um simples piscar de olhos, um aceno de cabeça, um olhar, um sorriso de cumplicidade, uma mão sobre o ombro, constituem um conjunto de meios, muito simples, de significar ao outro que o compreende”. Destaca ainda algumas técnicas comunicacionais como a reiteração, a reformulação e a elucidação, como formas de tornar essa compreensão ainda mais explícita para o indivíduo, para além de o convidar a “ver” aspetos seus que dessa forma lhe são refletidos, ajudando-o no seu processo de tomada de consciência de si. Assim, Chalifour (2008) caracteriza a primeira como uma forma de realçar o conteúdo factual da mensagem da pessoa, quer resumindo o que foi dito, ou destacando o elemento dominante da mesma. No que se refere à segunda, o autor sublinha como já envolve o lado afetivo da mensagem que, quando percebido pelo interveniente e partilhado por este com o indivíduo, “(...) facilita-lhe o acesso a uma parte de si-mesmo, mais ou menos ignorada”, pela dificuldade que muitas vezes tem de identificar ou exprimir as emoções sentidas e “(...) ajuda-o a adquirir uma perceção mais completa da sua experiência e a perceber a energia que ela contém” (Chalifour, 2008, p. 158). Por fim a elucidação consiste no proporcionar ao indivíduo uma nova perspetiva do que vive, dar-lhe um novo ângulo. Neste sentido, Chalifour (2008, p. 160), citando Rogers & Kinget (1969) refere que “a elucidação visa salientar sentimentos, e atitudes que não emanam das palavras do sujeito mas que podem ser deduzidas, razoavelmente, da comunicação ou do seu contexto.”

Atendendo ao projeto aqui em causa, estes contributos teóricos constituíram-se uma importante base a partir da qual começar a construir este percurso de ir ao encontro da família em dificuldade, mas também de ir ao encontro de mim enquanto pessoa e profissional. Neste sentido, foram o ponto de partida para o desenvolver de competências essenciais ao EEESMP no âmbito do estabelecer da relação terapêutica e do desenvolvimento do auto-conhecimento.

3. A EXPERIÊNCIA EM CONTEXTO PRÁTICO

Neste ponto pretendo dar conta dos aspetos que destaco deste tempo em situação, face aos objetivos delineados no projeto, e como me permitiram começar a desenvolver as competências do EEESMP previstas pela OE e de mestre em Enfermagem. Neste sentido, para além das atividades já definidas no papel, foi-me possível desenvolver outras que surgiram como novas oportunidades de aprendizagem. Estas partiram de propostas acordadas com as EEESMP que me orientaram nos contextos de estágio, inicialmente em ambiente hospitalar e posteriormente na comunidade, no sentido de me ser possível experienciar o cuidar da pessoa com perturbação mental e suas famílias (Apêndice 2).

3.1 O Projeto em Ação – A Experiência em Contexto Hospitalar

Considerando a minha inexperiência na área de SMP, no delinear do projeto, verificou-se ser imprescindível o entender os cuidados em contexto da situação aguda, pelo que a minha passagem por um internamento com estas características como primeiro local de estágio pareceu o passo mais lógico. Assim, tal como previsto no cronograma (Apêndice 3), iniciei o período prático num internamento de SMP de um hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) de 26 de Setembro a 11 de Novembro de 2016.

3.1.1 Internamento Hospitalar – Suas Características

A Unidade tem uma lotação de 25 utentes. É composta por quartos com duas/três camas, ladeando o corredor e, para além destes, há um quarto individual que adquire as funções de isolamento quando necessário, apesar de não apresentar outras características especiais para tal. Acrescendo às áreas de trabalho essenciais a qualquer serviço hospitalar, aqui existe também uma sala de televisão e de fumo, onde os utentes passam a maior parte do seu tempo diário. Há também o refeitório onde, para além das refeições, recebe as visitas quem não tem ainda condições de o fazer no *hall* exterior ao serviço ou no jardim. O horário de visitas decorre da parte da tarde por um período diário de duas horas, ao qual se junta um período de 90 minutos da parte de manhã ao fim-de-semana. Este é também um momento de avaliação da interação do utente com a família, pelo que se procura que esteja presente na sala um enfermeiro. Não havendo ainda estabelecida uma intervenção

dirigida aos familiares dos utentes internados, é durante o período de visita que se estabelece algum contacto com as famílias e se proporcionam também esclarecimentos àquelas que o solicitam.

A equipa multidisciplinar comporta psiquiatras, enfermeiros, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social e assistente técnica, estando em falta um terapeuta ocupacional, apesar de haver um espaço equipado onde este elemento poderia desenvolver algumas das suas intervenções. Neste sentido, as intervenções de âmbito psicoterapêutico que são desenvolvidas junto dos utentes são levadas a cabo pela equipa de enfermagem, a qual é composta maioritariamente por EEESMP. Existem atividades já definidas para dias específicos, nomeadamente o Grupo Psicoeducativo, cujas sessões seguem um programa de saúde e bem-estar definido na unidade, e que decorre duas vezes por semana da parte da manhã; a Reunião Comunitária, que decorre semanalmente e onde os utentes são estimulados a partilhar as suas opiniões e sugestões para a melhoria do dia-a-dia do internamento. Para além destes, há também dois momentos diários em que os utentes podem sair da unidade: antes do almoço, na ida ao exterior, acompanhados por pelo menos dois enfermeiros, onde por vezes são desenvolvidas atividades de relaxamento e bem-estar ao ar livre, e após o almoço em que, quem o desejar, pode beber um café no *hall* de entrada do serviço.

3.1.2 O Primeiro Contacto Com os Utes: Uma Lição de Autoconhecimento

O primeiro contacto com os utentes levantou-me dificuldades, por não saber como dar esse primeiro passo sem os mediadores que me são familiares. Tal motivou um momento de orientação, que traduzo no excerto da reflexão que realizei:

Tinha-me dado conta que as interações realizadas até então com os utentes haviam ocorrido no corredor, na sala de refeições e da passagem de turno, no jardim, sob a forma de breves contactos superficiais. Questionei, então, a Orientadora Clínica (OC) se, estando os utentes reunidos no quarto, na sala onde habitualmente fumam ou então na sala de televisão, espaços onde conversam e se distraem, não seria considerado intrusivo da minha parte ir até lá para interagir um pouco com quem lá estivesse para os conhecer melhor. A esta dúvida a OC referiu que talvez fosse melhor eu ponderar se não seria eu que, numa situação semelhante, veria essa ação como intrusiva e pensar no porquê de tal acontecer.

Recordo-me que quando ouvi esta resposta deu-me vontade de rir, como se tivesse encontrado a resposta que andava à procura há muito tempo. E o pensamento que me passou pela cabeça naquele momento foi “É óbvio!! Como é que nunca pensaste nisso antes?!”. Aquelas palavras fizeram-me entender, de forma absolutamente clara, que o impedimento para me dirigir aos utentes, quando se encontram naqueles espaços, parte de mim. É totalmente verdade que, pela minha maneira de ser mais reservada, não iria aceitar muito bem a presença de alguém que me fosse quase estranho a tentar iniciar uma conversa e é certo que entenderia essa aproximação como uma intrusão, uma invasão “da minha bolha”. Neste sentido, vejo que acabei por projetar estes aspetos que são meus no outro – os utentes.”

Esta situação permitiu-me um melhor entendimento das minhas próprias barreiras, num trabalho de autoconhecimento que se afigura como essencial ao enfermeiro tal como referido por Rispaill (2002, p. 2) ao apontar que “(...) o trabalho sobre si próprio é fundamental para um (...) profissional de saúde” e que

o cuidador deve pois melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que presta.

3.1.3 Atividades Desenvolvidas - Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo

As intervenções de cariz psicoterapêutico que realizei, representaram os primeiros passos no que é “ser enfermeira” nesta realidade hospitalar, permitindo-me “experimentar” a enfermagem numa área onde as ações técnicas, presentes no meu dia-a-dia, deixam de ser o mediador e são relegadas para segundo plano; onde o “ser” e o “estar” assumem o papel principal no chegar ao outro e em lhe trazer benefício. Cumulativamente, assisti a intervenções grupais já instituídas no serviço, numa posição de observadora onde me apercebi da atitude de valorização da EEESMP de cada participação, o espaço/tempo dado a cada resposta, a contenção assertiva das interrupções sem deixar perder o contributo a ser dado e vi como estes momentos de interação são essenciais na avaliação do estado mental dos utentes.

As atividades que realizei, sob a supervisão da OC, com quem foram inicialmente discutidas e aferidas no que diz respeito à sua pertinência para o projeto e aos seus objetivos terapêuticos junto dos utentes, não integraram um programa

estruturado; acabaram por enquadrar metas terapêuticas pontuais face ao exercício proposto. Neste sentido, as quatro intervenções que delineei, e com as quais experimentei a sua dinamização em contexto de grupo, remeteram maioritariamente para a resposta ao primeiro objetivo do projeto. Serão apresentadas de seguida, tendo remetido todo o planeamento realizado previamente e a tabela da avaliação posterior para o capítulo dos apêndices.

‡ **Intervenção: “Internamento... Teia de receios...”**

↳ **Tipo de Intervenção e seus Objetivos**

Intervenção de âmbito psicoterapêutico em grupo mediada pelo recurso à palavra (Apêndice 4) com os seguintes objetivos:

- Promover a auto-consciência e a crítica para as alterações psicopatológicas que experienciam
- Promover a expressão emocional, procurando fomentar o reconhecimento de emoções e sentimentos face ao internamento
- Promover a interação social, fomentando a partilha de experiências intergrupo.

↳ **Dinâmica da Intervenção**

Preparar a sala com cadeiras em círculo (para permitir que todos se visualizem), com uma folha de papel e uma caneta para cada participante. Pedir que todos pensem no internamento e que escrevam na folha de papel uma situação a ele associada que traduza algo de negativo. Com o novelo de lã, e sem largar o fio, começa o dinamizador por falar do que menos gosta no internamento, passando-o de seguida a outro participante aleatoriamente, dando-lhe assim a palavra. Tendo todos os utentes participado, e estando a teia já formada, pedir que considerem um aspeto positivo do internamento, escrevendo-o na folha de papel. Novamente inicia o dinamizador e, quando termina a sua participação, larga o fio e passa a palavra ao próximo utente, pela ordem anteriormente seguida. Pretende-se encontrar pontos em comum, destacando como não estão sós na sua dificuldade, valorizando também os aspetos positivos partilhados. No final proceder a uma avaliação da atividade, pedindo que escrevam como se sentiram durante a atividade realizada, o ganho que lhes trouxe e que o escrevam na folha, numa palavra ou frase.

↳ Avaliação da Intervenção

Foi realizada num turno da tarde, após o jantar, tendo tido lugar na Sala de Terapia Ocupacional e contou com a presença da OC e de sete utentes. Sentia-me ansiosa face à sua dinamização, dado tratar-se de uma situação desconhecida para mim e um dos meus receios prendia-se com o não falhar em alguns aspetos já sublinhados pela OC, nomeadamente o transmitir aos utentes o respeito merecido pela sua partilha e exposição no grupo e, principalmente, o não deixar “esquecidas” as emoções negativas que ali fossem verbalizadas, pois isso poderia revelar que não os havia escutado. No entanto, notei haver na maioria dos participantes uma curiosidade para o que ía acontecer, logo que entraram na sala. Recordo ainda como me foi evidente o diferente modo como alguns dos utentes entraram e se sentaram, revelando logo ali, como mais tarde me apercebi, um pouco da sua forma de estar ao longo da intervenção. A este respeito posso destacar a participação do F. que, logo que se sentou de forma despreocupada, referiu que gostava daqueles momentos porque eram “*uma forma de passar o tempo*” (sic), no seu habitual discurso algo acelerado e com alguma inquietação motora – na altura sublinhei, de modo a esclarecer o fim terapêutico ali inerente, que era muito bom que ele gostasse daqueles momentos, mas que era importante notar que, mais que “*uma forma de passar o tempo*”, era essencial que retirasse dali algum sentido para si e para a sua vida. No decorrer da intervenção o F. manteve uma inquietação permanente, com interrupções frequentes à participação dos restantes intervenientes, apesar de ser sido várias vezes advertido pela OC para que respeitasse o momento de cada um. Dada a sua dificuldade em limitar a sua impulsividade, acabou por sair compulsivamente a pedido da OC. Nas suas várias interrupções percebi a minha dificuldade em limitar este tipo de comportamento disruptivo, o que se constitui como uma questão a aprimorar.

Houve um ambiente de grande disponibilidade na generalidade do grupo para a participação na atividade. Destaco aqui o contributo do E., habitualmente com embotamento afetivo, fraco contacto visual, no geral esquivo à abordagem direta e com diminuta interação social. Apontou algo ainda não mencionado ali – o auto e o hétero-estigma da doença mental: “*poderíamos sair em passeio mais vezes, a zonas mais resguardadas das outras pessoas... é que há uma coisa chamada estigma e eu não me sentiria bem em ser visto por alguém que eu conhecesse enquanto*

internado aqui... não me sinto bem em andar onde andam as outras pessoas porque, de certa forma, se estamos aqui, não pertencemos à vida lá fora” (sic). Por fim, saliento a participação do L. que destacou a forma como sente “desconforto” ao referir-se à permanente monitorização a que são sujeitos: “*somos constantemente vigiados, observados e analisados por todos*” (sic) – deixou-me constrangida, não só por também eu contribuir para essa sensação de desconforto, mas por ainda não ter considerado esse ponto de vista.

Esta atividade revelou a experiência dos utentes face à forma como vivenciam este período – com angústia, raiva, rancor, frustração, apreensão, ansiedade, dor, “sentir-se presa” e desconforto. Verifiquei também que a maioria dos presentes conseguiu encontrar uma perspetiva positiva para o internamento, ao verbalizarem a melhoria da sua interação social e o estabelecimento de laços de amizade. Valorizaram a partilha das dificuldades que ali emergiram e esta consciência permitiu fomentar um sentimento de inclusão, que se constitui como um ganho que os utentes verbalizaram como “bem-estar, promovido pela partilha de opiniões”. Referiram ainda “enriquecimento pessoal”, “estimulação cognitiva” e “ajuda na organização das ideias acerca do assunto” (Apêndice 5). Para além do referido trouxe-me, pessoalmente, uma tomada de consciência do meu papel de constante avaliadora e a forma como isso pode ser sentido pelo outro e tornou mais evidente a minha dificuldade em limitar alguns comportamentos – aspeto a trabalhar enquadrado no processo de auto-conhecimento, já abordado.

‡ ***Intervenção: “Um momento comigo mesmo...”***

Tipo de Intervenção e seus Objetivos

Intervenção de âmbito psicoterapêutico em grupo com recurso a técnica de relaxamento por imaginação guiada (Apêndice 6), com os seguintes objetivos:

- Promover um momento de bem-estar
- Promover uma estratégia para gestão emocional e redução tensional

Nos primeiros dias em estágio, percebi que o confronto com certas situações, nomeadamente o fazer cumprir de regras instituídas no serviço, era motivador de reações de tensão/frustração em alguns utentes. Assim, propus à OC a realização de uma atividade de relaxamento, questionando se seria adequado, naquele

contexto, uma intervenção com recurso à imaginação guiada. A ideia foi bem acolhida, mas fui alertada para o cuidado a prestar ao guião escolhido, pois poderia despertar reações emotivas não enquadradas nos objetivos terapêuticos definidos.

↳ **Dinâmica da Intervenção**

Preparar a sala com tapetes onde todos se possam deitar, embora se comece por pedir que se descalcem e se sentem confortavelmente. Pedir que pensem numa situação do dia-a-dia e numa emoção a ela associada, assim como na forma como esta se manifesta fisicamente. Começa o dinamizador por ter a palavra, que passará a outro utente aleatoriamente, usando um peluche como mediador. Sintetizar posteriormente os contributos dados, destacando os estados de tensão e de relaxamento verbalizados, bem como as diferenças por eles causados em termos de manifestações físicas. Pedir que todos se deitem confortavelmente e apagar as luzes, mantendo apenas um candeeiro para ler o guião (Apêndice 7) num tom pausado e tranquilizador. Explicar que devem fechar os olhos e deixar-se envolver pela música e pela voz, dado que o que se pretende é que tenham um momento de relaxamento. No final, já com todos sentados e recorrendo novamente ao peluche como mediador da palavra, pedir que partilhem como se sentiram durante o exercício e o que ganharam com o mesmo, sintetizando depois os contributos.

↳ **Avaliação da Intervenção**

Esta atividade teve lugar na Sala de Terapia Ocupacional e contou com a presença da OC e de sete utentes que, na generalidade se mostraram disponíveis para participar. Não sei se influenciados pela minha própria intervenção, a maior parte dos participantes remeteram-se para situações diárias promotoras de emoções de carácter positivo. O P. – que começou por se desculpar por se sentir mais confortável em dirigir o seu discurso não ao grupo, mas sim ao peluche, sendo coerente com a sua personalidade e motivo de internamento – foi o único participante que verbalizou desconforto; reportou-se à sua intolerância atual face aos outros em certas ocasiões, nomeadamente em conflitos entre utentes ou destes com os profissionais de saúde, e que só não se isolava mais por ser um fumador compulsivo. Para esclarecer melhor o sentido que atribuía à palavra “intolerância”, questionei se poderia ser entendida como “irritabilidade”, tendo o P. referindo que se adequava perfeitamente. Posso ainda destacar a participação do J. que, já tenso e

inquieta logo no início da atividade, manteve-se agitado e com movimentos bruscos frequentes, evidenciando dificuldade em entrar em todo o ambiente de tranquilidade interna que se procurava proporcionar. Num momento posterior à intervenção, ao discutir com a OC este comportamento, concluímos que ainda não estaria preparado para participar neste tipo de atividade. Na verdade, ao longo das pesquisas realizadas na procura de um guião, acabei por não me aperceber de um aspeto que, só mais tarde, na tentativa de completar os dados teóricos relativos a esta questão, encontrei nos trabalhos de Payne (2003) e que se prende com a aplicabilidade desta técnica específica. Esta autora sublinha que o relaxamento é caracterizado “(...) por uma dimensão mental e outra física” (Payne, 2003, p. 3) e cita Ryman dizendo tratar-se de “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. Refere ainda que a ideação encontra no relaxamento um dos seus efeitos terapêuticos, tendo sido aqui a minha base para propor esta atividade, para trazer um momento de bem-estar aos utentes. No entanto, Payne (2003, p. 184) acaba por apontar também a sua inadequação “(...) para pessoas com perturbações mentais graves”, já que “as imagens mentais são particularmente desaconselhadas para quem tem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia e para aqueles que sofrem de alucinações”. Assim, considerando o motivo de internamento do J., e por apresentar um pensamento pautado por ideias delirantes de cariz persecutório, fica justificada a sua dificuldade nesta atividade.

No geral, os participantes, verbalizaram ter conseguido atingir o que era pretendido – tranquilidade e uma sensação de bem-estar (Apêndice 8), traduzidas nos testemunhos do R. e do P.. O primeiro, que recorde ter mostrado pouca motivação para ali estar, terminou a intervenção evidenciando um ar de grande contentamento, sorrindo abertamente. Quando chegou a sua vez de partilhar disse: *“Quando me foram chamar para vir, eu não me apetecia nada e só pensei «mas o que é que estes malucos querem agora?!». Agora... até pode parecer exagero... mas foi uma das melhores experiências da minha vida... foi só deixar-me levar... Podemos fazer isto todos os dias?”* (sic). Já o P., referiu o seu agrado pela intervenção realizada; acrescentou já ter feito este tipo de atividades anteriormente, mas que *“esta foi uma das sessões mais bonitas que já ouvi”* (sic) e que tinha sido fácil fazer a viagem proposta e que conseguia ver esta como estratégia a utilizar nos tais momentos de irritabilidade que falou inicialmente.

Pessoalmente, com esta intervenção percebi a importância da avaliação prévia das situações para que o momento seja terapêutico para todo o grupo participante – deveria ter-me apercebido das dificuldades ainda evidenciados pelo J., protelando a sua presença num exercício deste tipo. Trouxe-me ainda, por um lado, a alegria de proporcionar um momento de tranquilidade, conforme alguns participantes verbalizaram, mas também a apreensão de ver a M.B. sair a chorar acompanhada pela OC, sem que eu o pudesse fazer dado estar a dar continuidade à fase da partilha. Essa apreensão, no entanto, limitou a minha disponibilidade para o “aqui e agora” daquele momento. Posteriormente a OC referiu-me que a emoção da M.B. havia sido motivada pela boa experiência que lhe tinha proporcionado: durante a sessão tinha-se lembrado de Jesus e da gratidão que sentia para com Ele, desbloqueando as emoções. Acabei por verbalizar a minha dificuldade, o que motivou mais um momento de reflexão proposto pela OC: para eu considerar o que é que era tão difícil para mim no ver o sofrimento do outro.

🔗 **Intervenções: “Eu... na Família” e “Eu... Para a Família”**

🔗 **Tipo de Intervenção e seus Objetivos**

Intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo mediadas pela arte (Apêndices 9 e 10), com os seguintes objetivos:

- Promover a auto-consciência
- Promover a expressão emocional
- Promover a interação social

Já em ligação ao ponto central do projeto, pareceu-me importante abordar a forma como a pessoa com perturbação mental entende o espaço que ocupa no seio da família e à forma como vê e sente ser visto pelos restantes elementos da mesma, pela influência que tal pode ter nas relações interfamiliares.

O mediador foi escolhido por razões de ordem teórica e por gosto pessoal. No âmbito teórico, o recurso à arte está já amplamente documentado, apesar de a maioria dos estudos sublinhar a dificuldade em comprovar a sua eficácia, pela limitada evidência empírica existente que torne inegáveis os seus benefícios – motivada pelas pequenas populações estudadas e pelas características pessoais dos indivíduos, que podem funcionar como variáveis influenciadoras dos resultados

(Mirabella, 2015). No entanto, o que se verifica é que a literatura descreve vários pontos positivos da sua utilização, recorrentes em várias pesquisas. Especificamente na área da SMP, a terapia mediada pela arte surge como uma forma de promover o *recovery* da pessoa, sendo descrita como benéfica no processo de tratamento de perturbações como a esquizofrenia e também nas perturbação da personalidade, psicossomáticas e de *stress* pós-traumático (Mirabella, 2015; Haeyen, van Hooren & Hutschemaekers, 2015) – fomenta a melhoria/manutenção da saúde mental e do bem-estar emocional, utilizando uma panóplia de atividades ligadas à arte visual como a pintura, o desenho, a fotografia e o drama (Haeyen et al, 2015), entre outras. Tais contributos mais latos da terapia pela arte permitem desenvolver um trabalho que passa por objetivos mais específicos. Estes, sugeridos por Mirabella (2015) e Hayden et al (2015), reportam-se à promoção da auto-estima, maioritariamente afetada por sentimentos de auto-estigmatização e depreciação, limitativos do processo de *recovery* (Papagiannaki, 2016); à promoção da auto-descoberta, traduzida pela construção de uma auto-consciência crítica nascida da exploração do pensamento refletido em conjunto com as emoções a ele associadas (Van Lith (2015), citando Engle (1997); Franks & Whitaker (2007)); à promoção da gestão e expressão emocional, proporcionado um espaço/tempo em que a pessoa pode “(...) examinar sentimentos sem palavras, pré-verbalmente e muitas vezes menos conscientemente”, num processo de regulação emocional que “(...) envolve a modificação da emoção depois de ser sentida” (Hayden et al, 2015. p. 2 e 5) e, por fim, à promoção da interação social, traduzida no recurso a esta metodologia em ambiente grupal, levando a pessoa a relacionar-se com outras num ambiente seguro, “(...) contribuindo para um sentimento de ser valorizado, para o desenvolvimento de relações interpessoais e para o aumento das redes sociais” (Van Lith, Schofield & Fenner (2013, p. 1310)).

↳ Dinâmica das Intervenções

Ambas as atividades seguiram moldes semelhantes. Assim, primeiro preparar a sala com mesas e cadeiras dispostas de modo a que todos pudessem ver-se. Na fase de aquecimento da primeira intervenção, fornecer a cada participante um balão e caneta devendo escrever, numa palavra, o que é que a família representa para si e a forma como se sente dentro desse grupo, acerca da qual falarão de seguida, à vez; na segunda atividade colocar uma folha e uma caneta para cada utente, onde

devem escrever, numa palavra, como é sentem serem vistos no seu grupo familiar, usando depois um balão como mediador para passar a palavra no grupo. Posteriormente entregar uma folha A4 giz colorido, e um pequeno recipiente com um pouco de leite a cada um e pedir que desenhem na folha algo alusivo ao aspeto sobre o qual falaram anteriormente, usando o giz ligeiramente húmido com leite. Para criar um ambiente de tranquilidade colocar música suave. Terminadas as criações proporcionar um momento para que cada um fale um pouco sobre as mesmas, colocando por palavras as emoções/sentimentos que nelas representaram.

↳ **Avaliação da Intervenção**

Ambas as atividades foram realizadas em turnos da manhã e contaram com a presença de OC; a primeira teve lugar na Sala de Terapia Ocupacional e nela participaram oito utentes, já a segunda decorreu no Refeitório e nela participaram sete utentes, estando igualmente presentes a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Coordenadora do Internamento.

A primeira destas que realizei representou para mim uma lição acerca da importância que deve ser atribuída ao planeamento. Ao longo dos momentos de orientação com a OC, por diversas vezes me foi sublinhada a questão do simbolismo associado a palavras e ações e como é importante que o EEESMP consiga ver para além do que está à vista para entender o verdadeiro significado das mesmas, o que entendo como parte de todo o processo de escuta ativa, apontando como se trata de algo também a ter em atenção durante as intervenções que prepara. De modo a que eu entendesse o que me estava a ser dito, logo na atividade “Teia de Receios” a OC destacou a importância de o soltar do fio não ser uma ação oca, havendo sempre a necessidade de atribuir um valor, um significado ao verbalizado pelos utentes. Assim, quando na intervenção “Eu... na Família” tomei consciência da minha falta de planeamento de onde colocar os balões na fase de aquecimento, percebi que fiquei demasiado “presa” à frustração que senti a partir daquele momento e acabei por não estar verdadeiramente “presente” para os participantes, pelo que tive dificuldade em dar coerência à fase final da atividade.

Inicialmente na generalidade pouco recetivos à ideia de recorrer à arte como forma de expressão na primeira atividade, com afirmações como “*pintar não é a minha praia*” (sic) ou “*não gosto nada de desenhar*” (sic), notei que houve uma

alteração de opinião dos utentes após a realização da mesma e acabaram por se mostrar mais à vontade com esse mediador aquando da segunda intervenção. Das suas participações se, por um lado surgiram maioritariamente sentimentos/emoções de uma vertente positiva relativos à família, e à forma como se sentem integrados nela, na primeira atividade (sendo vista como “fonte de força” e “o que preenche e dá sentido” (Apêndice 11), na segunda, em que se pretendia abordar a forma como entendiam ser o seu espaço no grupo familiar e a forma como eram vistos pelos familiares, o N. referiu como a sua família o via como “*irresponsável... preguiçoso*” (sic). O P. procurou esclarecer se era como “*irresponsável ou como doente?*” (sic), tendo o N. dito que talvez fosse como “doente”. No seguimento deste diálogo veio um momento de silêncio de todo o grupo que, a meu ver, foi significativo pela possibilidade de reflexão que permitiu aos participantes (Apêndice 12). Foi, no entanto, interrompido pelo L. que já havia sido várias vezes contido no seu comportamento intrusivo pela Enfermeira Coordenadora, para respeitar o espaço dos outros participantes.

Um outro momento de silêncio voltou a acontecer na Intervenção “Eu... para a Família” aquando da participação da A., que referiu ser “*uma desilusão para os filhos*” (sic), pautada por uma ambiguidade de vontades em partilhar (um “não querer, mas afinal já quer”) e por uma narrativa emocionada sobre as dificuldades e os vários lutos pelos quais passou que, só *a posteriori*, enquadrei no seu motivo de internamento – perturbação de personalidade. Mesmo percebendo como se estava a desviar do assunto em questão e a expor-se demasiado no grupo, não encontrei o momento oportuno para lhe cortar a palavra. Deveria tê-lo feito? Onde, ao longo da sua narrativa, terei perdido essa oportunidade? Na verdade, durante a atividade acabei por não considerar a questão diagnóstica, apenas vi alguém em sofrimento por lutos importantes, a meu ver ainda não resolvidos e com necessidade de os abordar, o que foi confirmado pela A. durante o seu discurso ao referir “*tenho que deitar tudo cá para fora*” (sic). Durante toda a sua narrativa o grupo ouviu com atenção o que contava, mesmo os participantes habitualmente com comportamento mais exacerbado. No final da sua participação, o P. verbalizou como, por vezes, as forças interiores de cada um não são suficientes para que se consiga sair das situações e nesse caso é preciso confiar nos outros, nos sítios onde se está e na

medicação que se está a fazer para conseguir superar os momentos mais difíceis, dando voz ao que entendi ser o reforço e o suporte que emerge do meio grupal.

Mesmo envolvendo a parte criativa com a qual nem todos se sentiram inicialmente confortáveis, como já referi, a primeira atividade acabou por ser um momento que lhes trouxe benefícios que relataram como “bem-estar”, “tranquilidade”, “compreensão”. Neste sentido deixo aqui o testemunho do R. que referiu *“quando me foram chamar para participar, eu até nem queria vir... acabei por falar da minha família e acabei por ver tudo o que eu quero neste momento... e acrescentei algo à minha vida”* (sic). Dela emergiu uma visão maioritariamente positiva da família sendo um aspeto importante no processo de *recovery*, pela rede de apoio que configura. Por outro lado, com uma conotação mais negativa, na segunda intervenção emergiram conceitos coincidentes com os que surgem com frequência na literatura como sendo a visão das famílias face à pessoa com perturbação mental, nomeadamente, “preguiçoso”, “irresponsável”.

Pessoalmente estas atividades motivaram pontos de reflexão, suscitados pela participação da A. Assim, ao falar com a OC acerca das questões que me coloquei e que já referi acima, entendi que, no que respeita a momentos oportunos, estes não são propriamente aprendidos – são principalmente “sentidos”, sentir esse que nasce da experiência. Na verdade, apesar da minha experiência nesta área ser ainda limitada, naquele momento o que senti é que estava a ser importante para a senhora abordar todas as dificuldades que acabou por narrar. Para além disso, avaliando o episódio, e dado que os lutos são também uma temática que me causa alguma dificuldade, percebi que o meu esquecimento em situação, face ao diagnóstico da senhora, poderá ter emergido de um fenómeno de contratransferência ao identificar-me demasiado com o assunto que acabou por abordar (Townsend, 2011), impedindo-me de estabelecer uma relação de ajuda efetiva.

3.1.4 A Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico Individual – Construindo a Relação Terapêutica com a Sra. M.B.

Em contexto de internamento, foi-me possível acompanhar a Sra. M.B. no sentido de proporcionar o estabelecer de um contacto mais dual fomentador da relação terapêutica. Foi-me também possível contactar com a sua família, o que me proporcionou alguns contributos para a questão fundamental do projeto.

Tratava-se de uma senhora de 72 anos, casada, internada por episódio psicótico caracterizado por alterações do conteúdo do pensamento com delírios de cariz persecutório dirigidos ao marido e, por vezes, também ao genro (toda a família vive na mesma habitação). Mostrou-se sempre uma pessoa reservada, confinada maioritariamente ao quarto, à exceção da hora das refeições. Encontrei-a, em todos os momentos de contacto individuais, sentada na beira da cama, vestindo uma camisa de dormir e um robe, olhando em silêncio para o exterior através da janela. Estas entrevistas, traduzidas em sete momentos de contacto de 15 – 20 minutos, ocorreram ao longo de vários dias. Nelas, a par da experiência da construção da relação terapêutica, foi-me possível avaliar a evolução do estado mental da M.B., principalmente, no que respeita às alterações do pensamento. Acerca deste aspeto, a utente começou por evidenciar um total desagrado pela presença do marido, rejeitando-a por completo, culpando-o pelo internamento; gradualmente houve uma melhoria do seu quadro, com regressão da sintomatologia delirante, e conseqüente mudança de atitude face à vinda do senhor à visita, revelando-se mais aberta e disponível para a mesma, assim como para aceitar os itens que lhe trazia.

Em todas as entrevistas a Sra. M.B. demonstrou contentamento pelo facto de eu estar ali durante aqueles minutos a falar com ela. Por diversas vezes me disse, quando lhe perguntava como se sentia já no final da entrevista, que se sentia “*mais aliviada...*” (sic) e que “*... quando quiser conversar mais um bocadinho é só dizer*” (sic). Este foi um dos indícios da gradual construção de uma relação terapêutica com esta senhora. Outros se seguiram, como o referir que tinha pena que eu me fosse embora porque gostava de conversar comigo, e que até podia falar com outra enfermeira, mas que não seria a mesma coisa, quando lhe disse a data de término do meu estágio ali; ou o seu pedido de como gostaria que fosse eu a ajudá-la a colocar a fralda antes de dormir, para não estar preocupada com a questão da incontinência, da qual sofria, durante a noite. Todos estes aspetos despertaram em mim um entendimento que ainda não tinha da verdadeira essência da relação terapêutica – ver, escutar, compreender e tocar o outro (Satir, 1976).

Ao considerar os vários momentos de contacto que pude ter com esta senhora, pude ver em primeira mão como toda a atitude de disponibilidade – traduzida verbal e não verbalmente (na expressão corporal e facial, no olhar – tem aqui um papel preponderante no atingir desse patamar relacional. Sem essa percepção de “tempo

para estar”, e para efetivamente demonstrar à pessoa que ela é vista, que é importante e que as suas dificuldades são ouvidas e valorizadas, naquilo que se espera de todo o processo de escuta ativa, verifiquei que tal não será possível. Na verdade eu estava ali apenas para “ser e estar” com a M.B. e não tinha mais nada à minha espera durante aqueles minutos e, por isso, foi possível fazer a diferença junto dela, traduzida pelas suas próprias palavras. Toda esta experiência, me fez refletir sobre a minha capacidade de escuta ativa e na minha atividade relacional no meu contexto de trabalho. Entendi que a maioria das relações que estabeleço ali com os utentes fica muito aquém desta que consegui construir com a M.B. Fez-me perceber com tristeza, o abismo que separa, neste âmbito, esta realidade daquela em que desempenho funções, onde a premência de solicitações a outros níveis tornam rara este tipo de disponibilidade, fazendo-me questionar o tipo de relação terapêutica que efetivamente ali estabeleço. Fez-me entender a importância de que se reveste a introdução de “saúde mental” nas Unidades de Cuidados do foro físico.

3.1.5 As Entrevistas às Famílias em Contexto de Internamento

O contacto com as famílias ocorreu, primeiramente, no período de visitas, dado não haver uma intervenção programada de apoio aos familiares. Nesta altura, habitualmente, os enfermeiros do serviço prestam os esclarecimentos ou o apoio que os familiares solicitem. No meu período de permanência no estágio pude, em conjunto com a OC, ter breves momentos de contacto (10 – 15 minutos) com diferentes elementos do círculo familiar a meu pedido, explicando o meu propósito ali. As pessoas com quem falámos mostraram-se recetivas àquelas conversas, tendo sido possível marcar três entrevistas mais formais, (30 – 45 minutos). Estes familiares (um dos quais a experienciar o primeiro surto e internamento do filho), evidenciaram total disponibilidade para colaborar, entendendo também o benefício da sua participação no processo de recuperação do utente e do seu próprio esclarecimento de dúvidas face à situação. As entrevistas (Apêndice 13), conduzidas pela OC e onde pude também intervir, foram realizadas em turnos da tarde; uma decorreu na Sala de Reuniões e as restantes na Sala de Terapia Ocupacional – foi possível minimizar as interrupções exteriores e procurou-se criar um clima de disponibilidade, de apoio, de escuta da pessoa na sua dificuldade, ao colocar as cadeiras em círculo, abrindo espaço ao construir da relação. Procurou-se também fomentar a ligação da família à equipa.

Em todos estes contactos voltei a explicar a minha presença no internamento e o âmbito do meu projeto, agradecendo a colaboração que a pessoa me estava a dispensar. Após esta introdução, a OC conduziu as entrevistas com esporádicas intervenções da minha parte, por um lado procurando entender a experiência de convivência da pessoa com o seu familiar, e por outro esclarecendo as dúvidas que iam sendo colocadas. Pude perceber, neste momento de aprendizagem a “ver fazer” os vários passos da entrevista, apenas abordados teoricamente até então.

Os familiares entrevistados foram quatro: a irmã e a mãe do V.S., a mãe da D.R. e a mãe do D.H., sendo este o utente em fase de primeiro surto e primeiro internamento. Embora realizadas dentro dos mesmos moldes, foram entrevistas que adquiriram diferentes tonalidades, de entre um ponto de vista mais factual ou um mais emocional. Neste sentido, foi a irmã do VS que se mostrou mais pragmática e pouco recetiva a explorar a parte emocional de toda a situação. É verdade que demonstrou alguma preocupação no seu tom de voz e expressão facial, mas foi sempre salientando as questões práticas ali envolvidas, sendo um pouco evasiva nas suas respostas quando as perguntas eram dirigidas a uma abordagem mais expressiva. Entendi que esta “fuga” poderia ser a sua forma de melhor lidar com a situação, recorrendo à resolução de problemas para se conseguir “reorganizar” prevendo, eventualmente, que mais à frente teria um papel ainda mais ativo no cuidar do irmão, repartido agora com a mãe, que se emocionou ao verbalizar a sua preocupação face ao futuro do filho. No que diz respeito ao contacto com a mãe da D.R., todo o tom da sua narrativa evidenciou algum “cansaço”, numa postura de alguém que já experienciou a situação de recaída anteriormente. Relatou com tristeza como os períodos em que a D.R. começa a descompensar são promotores de uma grande instabilidade no ambiente familiar, que atribui à dificuldade que sente que o marido tem em aceitar a vulnerabilidade da filha. Evidenciou aqui a negação muitas vezes sentida pelos familiares e frequentemente abordada na literatura. Para além disso, referiu também como nunca sentiu que tivessem tido apoio por parte dos profissionais para fazer face às suas necessidades de apoio, nomeadamente no saber como lidar com a filha, verbalizando: “*Gostava que me dissessem como é que devo fazer quando ela está pior; devo contrariar... devo fazer o que ela quer? Eu não sei se estou a agir bem...*”(sic), o que se tornou o primeiro testemunho da importância do projeto aqui em questão, e de como os familiares se podem sentir

desamparados. Esta questão encontrou eco na narrativa da mãe do D.H. que, num tom revoltado e acusatório, verbalizou “*os primeiros profissionais de saúde mental que contactaram com ele nunca me chamaram, enquanto mãe, para me ajudarem a lidar com ele...!*” (sic). Durante esta entrevista senti que esta senhora, inicialmente com uma postura que me pareceu rígida, algo defensiva, encontrou ali o espaço de segurança e disponibilidade que necessitava e acabou por expor a sua própria vulnerabilidade num discurso emocionado, em que momentaneamente pareceu “esquecer-se” do filho e reportou-se apenas à sua própria história, com a qual parece encontrar justificação para o seu sentimento de culpa face à perturbação do filho. Foi um momento em que me apercebi da importância dos silêncios para dar o espaço e tempo necessário à pessoa para entrar em contacto com o que sente. Para além disso, posteriormente a OC apontou-me algo para o qual não estava desperta, nomeadamente o facto de todo o discurso e postura da mãe do D.H. ser marcado por uma elevada emoção expressa. Na pesquisa bibliográfica efetuada, compreendi que este conceito envolve questões relativas ao ambiente relacional familiar e tem sido trabalhada no âmbito de estudos dirigidos à compreensão do curso da perturbação – nomeadamente da esquizofrenia – e dos processos envolvidos nas recaídas, onde adquire uma grande relevância (Koutra, Triliva, Roumeliotaki, Basta, Simos, Lionis et al, 2015). Intimamente relacionada com a sobrecarga familiar e dos efeitos desta sobre o sistema familiar e na relação dos seus elementos com a pessoa com perturbação, a emoção expressa envolve várias dimensões, sendo os comentários críticos e a hostilidade dirigidos à pessoa (e não tanto aos seus comportamentos), assim como o sobre-envolvimento emocional, as mais destacadas na literatura da área, havendo ainda a referência ao calor afetivo e aos comentários positivos (Koutra et al, 2015; Guedes, 2008).

3.2 O Projeto em Ação – A Experiência em Contexto Comunitário

O estágio na Comunidade teve a duração de 11 semanas (14 de Novembro 2016 – 6 de Fevereiro de 2017), e decorreu numa Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria (ECSMP) da RSLVT. Aqui é desenvolvido um Grupo de Intervenção Psicoeducativa (GIP) para familiares da pessoa com perturbação mental grave, dinamizado anualmente pelas EEESMP, tendo sido este o principal motivo de escolha deste local para o período de prática clínica.

3.2.1 Contexto Comunitário – Suas Características

Nesta ECSMP atuam psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistente social, assistente técnica e segurança. Funciona em estreita coordenação com as estruturas de apoio da comunidade e com a instituição hospitalar à qual estão ligados, onde há uma reunião semanal da equipa. São três os elementos de enfermagem, dois dos quais são EEESMP com uma longa experiência na área. A intervenção junto dos utentes é realizada aproveitando os momentos de contacto para administração da terapêutica injetável – procuram estabelecer uma proximidade que permita a criação de uma relação terapêutica que evidencie a disponibilidade da ECSMP para lhes prestar apoio, o que também é extensível às famílias. Das atividades da equipa de enfermagem que envolvem o grupo familiar, para além do GIP (que segue um programa elaborado pelas EEESMP), existem também as visitas domiciliárias (VD) que são realizadas uma vez por semana.

No meu tempo de prática neste contexto, foi-me possível observar e participar nas entrevistas de preparação do GIP e em sessões do mesmo, assim como conduzir quatro entrevistas a familiares. Para além disso, dada a estreita relação da ECSMP com os recursos da comunidade, foi-me igualmente possível estar presente em sessões de dois GAM (Grupos de Ajuda Mútua), dinamizados por antigos elementos participantes do referido GIP. Estas atividades, assim como as duas VD que realizei em conjunto com a OC, visaram dar resposta ao segundo objetivo do projeto, pois possibilitaram um maior contacto com as famílias e as suas vivências.

3.2.2 Visitas Domiciliárias – Momentos de Contacto com a Sra. C.

Acompanhei a OC em duas VDs a uma utente, F., a quem foi diagnosticada uma esquizofrenia há cerca de 20 anos e com um longo seguimento pela ECSMP, em resposta a uma solicitação da mãe da utente, Sra. C., dado o agravamento da sua sintomatologia negativa, com consequentes alterações no ambiente e harmonia familiar. Estando em contexto domiciliário foi possível avaliar o grau de comprometimento das capacidades da F. no que se refere aos aspetos mais instrumentais relacionados com o seu autocuidado e dos ambientes em que se movimenta e que são comuns aos restantes habitantes da casa. Foram estas questões que, na primeira VD, a Sra. C. acabou por abordar no momento de contacto que pudemos ter, enquanto a OC intervinha junto da F. Relatou aspetos

referentes a questões de higiene e a comportamentos inadequados no cumprir das necessidades humanas básicas, verbalizando a dificuldade que representa o convívio com os mesmos, assim como o cansaço e o desânimo que sente face à ausência de qualquer modificação desse agir. Na segunda VD, tive a oportunidade de ter um momento de contacto mais prolongado com a Sr. C. Aqui pude recolher informação acerca dos seus planos para o futuro para garantir o acompanhamento da F. dado que era essa a sua preocupação principal – *“Como vai ser quando eu já cá não estiver?... A minha saúde também não anda bem e eu sei que não posso contar com as irmãs da F. nem com o filho dela... estão todos fartos!”* (sic).

Estes momentos de contacto representaram uma oportunidade de escutar a Sra. C na sua dificuldade em conviver com a F.. Foi possível compreender a disrupção que acontece no ambiente familiar motivada pela sintomatologia associada à perturbação e que, como tal, acaba por interferir na harmonia das relações familiares o que, como já referido anteriormente, se torna um obstáculo ao processo de recuperação da pessoa com perturbação. Para além disso, ficou destacado como as questões relativas ao futuro dos filhos se tornam centrais para os pais, ao ficar a par de todos os planos que a Sra. C referiu já ter iniciado no sentido de preparar o futuro da F.. Atendendo a todos estes aspetos verifiquei como as VDs se podem constituir como importantes formas de avaliação do ambiente familiar, incluindo ao nível relacional, e das necessidades de apoio ali existentes ao expor o contexto habitual de toda a família.

3.2.3 GIP e GAM – Dois Rostos do Apoio à Família

Para dar conta das aprendizagens realizadas neste âmbito, começo por referir alguns pontos do conhecimento já desenvolvido nesta área e que fazem a distinção destas duas abordagens.

A Experiência de Preparação do GIP

Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correia & Fadden (2006, p. 2) apontam a psicoeducação como “um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano (...)”. Para tal, segundo Magliano, Fiorillo, Fadden, Gair, Economou &

Kallert (2005), é essencial que lhes seja facultada a informação que, não só, capacite o seu entendimento da perturbação e do tratamento, mas que também lhes confira os conhecimentos necessários a uma melhoria dos padrões de comunicação dentro do núcleo familiar (o que tem um impacto significativo na redução da emoção expressa, que pode marcar o ambiente familiar e potenciar o risco de recaídas). Acrescendo a estes, referem ainda como objetivos das intervenções psicoeducativas para famílias, a melhoria das estratégias de *coping* usadas pelos familiares, assim como o seu envolvimento em atividades sociais fora do âmbito familiar. Atendendo ao predomínio da vertente educativa e pedagógica, trata-se de uma intervenção grupal que prevê a presença de profissionais de saúde, os quais se regem por um programa já delineado e com um término previsto.

Durante o meu tempo em contexto pude aperceber-me de algumas das características acima referidas. Assim, considerando a natureza informativa e fechada do GIP, entendi a necessidade de realização de entrevistas de seleção aos familiares dos utentes ali acompanhados. Estas eram caracterizadas por uma vertente mais formal de convocação, realizada maioritariamente através de contacto telefónico, onde se procedia a uma sumária apresentação da atividade grupal em questão, para enquadrar a deslocação que se solicitava da pessoa à EC SMP. Tinham como objetivo principal auscultar as necessidades de conhecimento dos entrevistados, no que se refere tanto à perturbação em si, como à terapêutica a ela dirigida, pelo que previam como guião um questionário já pré-elaborado (Anexo 1). Neste sentido, e não perdendo de vista o projeto que estava a desenvolver, onde “o sentir” face à situação adquire especial relevância, notei que este aspeto era igualmente contemplado no referido questionário. Era, no entanto, abordado sob o ponto de vista da sobrecarga familiar ou *caregiver burden*, que Martín-Carrasco et al (2016, p. 9), baseando-se nos trabalhos de Zarit, Reever & Bach-Peterson (1980) e de Grad & Sainsbury (1963), definem como “(...) *a negative psychological state experienced by informal caregivers produced by physical, psychological/emotional, social, economic difficulties derived from the care of patients*”.²¹ Assim, as EEESMP procuravam conhecer a perceção do familiar face à sobrecarga sentida e as formas usadas para a aliviar, bem como a rede social de apoio a que recorria. Entendi que, dado que um dos objetivos principais do GIP era munir as famílias de informação

²¹ “(...) um estado psicológico negativo experienciado por cuidadores informais produzido por dificuldades físicas, psicológicas/emocionais, sociais e económicas derivadas do cuidado aos pacientes.”

essencial à compreensão da perturbação e de formas de comunicar que permitissem uma melhor gestão do contacto diário, promotora de um ambiente de estabilidade familiar em tudo favorável à recuperação da pessoa com perturbação, era tendo esta perspetiva em mente que a questão da sobrecarga era abordada.

No total, foi-me possível estar presente e participar em sete entrevistas, onde pude observar a OC em interação e desenvolver a minha capacidade de escuta ativa. A minha participação nas mesmas, com o intuito de promover a expressão emocional, baseou-se no referido por Chalifour (2008, p. 60) de que “(...) é importante facilitar e encorajar a expressão de emoções, pois constituem uma das etapas que leva ao reconhecimento e à satisfação das necessidades”. No entanto, pude aperceber-me da dificuldade quase generalizada que as pessoas apresentaram em falar de emoções e verbalizar o seu sentir face à sua situação com o seu familiar, com quem lidam diariamente. Na verdade, verifiquei como facilmente a questão “*como se sente face a...?*” era remetida para um aspeto da sobrecarga objetiva ou para uma resposta verbal de âmbito “*eu penso que...*” e, como tal, mais racional, acompanhada de uma resposta não-verbal de alteração de posição corporal – cruzar os braços ou as pernas – diminuição do tom de voz, fuga do olhar, apenas para referir alguns exemplos. Num momento de orientação percebi que essa dificuldade poderia não só estar relacionada com a personalidade de cada pessoa, mas também ser motivada pela educação recebida, já que certas manifestações emocionais são reprimidas e pouco aceites socialmente ao longo do crescimento. Estes aspetos foram confirmados por Chalifour (2008, p. 66) ao referir que apesar de ser inata ao ser humano a capacidade de reconhecer e expressar todo um leque variado de emoções, esta é influenciada por fatores como “(...) a personalidade e os comportamentos aprendidos (...)”, bem como “(...) o ambiente social e cultural (...)”.

Nestas entrevistas, ressaltou novamente a preocupação com o futuro do familiar, já mencionada anteriormente, assim como a falta de apoio aos familiares na fase inicial do confronto com a perturbação mental, e que foi apontada pela irmã de um utente. Referiu o seu contentamento por finalmente ter havido um contacto dos serviços de saúde para a ajudar, sublinhando “*já lá vão 15 anos de experiência e tudo o que sei, aprendi sozinha*” (sic). Para além desta questão, percebi também a dificuldade que constitui para as famílias o lidar com os padrões comunicacionais desajustados/ausência comunicacional que se instalam no seio familiar, e com o

ambiente disruptivo que muitas vezes condicionam, promotor de um deteriorar das relações entre os seus elementos, conforme destacou a mãe de outro utente. Esta senhora referiu “*não é assunto que eu fale com o meu marido... sobre isto não há conversa... e era uma coisa que eu gostava que acontecesse*” (sic) e que “*a minha relação com a minha sogra degradou-se imenso por causa disto*” (sic), acrescentando a sua perceção de que ambos – marido e sogra – não aceitam a perturbação do filho. Pude perceber esta negação nas palavras de uma outra mãe que verbalizou “*Eu não acredito que ele tenha isso!*” (sic) ao referir-se ao diagnóstico de esquizofrenia do filho, constituindo-se, assim, como mais uma dificuldade familiar a reter, a qual dificulta sobremaneira todo o processo de tratamento, quer na sua vertente farmacológica, quer psico e socioterapêutica, uma vez que, se não é considerada a presença de um problema, não haverá disponibilidade para a aplicação de uma solução. Por fim, o isolamento social e a perda de tempo para si também foram recorrentes nas narrativas escutadas, onde a grande maioria dos familiares apontou uma rede de apoio reduzida e remetida a um pequeno círculo de pessoas junto de quem procura suporte, sendo também quase geral a referência a uma redução significativa das suas próprias atividades lúdicas e momentos de lazer – “*Com isto do T... tem-me prendido muito em casa...*” (sic) – com consequências na própria saúde mental dos familiares cuidadores (Apêndice 14).

As Narrativas das Famílias – As Entrevistas Que Conduzi

As quatro entrevistas que realizei tiveram como objetivo principal proporcionar um momento de escuta das dificuldades dos familiares e de reforçar junto destes a importância da participação no GIP, sublinhando os benefícios que poderiam retirar do mesmo. Em concomitância permitiram-me experimentar a condução de entrevistas, na medida em que, até então, apenas tinha tido um papel de observadora com esporádicas intervenções. Duas delas foram marcadas combinando pessoalmente com o familiar a data da mesma; as restantes foram marcadas mediante contacto telefónico, tratando-se de pessoas com quem eu já havia contactado anteriormente, mostrando-se todos muito disponíveis.

Não fiz uma preparação exaustiva das entrevistas, pois pretendia que decorresse da forma mais natural possível e tive receio que se transformasse em algo semelhante a um interrogatório; apenas programei a forma como iria organizar

o espaço e fiz um pequeno esquema dos pontos a abordar onde, para além de uma pequena introdução onde lhes recordava o meu papel ali na ECSMP e o âmbito do meu projeto, procurava perceber as suas dificuldades no convívio com o seu familiar, e o seu sentir face às mesmas, tanto no início de todo o processo, como na atualidade. Apontava posteriormente as questões que o GIP trabalharia e a forma como se poderia constituir uma fonte de apoio. Olhando agora para trás, vejo que a minha maior dificuldade na condução das entrevistas foi, efetivamente, a sua fase final e o cumprir do tempo de duração que havia estabelecido – tinha previsto uma duração de 30 a 40 minutos, mas apenas uma o cumpriu, as restantes prolongaram-se por cerca de uma hora. Novamente senti dificuldade em restringir a palavra dada à pessoa e encontrar o momento e a forma certa para colocar um término naquele momento de contacto (Apêndice 15).

Das quatro entrevistas destaco a do Sr. J.T., cuidador da esposa nos últimos dois anos, altura em que iniciou um quadro psicótico caracterizado maioritariamente por alucinações e delírios persecutórios. Vivem sós, mas são pais de quatro filhos. Inicialmente com uma postura algo rígida e demonstrando pouca abertura, quando mencionei que a minha preocupação era perceber as dificuldades das famílias para poder dirigir-lhes também algum apoio, acabou por revelar-se disponível para falar das suas dificuldades. Assim, pude perceber pela sua narrativa como o inesperado da situação se torna algo com o qual é difícil de conviver, condicionando de forma marcada a aceitação da mesma. Neste sentido referiu “*é uma situação muito difícil porque nos apanha... de repente... numa situação que a gente não está à espera... foi muito difícil para mim aceitar isto... nunca me passava pela cabeça que ela tinha um problema destes... foi difícil de aceitar... eu duvidava que isto fosse verdade*” (sic), o que já havia transparecido nas entrevistas realizadas com a OC. Pela sua narrativa percebi como o apoio dos pares se pode tornar uma estratégia importante no lidar com a questão, uma vez que referiu que foi através de conversas com pessoas conhecidas com situações semelhantes que se foi mentalizando para o problema, referindo também que acabou por procurar a ajuda dos filhos (e posteriormente da ECSMP, com quem atualmente conta frequentemente) quando os comportamentos começaram a ser mais desajustados. Para além disso, entendi que a racionalização das situações permite ajudar a lidar com a emoção a elas associada. Neste sentido, o Sr. J.T. acabou por relatar alguns episódios ocorridos

com a esposa, deixando transparecer, verbal e não verbalmente a emoção ali presente, referindo *“isto irrita... irrita... mas também a gente ferve cá dentro mas depois, passado um bocado, a gente começa a pensar que é mesmo assim”* (sic),

O Sr. J.T. foi, talvez, o familiar menos crente nos benefícios da participação no GIP referindo apenas ir a uma ou outra sessão. Na entrevista realizada pude perceber os motivos para tal ao referir que estava, atualmente, a participar compulsivamente num grupo devido a uma queixa realizada pela esposa por violência doméstica, ainda que, segundo o senhor, infundada. Na altura, expressando empatia face à sua situação e de que compreendia que se reportasse à sua experiência de intervenções grupais, destaquei as diferenças entre ambos os contextos – posso referir que, apesar da resistência verbalizada à participação no GIP, acabou por faltar apenas a uma das sessões propostas no decurso do mesmo.

Nesta entrevista, não só pude mais uma vez perceber como a perturbação mental é transformadora e exige uma reconstrução do percurso planeado, como também mais uma vez vi a importância de que se reveste a disponibilidade dispensada para escutar e a forma como apenas isso pode ser o suficiente para fazer diferença junto do outro. Assim, estes aspetos foram traduzidos pelo Sr. J.T. ao verbalizar, já no final da entrevista: *“eu não costumo falar com muita gente e acabou por ser bom para descarregar um bocadinho... mas é uma situação difícil de aceitar porque a gente olha para a pessoa e parece que ela está bem... chegada à idade da reforma não era isto que eu pensava para mim, pensava que estaria sossegado e que a minha vida estava feita e sou confrontado com um problema destes... mas foi tudo ao contrário e temos que encarar a realidade”* (sic).

O Decurso do GIP

O GIP decorreu em 12 sessões de 90 minutos cada, que tiveram lugar a cada duas semanas e, apesar de estarem selecionados 12 familiares, participaram habitualmente seis a oito participantes. Foram dinamizadas pelas EEESMP da ECSMP, havendo sessões onde se previa a participação de convidados, nomeadamente uma psiquiatra para explicar as questões associadas à psicopatologia e à terapêutica, assim como representantes de instituições de apoio da comunidade, para colocarem os familiares a par dos recursos existentes. Na primeira sessão tive um papel ativo ao dar a conhecer aos participantes os

resultados das entrevistas iniciais realizadas, compilando as opiniões dadas e revelando os pontos partilhados por todos; nas restantes sessões participei na preparação do espaço. No decorrer do GIP percebi muitos dos aspetos teóricos já referidos anteriormente, nomeadamente a sua natureza mais informativa e não tanto emotiva. Na verdade, para atingir o objetivo de dotar as famílias de estratégias para melhor lidar diariamente com a pessoa com perturbação mental e manter relações harmoniosas, as questões emocionais acabam por não ser muito estimuladas, até porque há todo um plano de sessão a cumprir e informação a ser transmitida. Esta reportou-se a temas como, por exemplo, o Modelo de Vulnerabilidade/Stress, Psicopatologia e Terapêutica e aspetos relativos à Comunicação.

O grupo, ainda que sempre incompleto, mostrou-se interessado e participativo nas sessões. As questões colocadas e a forma como procuravam esclarecer as suas dúvidas face a pontos mais concretos de cada nova temática, demonstraram-me como a família está também sedenta de conhecimento, de bases teóricas que lhes permitam encontrar fundamento para as estratégias que utilizam diariamente no convívio com o seu familiar, ou para modificá-las mediante a nova informação adquirida. Pude, então entender as palavras de uma mãe aquando da realização das entrevistas: *“quem está em casa não está preparado nem informado para nada”* (sic). Houve também um enriquecimento das sessões através da partilha de experiências ou episódios ilustrativos de alguma situação abordada, por parte dos vários elementos do grupo o que também promoveu a proximidade entre eles. Tal permitiu-me perceber o cumprir de mais um dos objetivos da intervenção ali em curso que é o combater o isolamento em que muitas destas famílias vão caindo, com a conseqüente redução da rede de apoio.

A Experiência de Observação dos GAM

O GAM, inserido numa abordagem de auto-ajuda (onde a liderança é assumida por um par dentro do grupo), incorpora metas de âmbito mais emocional/relacional, onde é fomentada uma coesão entre os seus elementos, nascida da “(...) vivência de um problema semelhante, e à margem do resto da sociedade que não sente aquele problema ou situação específica” (Guerra, Lima & Torres, 2014, p. 26 – 27). Assim, trata-se de um espaço que permite aos indivíduos “(...) falar sobre os seus medos e atenuar sentimentos de isolamento, ao mesmo tempo que recebem

conforto e aconselhamento de outros que passam por situações semelhantes” (Townsend, 2011, p. 169), conferindo-lhe características como “(...) a aceitação incondicional, a expressão de sentimentos autênticos e a segurança normalmente sentida dentro do grupo” (Guerra et al, p. 27).

Contrariamente ao GIP, os aspetos emocionais encontravam espaço aberto para serem expostos nos GAM que me foi permitido acompanhar – duas sessões em cada um deles. Estes, dinamizados por antigos participantes do GIP levado a cabo pela ECSMP, não incluíam a presença de profissionais de saúde, um programa ou término estabelecido, atuando em regime de grupo aberto para cumprir os objetivos da Associação que integram, nomeadamente o proporcionar uma melhor integração e qualidade de vida à pessoa com perturbação mental e sua família, dentro da comunidade. Os moderadores, pessoas proactivas que procuram manter-se informadas, participam com frequência em iniciativas que surgem no país e que abordem a temática da perturbação mental e das famílias e levam para os GAM as informações recolhidas, esclarecendo os restantes participantes no que respeita a questões mais práticas, formas de atuação em termos legais, direitos e deveres.

As sessões, com a duração de duas horas, decorriam ao primeiro ou último sábado de cada mês, dependendo do GAM em questão. O número de participantes era variável, dado o seu carácter aberto. Um dos GAM, a funcionar há mais tempo, era também aquele que apresentava um quórum maior, habitualmente de cerca de 12 a 18 pessoas; o outro com menos tempo de atividade contava habitualmente com 7 a 10 pessoas, dispostas em círculo. Sempre que chegava um participante pela primeira vez (recomendado por alguma instituição de saúde, recurso da comunidade ou por outro familiar participante), todos os elementos do grupo se apresentavam e falavam do motivo da sua presença ali, num processo de acolhimento à pessoa, a quem também eram explicadas as regras do grupo, das quais se destaca a confidencialidade. As sessões tinham início com a leitura da ata da reunião anterior e a ordem de trabalhos surgia das questões ou dificuldades expressas pelos participantes presentes, as quais encontravam uma possível resposta ou apoio nascidos da experiência vivida pelos restantes membros presentes. Era com relativa frequência que se tornava um espaço catártico para expor emoções e sentimentos face às situações vividas com os seus familiares com perturbação mental, denotando o clima de segurança e coesão que ali se estabelecia, tal como já referi –

nas narrativas dos participantes surgiram emoções como raiva, zanga, mágoa, tristeza, revolta, frustração, irritação, angústia, assim como um sentimento de impotência, culpa e cansaço. Para além de usarem aquele espaço e aquele tempo como privilegiado para desabafar e encontrar validação entre pares para as dificuldades sentidas, percebi também que muitos dos relatos ali realizados, na maior parte das vezes num discurso emocionado, traduziam pedidos de ajuda em questões práticas no sentido de aprender com a experiência do outro, numa lógica de “*eu fiz assim e não resultou... como é que fez ou faria na mesma situação?*”. Por fim, posso ainda referir que, nos GAM, pude contactar com familiares em diferentes fases desse seu percurso. Neste sentido, permitiu-me perceber que o alcançar de um elevado patamar do processo reconstrutivo é acompanhado por uma atitude não culpabilizante, de aceitação, de serenidade, de abertura e de algum humor face ao que vivem no dia-a-dia (Apêndice 16).

Atendendo à visão privilegiada que me foi dada ao longo deste período de estágio, no que respeita ao processo de formação e decurso de um grupo e de observação do funcionamento de outro, e considerando as questões teóricas destacadas, entendo que se tratam de abordagens do apoio aos familiares que se complementam, capacitando a família para ser o suporte da pessoa com perturbação mental, sem perder ela própria a sua capacidade de se manter sã.

3.3 O Apoio à Família – O Que é que a Família Precisa?

No contacto com as famílias pude perceber algumas das suas necessidades quando confrontadas com o inesperado diagnóstico de uma perturbação mental num dos seus elementos. Como testemunho desse impacto, deixo aqui o relato de duas mães participantes dos GAM, ilustrativa do seu sentir nessa fase:

- “... *costumo definir aquilo que senti como um murro muito grande no estômago... nunca me deram um murro no estômago, mas eu acho que deve ser tão violento como aquilo que senti... era uma situação nova... o desconhecido está associado ao medo... mas todos nós, a princípio, temos dificuldade em aceitar a doença quando ela se apresenta... aos poucos vamos fazendo o nosso trabalho sem tomarmos consciência... começamos a fazer coisas para sobrevivermos, para não nos afundarmos, até porque há alguém para cuidar... e o instinto de cuidar é um dos instintos primários, tal como é o de sobrevivência*” (sic – Sra. H).

- “O diagnóstico foi a fase pior... foi difícil chegar à doença dele... continuo a achar que esse primeiro ano foi muito mal encaminhado pelos médicos, para já porque ele recusava-se a que soubéssemos o que é que ele tinha... eles não falavam connosco e nós tratávamo-lo como se ele fosse preguiçoso... mas não nos diziam nada!... Tínhamos um filho com uma infância e uma vida boa, um emprego espetacular, um currículo ótimo e depois não é isto que se está à espera... leva-se assim um abanão, não é?... Não se vai pensar que o nosso filho tem uma doença mental!??... Não estávamos informados, porque achamos que estas coisas nunca acontecem a nós e ainda encontrei muitas barreiras para saber o que ele tinha... ainda hoje tenho o sentimento que, se tivesse sido informada, conseguiria ajudar o meu filho de maneira diferente... ninguém me dizia nada do que é que se passava... eu achava que ele não queria trabalhar!” (sic – Sra. L.).

Pelas experiências vividas em ambos os contextos, entendi que a negação é algo que inevitavelmente surge nesta fase, na medida em que, segundo Kübler Ross (1996, p. 52) ela “(...) funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes (...)” e que não fazem sentido, no momento, no quadro interno das famílias. O fazer-se presente, revelando empatia pela sua dificuldade e disponibilidade para escutar serão importantes ações a desenvolver pelo EEESMP que, pela relação terapêutica que estabelece, constitui-se como uma fonte de suporte que valida essas dificuldades e fomenta um sentimento de “não estar só”. Considerando o quadro emocional que acompanha toda esta fase, já referidos acima, torna-se também importante desenvolver a capacidade de escuta para poder promover a expressão emocional dos familiares e a consciencialização das emoções vividas, já que tal facilitará também a tomada de consciência das necessidades que têm e a procura de resposta às mesmas. Entendi também que a família precisa de apoio para saber como lidar com o seu familiar incluindo-se aqui o adquirir de informação especializada não só na área psicopatológica e de terapêutica, mas também comunicacional, que os oriente nesse sentido. Trata-se de um ponto onde o EEESMP pode ter um papel preponderante, numa vertente mais psicoeducativa, apoio esse que pode ser levado a cabo em contexto individual ou grupal. Todos estes aspetos são, a meu ver, fundamentais para a tão necessária “reconciliação” dos familiares com a nova realidade, na qual assentarão as fundações do processo de *recovery*, no qual reconheço pontos comuns entre a LVM e a perturbação mental.

4. CONCLUSÃO

Neste que é o ponto que finaliza esta etapa que iniciei há algum tempo atrás, começo por relatar um episódio que o dinamizador narrou numa das reuniões dos GAM – referiu que numa palestra a que tinha tido oportunidade de assistir, um psiquiatra, ao ser confrontado com a questão: “*Que acompanhamento faz às famílias dos seus doentes?*” a sua resposta havia sido “*Nenhum!... não falo com as famílias. É que no tempo que tenho para a consulta só consigo estar disponível para um doente... e não para dois.*” Fica aqui destacada a importância do apoio prestado à família porque é verdade que ela representará um segundo indivíduo em necessidade e que não pode ser deixado esquecido.

Depois de dois semestres teóricos onde me foi possível desenvolver o meu espírito crítico e onde me foi inculcada a importância de primar pela busca de uma prática baseada na evidência, no sentido de potenciar os ganhos em saúde que são proporcionados aos utentes, surgiu a etapa de cariz prático onde entendi que há ainda muito espaço onde desenvolver intervenções que estendam esses ganhos em saúde ao utente “família”. Para além disso, a realização de um projeto a levar a cabo durante esse período prático representou um importante estímulo no aprofundar e mobilizar de conhecimentos já existentes, no procurar e integrar de outros decorrentes de várias vertentes, mas essenciais ao objeto aqui em estudo, naquele que é um processo inerente ao percurso académico em que me encontro, para obtenção do grau de mestre.

A operacionalização do projeto abriu igualmente caminho ao desenvolvimento das competências estipuladas pela OE (2010) para o EEESMP, incidindo nos seus quatro domínios, dado que é no “fazer” e no “agir” da prática que tal acontece (Fleury & Fleury, 2001). Assim, considerando os domínios de competências específicos para o EEESMP, as experiências em ambos os contextos contribuíram para me proporcionar momentos de auto-conhecimento nem sempre solicitados, mas essenciais – entendo que o confronto com as minhas frustrações, medos, inseguranças, tristezas, muitas vezes espelhados no outro, por muito difícil que seja, conferiu-me as ferramentas para dar mais um passo no sentido da “atualização” abordada por Chalifour (2009) e melhorou a minha capacidade de estar e de escutar. Para além disso, este processo de auto-descoberta e de auto-reflexão

trouxe-me um enriquecimento pessoal e uma consciencialização que, aos poucos, tem trazido novas perspetivas face ao outro, com impacto também na minha atuação profissional. Acrescento ainda que o contacto com as famílias em situação aguda e na comunidade, nas atividades realizadas, permitiu avaliar as suas necessidades a vários níveis, bem como os fatores que lhes conferem alívio da sobrecarga a que estão sujeitos, conseqüentemente, promotores do seu bem-estar mental enquanto cuidadores. Neste sentido, penso que ao longo da construção deste relatório, ficou patente como a temática aqui tratada encerra uma complexidade própria que não pode ser relegada para segundo plano – ao escutar as narrativas das famílias consegui aperceber-me de muitas das dificuldades com que lidam diariamente e o impacto que causam em suas vidas, surgindo aqui um campo de atuação para o EEESMP, na medida em que o suporte prestado poderá amenizar o seu próprio percurso de *recovery*.

Um outro aspeto a sublinhar, no âmbito do desenvolvimento das competências do EEESMP prende-se com as intervenções realizadas junto dos utentes em contexto de internamento. Estas, embora não integradas num programa interventivo estruturado, mas antes elaboradas com objetivos terapêuticos pontuais, permitiram-me perceber os procedimentos a elas inerentes, no que diz respeito ao seu planeamento, implementação e avaliação, assim como o seu papel e importância no processo terapêutico dos utentes. Os ganhos que tais intervenções trouxeram aos participantes passaram por momentos de bem-estar, de expressão emocional, de consciencialização e de inclusão, igualmente essenciais à promoção e manutenção da saúde mental, ainda que tenham representado uma ténue contribuição para a generalidade do seu processo terapêutico. Esta deveu-se à ausência de continuidade que se constitui como imprescindível para tal, sendo esta uma limitação que aponto ao projeto que implementei, motivada pelo reduzido período de tempo previsto para o estágio em contexto de internamento.

Todo este percurso trouxe-me a compreensão da verdadeira essência da relação terapêutica e de como esta causa impacto no outro. Este entendimento não foi, de todo, pacífico para mim. Na verdade, depois dos meus anos de prática, sempre em contextos onde o “fazer” surge de forma mais marcada que o “ser/estar com”, senti que foi de extrema importância para a minha aprendizagem fazer essa “inversão de posições”, apesar de, muitas vezes me ter sentido perdida pela falta

dos mediadores habituais. Pô-los de lado e chegar junto da pessoa sem nada a não ser eu própria, embora tenha implicado algumas etapas de autoconhecimento nem sempre simples, envolveu uma tomada de consciência que favoreceu em mim uma transformação com repercussão a nível pessoal e profissional e que me possibilitou uma maior capacidade de entrar em contacto com o outro e perceber a importância e o valor que esse simples gesto pode ter. Esta dificuldade sentida, pautada por muitas dúvidas sobre se estaria a “entender” as coisas certas e a “dizer” as coisas certas, foi encontrando resposta ao longo do caminho, não só na literatura, mas principalmente nos momentos de orientação com os profissionais que me acompanharam, tanto em contexto prático, como académico.

A partir destas experiências ficou claro como posso fazer uso destes conhecimentos e competências que comecei a desenvolver, em prol das famílias das pessoas com LVM de quem cuido diariamente, no sentido de minimizar nelas o impacto da situação. Assim, poderá ser este o caminho a seguir a partir deste ponto, ao dar continuidade ao projeto que aqui operacionalizei mas sob o ponto de vista da LVM, numa vertente investigativa de auscultação de famílias confrontadas com tal realidade e, também, numa vertente interventiva, ao propor e colocar em prática intervenções de âmbito individual ou grupal que vão de encontro às suas necessidades e lhes dê suporte na procura do seu caminho de reconstrução de vida.

Entendo, então, que agora que esta etapa chega ao fim, é chegada a hora de uma outra ter início.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*. 6. 53 – 59.
- Amaral, M. T. M. P. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43 (3). 573 – 580. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300011>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 16 (4). 11 – 23. Acedido em 10/03/2017. Disponível em: https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Bonney, S. & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15 (2). 140 – 153. **DOI:** 10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x
- Boss, P. (2010). The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss. *Pastoral Psychology*. 59 (2), 137 – 145. **DOI:** 10.1007/s11089-009-0264-0
- Botelho, M. A. R. (2016). A importância primordial da narrativa na enfermagem. In T. Rebelo, I. Ferraz, M. M. Guedes, G. Quaresma, E. Garcia, O. Fernandes & G. N. Carneiro. *Quando o silêncio se faz fala: A escuta na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. (29 – 34). Loures: Lusodidacta.
- Butterhill, D., Bregman, P., Macartney, S., Scanlon, L. & Wilkinson, K. (Ed.). (2003). Recovery: The emergence of new life from the depths of winter. *Network*. 18 (3). 3 – 18. Acedido em 03/07/2016. Disponível em: <http://ontario.cmha.ca/mentalhealth/mental-health-conditions/recovery/>
- Caddy, L. & Crawford, F. (2012). “*Painting a path to wellness*”: correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 327 – 333. **Doi:** 10.1111/j.1365-2850.2011.01785.x
- Caldas de Almeida, J. M. & Xavier, M. (Ed). (s.d.). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção* (Volume 2). Loures: Lusodidacta.
- Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (s. d.). *Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007- 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Damásio, A. (2013). *O Sentimento de Si*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 19 (3). 91 – 97. Acedido a 10/03/2017. Disponível em: <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/Deegan1996-Recovery-Journey-of-the-Heart1.pdf>
- Despacho n.º 1490/2017 de 14 de Fevereiro de 2017. Determina a avaliação do PNSM 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros N.º 49/2008, de 24 de Janeiro, e sua actualização para 2017-2020. *Diário da República, 2.ª série*, N.º 32 (14/02/2017). 2929.
- Dias, E. (2016). *Inesperadamente... a Perturbação Mental! – A intervenção do enfermeiro especialista no apoio à família*. Projecto de Estágio. Unidade Curricular Opção II. ESEL.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O. & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 6 (1). 31 – 44. Acedido a 24/03/2017. Disponível em: <http://revpsico.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/download/44/84>.

- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). *Construindo o conceito de competência*. Revista de Administração Contemporânea. 5(spe), 183-196. b-ON. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M. & Fadden, G. (2007). *O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos*. Análise Psicológica. XXV: 241 – 255. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M. Neves, M., Barahona-Correa, B & Fadden, G. (2006), *INTERVENÇÕES FAMILIARES NA ESQUIZOFRENIA – Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal*. Acta Médica Portuguesa, 19, 1 – 8. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a97a/d41425a7cda10384bf9c9bc48ebee63596.pdf>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures: Lusodidacta.
- Guedes, A. S. M. (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/23753>.
- Guerra, M. P., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em Grupos na Saúde*. (2ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Haeyen, S, van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). *Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study*. The Arts in Psychotherapy. 45, 1 – 10. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.04.005>.
- Hall, J. M. & Powell, J. (2011). Understanding the Person through Narrative. *Nursing Research and Practice*. 2011. 1 – 10. DOI: 10.1155/2011/293837
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. 52 (4). 482 – 485. DOI: 10.1176/appi.ps.52.4.482
- Jaworski, T. & Richards, J. S. (1988). *Family Adjustment to Spinal Cord Injury*. Rehabilitation Research and Training Center in Spinal Cord Dysfunction,

University of Alabama at Birmingham, p. 1 – 12. Acedido a 27/02/2017.
Disponível em:
<http://www.spinalcord.org/resourcecenter/askus/index.php?pg=file&from=2&id=509>.

Jazayeri, S. B., Beygi, S., Shokranch, F., Hagen, E. M. & Rahimi-Movaghar, V. (2015). Incidence of traumatic spinal cord injury worldwide: a systematic review. *European Spine Journal*. 24. p. 905 – 918. **DOI:** 10.1007/s00586-014-3424-6

Joyce, M. (2014). Using narrative in nursing research. *Nursing Standard*. 29 (38). 36 – 41.

Khan, D. L. (2000). How to conduct reseach. In M. Z. Cohen, D. L. Khan & R. H. Steeves, (Eds). *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*. (57 – 70). Thousand Oaks: Sage Publications.

Koutra, K, Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Simos, P., Christos, L. & Vgontzas, A. (2015). *Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow up study*. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 1 – 12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.006>.

Koutra, K, Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Simos, P., Christos, L. & Vgontzas, A. (2015). *Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow up study*. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 1 – 12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.006>.

Kralik, D., Visentin, K. & van Loon, A. (2010). *Transition: A literature review*. In A. I. Meleis. (Ed.). *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. 72 – 83.

Kübler Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer*. (7ª Ed.). São Paulo: Livraria Martins Fortes Editora, Ltda.

Le Boterf, G. (2002) *De quel concept de compétence avons-nous besoin?*. *Soins Cadres*. 41 – Février. Disponível em: <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>

- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T. ... & Maj, M. (2005). *Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission*. *World Psychiatry*. 4 (1): 45 – 49. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414722/>
- Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A. I., Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P. & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33: 9 – 17. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>
- McGowan, M. B. & Roth, S. (1987). Family Functioning and Functional Independence in Spinal Cord Injury Adjustment. *Paraplegia*. 25 (4). 357-365. **DOI:**10.1038/sc.1987.63.
- Meleis, A. I. & Trangenstein., P. A. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. p. 65 – 72.
- Meleis, A. I. (Ed.) (2010). *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Miner-Romanoff, K. (2016). *Voices from Inside: The Power of Art to Transform and Restore*. *The Journal of Correctional Education*. 67 (1), 58 – 74.
- Mirabella, G. (2015). *Is Art Therapy a Reliable Tool for Rehabilitating People Suffering from Brain/Mental Diseases?*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 21 (4), 196 – 199. **DOI:** 10.1089/acm.2014.0374.
- Munhall, P. L. (1993). “Unknowing”: Toward Another Pattern of Knowing in Nursing. *Nursing Outlook*. 41 (3). 125 – 128.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à pessoa com Traumatismo Traumatismo Vértebro-Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem

dos Enfermeiros. Acedido em 13/02/2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_ aprovadoAG20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Papagiannaki, A. & Shinebourne, P. (2016). *The contribution of creative art therapies to promoting mental health: Using Interpretative Phenomenological Analysis to study therapists' understandings of working with self-stigmatisation*. *The Arts in Psychotherapy*. 50, 66 – 74. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.007>.

Payne, R. A. (2003). *TÉCNICAS DE RELAXAMENTO: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pedro, A. S. S. (2011). *Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento. Relação entre independência funcional, locus de controlo e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Acedido em 13/02/2017. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/7319>.

Pereira, H. (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10451/3916>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Rio de Mouro: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pinho, L. M. G. & Pereira, A. M. S., (2015). *Intervenção Familiar na Esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), 15-23. DOI: 10.19131/rpesm.0101.

Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de Psicologia*. 10. 121 – 140.

Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and Self Concept. *Journal of Narrative and Life History*. 1 (2 e 3). 135 – 153.

- Power, P. & Orto, A. (2004). *Families living with chronic illness and disability: interventions, challenges and opportunities*. New York: Springer Publishing Company.
- Repper, J., Perkins, R., Shepherd, G. & Boardman, J. (2011). Recovery – Rebuilding life with mental health problems. A journey of discovery for family, friends and carers. ImROC Programme – NHS. Disponível em: [http://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/why-recovery-for-carers-families-and-friends/ImROC Recovery relatives and friends.pdf](http://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/why-recovery-for-carers-families-and-friends/ImROC_Recovery_relatives_and_friends.pdf)
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março de 2008. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Diário da República I Série*, N.º 47 (6/3/2008). 1395 – 1409.
- Richardson, M., Cobham, V., Murray, J. & McDermott, B. (2011). Parents' Grief in the Context of Adult Child Mental Illness: A Qualitative Review. *Journal of Child and Family Studies*. 14. 28 – 43. **DOI:** 10.1007/s10567-010-0075-y.
- Riege, H. S.(2015). *Resilience and Healthy Family Adjustment in Face of Spinal Cord Injury – Exploring adjustment in a physical rehabilitation population*. University of Oslo. Master Thesis in Health Psychology. Oslo. Acedido em 27/02/2017. Disponível em <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/49693/Master-thesis--Helle-Skogstad-Riege.pdf?sequence=1>.
- Rispail, D. (2002). *CONHECER-SE MELHOR PARA MELHOR CUIDAR: Uma Abordagem de desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Roberts, A. R. & Ottens, A. J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 5 (4), 329 – 339. **DOI:** 10.1093/brief-treatment/mhi030.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa (9ª Ed.)*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Satir, V. (1976). *Making Contact*. California: Celestial Arts.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. p. 38 – 51.

- Shpigner, E., Possick, C, Buchbinder, E. (2013). Parents' Experiences of Their Child's First Psychiatric Breakdown: "Welcome to Hell". *Social Work in Health Care*. 52, 538 – 557. **DOI:**10.1080/00981389.2013.780835
- Slade, M. (2010) Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*. 10 (26), 1 – 14. **DOI:** 10.1186/1472-6963-10-26
- Stickley, T. & Hui, A. (2012). *Arts in-Reach: taking "bricks off shoulders" in adult mental health inpatient care*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 402 – 409. **Doi:** 10.1111/j.1365-2850.2011.01811.x
- Townsend, M. C. (2011), *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Van Lith, T. (2014). *"Painting to Find my Spirit": Art Making as the Vehicle to Find Meaning and Connection in the Mental Health Recovery Process*. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 16, 19 – 36. **DOI:** 10.1080/19349637.2013.864542
- Van Lith, T. (2015). *Art Making as a Mental Health Recovery Tool for Change and Coping*. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 32 (1), 5 – 12. **DOI:** 10.1080/07421656.2015.992826
- Van Lith, T., Schofield, M. & Fenner, P. (2013). *Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: A critical review*. *Disability & Rehabilitation*. 35 (16), 1309 – 1323. **DOI:** 10.3109/09638288.2012.732188
- Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca Ltda.
- Young, W. (2003). *Family and Spinal Cord Injury*. p. 1 – 47. Acedido em 13/02/2017. Disponível em: http://sci.rutgers.edu/index.php?page=viewarticle&afile=14_March_2003@family_adjustment.htm.

ANEXOS

ANEXO 1

Guião de Entrevista do Grupo de Intervenção Psicoeducativa para Familiares da
Pessoa com Perturbação Mental

Questionário para o Familiar Participante

__/__/____

1 - Identificação e Informação geral:

Nome da pessoa correspondente: _____

Nome do familiar: _____

Relação com a pessoa: _____

Telefone: _____

Data nascimento: __/__/____ Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão actual: _____

Antecedentes pessoais relevantes (actuais/ passados):

Médicos: _____

Psiquiátricos: _____

Outros antecedentes relevantes: _____

2 - Genograma/ Ecomapa:

3 - Conhecimento acerca da doença do seu familiar:

Nome da doença, (o que sabe desse problema?): _____

Factores de agravamento (o que parece piorar as coisas?): _____

Factores de melhoria (o que parece ajudar?): _____

Prognóstico (o que pensa que virá a passar-se com o problema?): _____

Medicação do seu familiar:

Medicação	Benefícios	Efeitos Secundários

História da adesão à terapêutica: _____

4 - Sobrecarga

Dificuldades principais (quais as dificuldades principais que tem com a situação?)

Formas de lidar com as dificuldades (como lida com as dificuldades/ sintomas?):

Sobrecarga pela doença (somando tudo, como é a sobrecarga da doença para si?):

5 - Reforços:

Actividades que lhe dão prazer e bem estar: _____

Pessoas de referência/suporte (actuais ou potenciais):

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Condições das Transições – Schumacher & Meleis (2010)

Condições das Transições – Schumacher & Meleis (2010)	
Significado	Que inclui o significado que o indivíduo atribui a uma transição que se encontra já em curso ou que é antecipada, assim como os seus potenciais efeitos na sua vida, incluindo na sua saúde.
Expectativas	Que são avaliadas de acordo com as experiências prévias; no entanto, o quadro de referência já formado, pode não ser aplicável na transição atual, podendo dar origem a expectativas não realistas, com algum impacto nos resultados do processo transicional (de acordo com os trabalhos de Reimer et al, 1991, e de Kenner & Lott, 1990).
Nível de Conhecimento e Capacidades	Os quais devem ser avaliados no sentido de perceber se são suficientes para fazer face à nova realidade que o processo transicional criou, derivando daí a sua influência nos resultados de saúde.
Ambiente	Que inclui os elementos ambientais que se podem constituir como recursos no processo transicional, dos quais destacam o suporte familiar, profissional e de grupos terapêuticos, ao reportarem-se aos trabalhos de vários outros autores.
Nível de Planeamento	Que incluem a preparação prévia realizada. Referem que, mesmo em eventos inesperados, o planeamento pode ser possível no decurso do processo transicional para melhorar a passagem pelo mesmo.
Bem-estar físico e emocional	O processo transicional é acompanhado por toda uma variedade de emoções, as quais são o testemunho da forma como o mesmo está a ser vivido e que têm um importante influência no seu resultado. São exemplos a ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão, que emergiram dos trabalhos de vários autores.

Fonte: Compilado a partir de Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. p. 38 – 51.

APÊNDICE 2

Quadro de Atividades Desenvolvidas Durante o Período de Estágio

Atividades Desenvolvidas Durante o Período de Estágio	Contexto de Estágio
✎ Pesquisa bibliográfica	Internamento/Comunidade
✎ Elaborar um Diário de Campo	Internamento/Comunidade
✎ Realizar Reflexões Críticas	Internamento/Comunidade
✎ Elaborar, pelo menos, um estudo de caso	Internamento
✎ Discutir o desenvolvimento do trabalho ao longo do estágio com os orientadores	Internamento/Comunidade
✎ Eu, como instrumento terapêutico na relação com a pessoa com perturbação mental e no contacto com os seus familiares	Internamento/Comunidade
✎ Contactar com a família da pessoa com perturbação mental em contexto de Visita Domiciliária	Comunidade
✎ Participar em intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo já implementadas nos locais de estágio	Internamento
✎ Dinamizar uma intervenção de âmbito psicoterapêutico em grupo, com recurso à palavra	Internamento
✎ Dinamizar duas intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo com recurso à expressão pela arte	Internamento
✎ Dinamizar uma intervenção de Relaxamento em contexto de grupo, com recurso a imaginação guiada	Internamento
✎ Participar nas entrevistas de preparação do Grupo de Intervenção Psicoeducativa para Familiares da Pessoa com Perturbação Mental Grave	Comunidade
✎ Participar, como observadora, no Grupo de Intervenção Psicoeducativa para Familiares da Pessoa com Perturbação Mental Grave	Comunidade
✎ Participar, como observadora, em reuniões de dois Grupos de Ajuda Mútua de Familiares da Pessoa com Perturbação Mental	Comunidade
✎ Entrevistar um perito na dinamização de um Grupo de Ajuda	Realizada em Janeiro 2017

Legenda:

■ Atividades Planeadas

■ Atividades Não Planeadas

APÊNDICE 3

Cronograma de Atividades

APÊNDICE 4

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo: “Internamento...
Teia de Receios”

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo: “Internamento... Teia de Receios”

Planeamento da Intervenção

Intervenção em grupo com recurso à palavra

População Alvo:

Utentes internados no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Critérios de Exclusão:

Utentes que manifestamente apresentem agitação psicomotora

Objetivos gerais:

- Promover a auto-consciência e a crítica para as alterações psicopatológicas que experienciam
- Promover a expressão emocional, procurando fomentar o reconhecimento de emoções e sentimentos face ao internamento
- Promover a interação social, fomentando a partilha de experiências intergrupo.

Importância desta intervenção para o projeto de estágio:

Entender a forma como a pessoa com perturbação mental vivencia o período de internamento e as dificuldades/receios/emoções que este suscita no indivíduo. É uma atividade direcionada para dar resposta não só ao primeiro objetivo específico, que consiste no compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental, mas também ao segundo objetivo específico que engloba o experimentar a prestação de cuidados dentro desta área.

No que se refere a competências a desenvolver, esta atividade está diretamente relacionada com a 4ª competência do EESMP; no entanto, envolve também a 2ª competência ao permitir uma avaliação mais abrangente de necessidades.

Avaliação da Intervenção

- Atender aos aspetos levantados pelos utentes e reportados no cartão
- Descrever o decurso da ação no que respeita à participação dos utentes e pertinência das suas intervenções (no que diz respeito às emoções e receios partilhados), as suas reações – comunicação verbal e não-verbal, as dificuldades sentidas durante a realização da atividade.

Grelha de Avaliação da Intervenção

Itens a Avaliar		Descrição
Dificuldades/receios/emoções relatadas pelos utentes		
Reações dos utentes durante a atividade	Comunicação Verbal (participação)	
	Comunicação Não-Verbal	
Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade		
Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade		

Decurso da Intervenção

Fase (Tempo)	Objetivos Específicos	Recursos	Descrição da Intervenção
Aquecimento (10')	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer o primeiro contacto entre os vários participantes da atividade - Promover a atenção do grupo para a atividade a desenvolver 	Cadeiras Cartões Caneta	<ul style="list-style-type: none"> - Dispor as cadeiras em círculo para que todas as pessoas mantenham contacto visual. Em cada cadeira colocar um cartão e uma caneta - Todos os participantes são convidados a sentarem-se em círculo; - Falar da forma como há situações de vida que confrontam a pessoa com a necessidade de sair do seu ambiente de conforto e que são geradoras de emoções e sentimentos mais difíceis de gerir. O internamento pode constituir-se como uma dessas situações. A atividade visa falar sobre a visão que têm sobre o internamento.
Ação (30')	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a partilha dos receios/dificuldades sentidas face ao internamento - Promover a expressão de emoções/cognições - Promover a partilha de experiências 	Novelo de lã	<ul style="list-style-type: none"> - Usando o novelo de lã, explicar que o que se pretende é construir uma teia com todas as dificuldades/receios/emoções que o internamento suscita a cada um dos participantes. Para isso, solicitar que pensem no principal aspeto que o internamento lhes suscita e que escrevam uma palavra/frase no cartão sendo que será sobre essa situação que irão falar posteriormente. - Começa o dinamizador por falar, para exemplificar o que se pretende e, posteriormente, passa o novelo a outro elemento do grupo do outro lado do círculo, que fala do que sente e das suas experiências e assim sucessivamente, sem nunca largarem o fio de lã. - Quando todos tiverem participado, solicitar que escrevam no cartão um aspeto positivo do internamento numa palavra/frase. - Pela ordem inicial, focar o ponto positivo do internamento, largando o fio de lã posteriormente, vindo desfazer a teia construída anteriormente com base nas dificuldades/receios/emoções de todos os participantes.

<p>Conclusão (15')</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a consciencialização dos pontos negativos e positivos do internamento que forem emergindo - Realizar a avaliação da atividade pelos participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer uma síntese dos aspetos negativos referidos, apontando como se tratam de questões, na maioria, partilhadas por todos e que não estão sozinhos na sua dificuldade, havendo também os profissionais do internamento para lhes dar apoio face à mesma; - Fazer uma síntese dos aspetos positivos que forem referidos, chamando a atenção para a importância de procurar a perspetiva positiva das situações para tornar mais fácil a vivência das mesmas; - Solicitar que escrevam no cartão como se sentem, como sentiram a atividade realizada e o que ganharam com a mesma.
----------------------------	---	---

APÊNDICE 5

Avaliação da Intervenção “Internamento... Teia de Receios”

Avaliação da Intervenção “Internamento... Teia de Receios”

Grupo participante: 7 utentes (idades entre os 27 e os 60 anos de idade), internados por motivos enquadrados nas Perturbações Afetiva Bipolar, Obsessivo-Compulsiva e de Personalidade – Cluster B, na Esquizofrenia e nas Parafilias. Esteve também presente a OC.

Local de realização: Sala da Saúde Ocupacional

Duração: 1 hora

Grelha de Avaliação da Intervenção “Internamento... Teia de Receios...”

Itens a Avaliar		Descrição
Dificuldades/receios/emoções e aspetos positivos do internamento relatadas pelos utentes		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Ansiedade ↳ "Sentir-se presa" ↳ Angústia ↳ Dor ↳ Raiva ↳ Rancor ↳ Sentir pouca atenção dos médicos ↳ Tempo difícil de passar/dificuldade em estruturar o dia ↳ Apreensão/ansiedade face ao futuro no pós alta ↳ Heteroestigma/autoestigma (subentendido) ↳ Frustração ↳ Desconforto de ser observado e analisado ↳ Interação social melhorada, com estabelecimento de laços de amizade ↳ A atenção dos profissionais de saúde ↳ Evolução positiva da situação clínica ↳ Aumento das expectativas para o futuro ↳ Melhoria da resistência à frustração
Reações dos utentes durante a	Comunicação Verbal (participação)	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Todos os utentes se mostraram muito participativos, não só expondo os aspetos emocionais que associavam ao internamento, como também procurando fundamentar as suas

atividade		respostas com aspetos concretos, o que permitiu enriquecer a atividade e favoreceu a identificação da maioria dos utentes com o que era relatado pela pessoa em posse do novelo.
	Comunicação Não-Verbal	<p>- No geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ houve de quase todos os utentes contacto visual direto, sendo a exceção o E., que desviava o olhar para o tecto por períodos, ✦ O E. esboçou um sorriso ao falar de algo que lhe parecia uma ideia agradável, quando maioritariamente apresenta embotamento afetivo: ✦ Houve uma utente mais expressiva na sua narrativa, aumentando ligeiramente o tom de voz e o seu gesticular, ao mencionar um aspeto que a deixava particularmente irritada.
Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade		<ul style="list-style-type: none"> ✦ Não houve qualquer registo de dificuldades referidas pelos utentes, não tendo tal também ficado patente ao longo da atividade, uma vez que a sua participação, apesar de ser obtida de forma dirigida pela passagem do novelo de uns para os outros, foi fluído e pode ser descrita como muito ativa.
Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade		<ul style="list-style-type: none"> ✦ Bem-estar promovido pela partilha de opiniões e o entendimento de que são maioritariamente comuns a todos ✦ A ajuda na organização das ideias acerca do assunto ✦ Enriquecimento pessoal ✦ Estimulação cognitiva ✦ Forma de passar o tempo



APÊNDICE 6

Planificação da Intervenção De Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:

“Um Momento Comigo Mesmo...”

Planificação da Intervenção De Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:

“Um Momento Comigo Mesmo...”

Planeamento da Intervenção

Intervenção em grupo com recurso a técnica de relaxamento por imaginação guiada

População Alvo:

Utentes internados no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Crítérios de Exclusão:

Utentes que manifestamente apresentem agitação psicomotora

Objetivos gerais:

- Promover bem-estar
- Proporcionar uma estratégia para gestão emocional e redução tensional

Recursos:

- Colchões
- Guião, adaptado de Guerra, Lima & Torres (2014, p. 205)
- Peluche
- Mp3 e respetiva coluna para música ambiente

Importância desta intervenção para o projeto de estágio:

Ao longo do período prático, e enquadrado no primeiro objetivo específico do projeto de estágio, foi possível aperceber-me da dificuldade de alguns utentes internados na gestão de situações de contrariedade e potencialmente geradoras de frustração/irritabilidade. Assim, a realização de uma intervenção promotora de bem-estar e que se constitua como eventual estratégia pessoal para regulação emocional, fez-me sentido.

Tal como nas atividades anteriormente descritas, esta também se inscreve diretamente no desenvolvimento da 4ª competência. No entanto, como resulta de uma avaliação geral do grupo de pessoas internadas ao longo do tempo de estágio,

parece também enquadrar-se no desenvolvimento da 2ª e da 3ª competência, ao incluir também a implementação de uma ação dirigida às necessidades levantadas.

Avaliação da Intervenção

- Atender aos aspetos levantados pelos utentes no período da partilha incluído na descrição da atividade
- Descrever o decurso da ação no que respeita à participação dos utentes e pertinência das suas intervenções (no que diz respeito à dificuldades e benefícios partilhados), as suas reações – comunicação verbal e não-verbal, as dificuldades sentidas durante a realização da atividade.

Grelha de Avaliação da Intervenção

Itens a Avaliar		Descrição
Dados das narrativas dos utentes		
Reações dos utentes durante a atividade	Comunicação Verbal (participação)	
	Comunicação Não-Verbal	
Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade		
Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade		

Decurso da Intervenção

Fase (Tempo)	Objetivos Específicos	Recursos	Descrição da Intervenção
Aquecimento (10')	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer o primeiro contacto entre os vários participantes da atividade - Promover a atenção do grupo para a atividade a desenvolver 	Colchões Peluche	<ul style="list-style-type: none"> - Dispor os colchões no chão e solicitar que todos os participantes se sentem confortavelmente em círculo. - Começar a atividade falando que há várias emoções que as pessoas podem sentir no seu dia-a-dia, motivadas pelas situações mais comuns da vida. Passando o peluche a cada um dos participantes, pedir que nomeie uma emoção que já tenha sentido, diga numa frase a situação que a motivou e um aspeto físico que traduza a emoção sentida. No final de todas as participações frisar os estados de tensão e de relaxamento que surjam e a oposição que representam em termos manifestações físicas. - Destacar que um bom aliado para atenuar os efeitos de uma situação stressante é a imaginação, dado que influencia de forma muito marcada a forma como interpretamos e experienciamos uma situação. Neste sentido, o propósito desta atividade é proporcionar um momento de relaxamento através da imaginação guiada.
Ação (20')	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o relaxamento através da imaginação guiada 	Colchões Guião Mp3 Coluna para música ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que os utentes se deitem tão confortavelmente quanto possível - Colocar a música ambiente - Proceder à leitura do guião, com voz pausada e tom tranquilizador.

Partilha 20'	- Promover a partilha das eventuais dificuldades dos utentes em relaxar e de eventuais benefícios		- Favorecer a partilha das dificuldades sentidas para chegar ao relaxamento por todos os elementos do grupo e da forma como se sentem, utilizando novamente o peluche, que irá passar por todos os participantes.
Conclusão (15')	- Promover a auto-consciência da influência da imaginação nos estados emocionais e como podem usá-la para encontrar bem-estar		- Fazer uma síntese dos aspetos positivos e das dificuldades sentidas pelos utentes, chamando a atenção para que guardem consigo a sensação de bem-estar que possam ter encontrado para que se possam reportar a ela numa ocasião de tensão proporcionando-lhes, assim, uma estratégia de auto-controle emocional.

APÊNDICE 7

Guião para Relaxamento por Imaginação Guiada na Intervenção “Um Momento Comigo Mesmo...”

Guião²² para Relaxamento por Imaginação Guiada na Intervenção “Um Momento Comigo Mesmo...”

Vou procurar ajudar-vos a ficar relaxados através de uma experiência tranquila e confortável... Concentrem-se em todo o vosso corpo... procurem relaxá-lo... libertando toda a tensão que sentem... Prestem atenção à vossa respiração... Procurem respirar profundamente pelo nariz, enchendo a barriga como se fosse um balão... Prestem atenção ao ar que entra... e sai... esvaziando o balão... que entra... e sai..., que entra... e sai... Sintam o movimento do vosso corpo com a entrada e a saída do ar... que entra... e sai... que entra... e sai... que entra... e sai. Inspirem e expirem... devagar e profundamente... inspirem... e expirem... inspirem... e expirem... Mantenham essa respiração... expirem o mais lentamente possível... Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem...

A vossa mente está liberta de pensamentos sobre problemas... e o vosso corpo adapta-se à atmosfera de calma e tranquilidade que criaram na vossa mente.

Concentrem-se no vosso corpo. Sintam os membros relaxados... descontraídos – face... pescoço... braços... abdómen... pernas... pés... Sintam os limites do vosso corpo... O sangue que circula no seu interior... Imaginem o vosso corpo por dentro... O coração a bater... os pulmões a respirar... o ar entra... e sai... entra... e sai... entra... e sai... Através da respiração libertem todas as tensões negativas.

Vão agora imaginar que... pouco a pouco... vão voar até chegar ao céu... um céu bonito... de um azul clarinho... que vos transmite calma, tranquilidade... paz... Ao longe... e lentamente... vai-se aproximando uma nuvem... que se aproxima... aproxima cada vez mais... já lhe conseguem tocar com a ponta do pé... e a sensação é tão boa... tão agradável... tão especial... que ficam com vontade de mergulhar totalmente na nuvem... e de se deixarem envolver completamente por ela.

Esta nuvem... tão branquinha... vai levar-vos para fora desta sala... e será guiada pela vossa imaginação.

Esta viagem irá levar-vos para um lugar calmo... tranquilo... seguro... À medida que ela decorre... tentem reparar nos sons... e nos cheiros das imagens

²² Adaptado de Guerra, M. P., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em Grupos na Saúde*. (2ª Ed.). Climepsi Editores: Lisboa, p. 205-206.

para torná-las o mais reais possível... O vosso corpo está completamente relaxado... descontraído... e encontra-se agora numa paisagem verde... tranquila... com as montanhas a verem-se no horizonte... lá ao longe...

Sintam a brisa amena do vento na cara... nos cabelos... nas mãos... em todo o vosso corpo... O som dos pássaros... o cheiro das flores... da relva... das árvores... disfrutem do seu sossego e da sua beleza... Veem flores de todos os tipos... de todas as cores... brancas... amarelas... azuis... rosa... de todos os cheiros... Sentem-se invadidos por um clima de paz... felicidade... tranquilidade... O sol brilha... está um lindo dia de primavera... Ao caminharem encontram um riacho de águas límpidas... transparentes... Aproximam-se... Mais perto... sintam os salpicos de água fresca a bater no vosso rosto... Uma brisa quente aquece o vosso corpo... Sintam esse bem-estar...

Peço-vos agora que se concentrem novamente no vosso corpo... em como ele está relaxado... descontraído... A nuvem que vos acompanhou aproxima-se... volta a colocar-se debaixo do vosso corpo... e voando pelo céu azul... vai trazer-vos de volta... trazer-vos de novo para esta sala.

Estão de novo nesta sala... neste espaço... Lentamente vão mexer o vosso corpo... o pescoço... os braços... as mãos... as pernas... os pés... Naturalmente comecem a abrir os olhos... comecem a tomar contacto com a luz da sala à medida que vão voltando à realidade... Espreguicem-se... e ao vosso ritmo... vão-se virando para o lado direito... e aos poucos vão voltando novamente à posição de sentados.

APÊNDICE 8

Avaliação da Intervenção “Um Momento Comigo Mesmo...”

Avaliação da Intervenção “Um Momento Comigo Mesmo...”

Grupo participante: 7 utentes (com idades entre os 30 e os 72 anos de idade), internados por motivos que se enquadram na Perturbação Afetiva Bipolar, na Perturbação Afetiva Depressiva, na Esquizofrenia e na Psicose Delirante e na Psicose Tóxica. Esteve também presente a OC.

Local de Realização: Sala da Saúde Ocupacional

Duração: 1h15minutos

Grelha de Avaliação da Intervenção “Um momento comigo mesmo...”

Itens a Avaliar		Descrição
<p>Dados das narrativas dos utentes:</p> <p>Emoções/sentimentos sentidos em situações do dia-a-dia</p>		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Alegria ↳ Bem-estar ↳ Afeto ↳ Tranquilidade ↳ Conforto ↳ Irritabilidade ↳ Stress
<p>Reações dos utentes durante a atividade</p>	<p>Comunicação Verbal (participação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Na generalidade todos os utentes se mostraram participativos ao longo da atividade, mesmo a sua intervenção não sendo propriamente voluntária, mas sim dirigida pela posse do peluche. ↳ Houve dois utentes que se sentiram mais confortáveis em fazer a sua intervenção dirigida ao peluche e não ao grupo ↳ O momento de partilha inicial, em particular, deixou antever a pobreza e a circularidade de discurso do J.
	<p>Comunicação Não-Verbal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Nas participações iniciais dirigidas ao peluche pouco foi o contacto visual dos utentes que o fizeram durante a

		<p>partilha.</p> <p>↳ O J. mostrou-se, ao longo da atividade, tenso e com olhar desconfiado; durante a fase de ação sempre muito inquieto, sem conseguir encontrar uma posição de conforto e, como tal, não conseguiu descontraír. Quando terminou a fase do relaxamento propriamente dito, levantou-se do colchão e foi para perto da janela; eventualmente acabou por se ir sentar numa cadeira perto da mesma, mas mantendo as mesmas alterações já descritas.</p>
<p>Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade</p>	<p>↳ Uma utente verbalizou a dificuldade em seguir algumas das indicações do guião pela sonolência que apresentou;</p> <p>↳ Mesmo não tendo verbalizado esta dificuldade, o J. ainda se encontra muito tenso, desconfiado e sem conseguir encontrar uma posição de conforto, acabando por não conseguir cumprir o que se pretendia:</p> <p>↳ Os restantes utentes referiram não ter tido dificuldades, um deles sublinhou “foi só deixar-me ir” (sic)</p>	
<p>Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade</p>	<p>↳ Relaxamento</p> <p>↳ Bem-estar</p> <p>↳ Tranquilidade</p> <p>↳ Estratégia futura a usar em situações geradoras de tensão/irritabilidade</p>	

APÊNDICE 9

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:

“Eu... na Família.”

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:

“Eu... na Família.”

Planeamento da Intervenção

Intervenção de âmbito psicoterapêutico em grupo mediada pela arte

População Alvo:

Utentes internados no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Crítérios de Exclusão

Os utentes que manifestamente apresentem agitação psicomotora

Objetivos gerais

- Promoção da auto-consciência
- Promoção da expressão emocional
- Promoção da interação social

Importância desta Intervenção para o projeto de estágio:

Entender a forma como, no geral, a pessoa com perturbação mental se percebe a ela própria e como se posiciona dentro do grupo familiar; quais as maiores dificuldades sentidas atendendo à forma como desempenha os papéis que lhe cabem nesse grupo em particular e na sociedade em geral e as emoções que se encontram associadas a essa percepção. É uma atividade mais direcionada para dar resposta ao primeiro objetivo específico relativo a compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental, assim como ao segundo objetivo específico que remete para o experimentar a prestação de cuidados.

No que se refere às competências aqui em desenvolvimento remete, tal como a intervenção anterior, diretamente para a 4ª competência e para a 2ª.

Avaliação da Intervenção

- Atender aos aspetos levantados pelos utentes e reportados na folha da pintura.
- Descrever o decurso da ação no que respeita à participação dos utentes e a pertinência das suas intervenções, as suas reações – comunicação verbal e não-

verbal – as dificuldades sentidas durante a realização da atividade e o que ganharam com ela.

Grelha de Avaliação da Intervenção

Itens a Avaliar		Descrição
Dados das narrativas dos utentes		
Reações dos utentes durante a atividade	Comunicação Verbal (participação)	
	Comunicação Não-Verbal	
Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade		
Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade		

Decurso da Intervenção

Fase (Tempo)	Objetivos Específicos	Recursos	Descrição da Intervenção
Aquecimento (10')	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer o primeiro contacto entre os vários participantes da atividade - Promover a atenção do grupo para a atividade a desenvolver 	<ul style="list-style-type: none"> Cadeiras Mesa Balões Canetas 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os participantes são convidados a sentarem-se de forma confortável. - Referir que todas as pessoas têm um espaço na sociedade e que, esse espaço começa a ser construído no seio familiar. É aqui que começamos a formar a imagem de quem somos e o lugar que ocupamos. Referir que o propósito desta atividade é refletir um pouco nesta questão, na forma como a pessoa se vê e se sente dentro do seu núcleo familiar. - Pedir que cada um escreva no balão o significado que a família tem para si e a forma como se sente dentro desse grupo numa palavra ou frase. De seguida falarão sobre o que escreveram.
Ação (20')	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a expressão criativa de emoções e cognições face ao tema proposto 	<ul style="list-style-type: none"> Folhas A4 Celulose Copos de plástico Giz colorido Leite Toalhitas Mp3 Coluna para música ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que reflitam sobre a forma como se veem e o seu lugar no seio familiar e que façam uso da sua criatividade para criar uma pintura que espelhe esses aspetos, que terão já traduzido no balão.

Partilha (30')	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o auto-conhecimento - Promover a expressão de sentimentos e emoções acerca de si e o seu lugar na família - Fomentar a partilha de experiências, promovendo a interação social 		<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que cada um dos participantes fale da sua criação, colocando por palavras as emoções/sentimentos/cognições que nela representou.
Conclusão (10')	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a consciencialização dos aspetos que emergiram - Realizar a avaliação da atividade pelos participantes 	Caneta	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer uma síntese dos aspetos que emergiram da narrativa dos participantes, acrescentando a importância do apoio da família e do bom ambiente familiar no processo de recuperação. - Solicitar que escrevam na parte de trás da pintura como se sentem, como sentiram a atividade realizada e o que ganharam com a mesma.

APÊNDICE 10

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:

“Eu... Para a Família.”

Planificação da Intervenção de Âmbito Psicoterapêutico em Grupo:

“Eu... Para a Família.”

Planificação da Intervenção

Intervenção de âmbito psicoterapêutico em grupo mediada pela arte

População Alvo:

Utentes internados no Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Crítérios de Exclusão

Os utentes que manifestamente apresentem agitação psicomotora

Objetivos gerais

- Promoção da auto-consciência
- Promoção da expressão emocional
- Promoção da interação social

Importância desta intervenção para o projeto de estágio:

Trata-se de uma atividade que vem no seguimento da anterior, pretendendo-se compreender o modo como a pessoa com perturbação mental percebe a que é vista e entendida pelos restantes membros da família e as emoções que tal lhe suscita. Tal como a atividade anterior, é mais direcionada para dar resposta ao primeiro objetivo específico relativo a compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental e sua família e envolve igualmente o desenvolvimento das competências já descritas.

Avaliação da Intervenção

- Atender aos aspetos levantados pelos utentes e reportados na folha da pintura
- Descrever o decurso da ação no que respeita à participação dos utentes e pertinência das suas intervenções, as suas reações – comunicação verbal e não-verbal, as dificuldades sentidas durante a realização da atividade

Grelha de Avaliação da Intervenção

Itens a Avaliar		Descrição
Dados das narrativas dos utentes		
Reações dos utentes durante a atividade	Comunicação Verbal (participação)	
	Comunicação Não-Verbal	
Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade		
Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade		

Decurso da Intervenção

Fase (Tempo)	Objetivos Específicos	Recursos	Descrição da Intervenção
Aquecimento (10')	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer o primeiro contacto entre os vários participantes da atividade - Promover a atenção do grupo para a atividade a desenvolver 	<p>Cadeiras</p> <p>Mesa</p> <p>Balão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os participantes são convidados a sentarem-se de forma confortável. - O dinamizador começa por estabelecer a relação com a atividade anterior, questionado o grupo se lembra qual a questão trabalhada anteriormente – a forma como a pessoa se vê e se sente no seu núcleo familiar. Acrescenta de seguida, que a construção que cada pessoa faz de si não se restringe apenas ao modo como se vê a ela própria num determinado contexto, sofre também a influência da forma como os outros (neste caso a família) a veem, manifestada pelas interações relacionais que se estabelecem. Referir que o propósito desta atividade é refletir um pouco nesta questão, de como sentem que são vistos pelos restantes membros da família a forma como estabelecem as suas relações dentro do grupo familiar. - Segurando o balão, dar um exemplo da forma como o dinamizador sente que é visto pela família, em uma palavra ou frase. - Passar o balão a um dos participantes para que o faça também, e assim sucessivamente. Até todos terem participado.

<p>Ação (20')</p>	<p>- Fomentar a expressão criativa de emoções e cognições face ao tema proposto</p>	<p>Folhas A4 Celulose Copos de plástico Giz branco/colorido o Leite Toalhas Mp3 e coluna</p>	<p>- Solicitar que reflitam sobre a forma como sentem que são vistos pelos restantes membros da família e que façam uso da sua criatividade para criar uma pintura que espelhe esses aspetos, os quais já terão partilhado na fase anterior.</p>
<p>Partilha (30')</p>	<p>- Promover o auto-conhecimento - Promover a expressão de sentimentos e emoções acerca de si enquanto visto pelo olhar dos seus familiares - Fomentar a partilha de experiências, promovendo a interação social</p>		<p>- Solicitar que cada um dos participantes fale da sua criação, colocando por palavras as emoções/sentimentos/cognições que nela representou.</p>

Conclusão (10')	<ul style="list-style-type: none">- Promover a consciencialização dos aspetos que emergiram- Realizar a avaliação da atividade pelos participantes	Caneta	<ul style="list-style-type: none">- Fazer uma síntese dos aspetos que emergiram da narrativa dos participantes, referindo a importância das relações e apoio familiar para o processo de recuperação.- Solicitar que escrevam na parte de trás da pintura como se sentem, como sentiram a atividade realizada e o que ganharam com a mesma.
--------------------	---	--------	--

APÊNDICE 11

Avaliação da Intervenção “Eu... na Família”

Avaliação da Intervenção “Eu... na Família”

Grupo participante: 8 utentes (com idades entre os 27 e os 72 anos de idade), internados por motivos que se enquadram na Perturbação Afetiva Bipolar, na Perturbação Afetiva Depressiva, na Esquizofrenia e na Psicose Delirante e na Psicose Tóxica. Esteve também presente a OC.

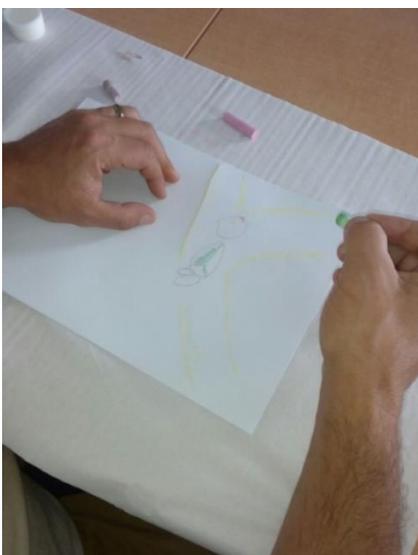
Local de Realização: Sala da Saúde Ocupacional

Duração: 1h15minutos

Grelha de Avaliação da Intervenção “Eu... na Família”

Itens a Avaliar		Descrição
Dados das narrativas dos utentes: Como se veem/sentem dentro do grupo familiar		<ul style="list-style-type: none">↳ Vazio↳ Força e união↳ Família: “O que preenche e dá sentido”↳ Bem-estar↳ Amor↳ Respeito; valores↳ Centro de união familiar↳ Condutor familiar↳ Posição de vulnerabilidade↳ Família: fonte de força↳ Família: cadeia de afetos fortes – ser um elo nessa cadeia
Reações dos utentes durante a atividade	Comunicação Verbal (participação)	<ul style="list-style-type: none">↳ A participação de todos os utentes foi orientada, inicialmente, através do mediador balão e, posteriormente, pelo desenho elaborado. No entanto, os utentes mostraram-se participativos, com discurso fluido.↳ Uma utente não se sentiu à vontade para partilhar a sua tradução do desenho elaborado, tendo solicitado uma

		<p>entrevista em particular</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Uma utente manteve o seu perfil mais expansivo durante as suas intervenções, o que se enquadra no quadro maniforme que a trouxe ao internamento ↳ Uma utente, habitualmente isolada no seu quarto e com pouca interação com os restantes utentes, participou de forma muito espontânea e aberta na atividade, ↳ Durante a partilha, uma utente foi reorientada para a temática central de atividade, por evidenciar um pensamento centrado no seu divórcio e para evitar que se expusesse demasiado no grupo.
	<p>Comunicação Não-Verbal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Um utente, ao falar do “vazio” que sentia face à temática evidenciou menor contacto visual que habitualmente ao longo da sua intervenção. ↳ Uma utente emocionou-se ao falar da sua família, das várias pessoas que já faleceram bem como do legado que deixaram, em termos de valores e princípios e da força que ainda sente da parte delas, mesmo já não estando presentes.
<p>Dificuldades sentida pelos utentes durante a atividade</p>		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Dificuldade em verbalizar o que sente no seio do grupo referida por uma utente que solicitou uma entrevista individual.
<p>Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade</p>		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Compreensão ↳ Bem-estar ↳ Tranquilidade ↳ Conhecimento/Aprendizagem – “Acrescentei algo à minha vida” (sic)



APÊNDICE 12

Avaliação da Intervenção “Eu... Para a Família”

Avaliação da Intervenção “Eu... Para a Família”

Grupo participante: 7 utentes (com idades entre os 27 e os 65 anos de idade), internados por motivos que se enquadram na Perturbação Afetiva Bipolar, na Perturbação Afetiva Depressiva Major, na Esquizofrenia e na Perturbação da Personalidade – Cluster B. Estiveram presentes também a OC, a Enfermeira-Chefe e a Enfermeira Coordenadora do Internamento.

Local de Realização: Sala do Refeitório

Duração: 1h10minutos

Grelha de Avaliação da Intervenção “Eu... para a Família”

Itens a Avaliar		Descrição
Dados das narrativas dos utentes: Como se veem/sentem que são vistos pelo grupo familiar		<ul style="list-style-type: none">↳ Irresponsável↳ Preguiçoso↳ Pena↳ Doente↳ "Pobre filho" (sic)↳ Responsabilidade↳ Dificuldade↳ Médica↳ Rabugenta e persistente↳ Suporte da família/Sufoca a família↳ Desilusão para os filhos/Importante para os filhos↳ "Os filhos «ralham» comigo" (sic)↳ "Veem-me com bons olhos" (sic)
Reações dos utentes durante a atividade	Comunicação Verbal (participação)	<ul style="list-style-type: none">↳ O N. apresentou tom mais monocórdico que o habitual↳ Durante a atividade houve vários momentos em que alguns dos participantes procuraram dar o reforço positivo a outros utentes, após as narrativas destes.

	<p>Comunicação Não-Verbal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Os momentos de silêncio que ocorreram após a participação do N. (durante a sua intervenção apresentou fraco contacto visual) e após a participação da A. ↳ A A. apresentou-se muito chorosa durante a sua intervenção.
<p>Dificuldades sentidas pelos utentes durante a atividade</p>		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Dificuldade em desenhar ↳ Constrangimento em “não poder, em consciência, dar largas ao verdadeiro amor recíproco inter-familiar” (sic - P.) ↳ “Dificuldade em escolher a ideia acerca da minha família” (sic – N.) ↳ “Senti alguma dificuldade até conseguir exprimir tudo o que me faz estar triste e oprimida” (sic – A.)
<p>Ganhos sentidos pelos utentes com a atividade</p>		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Partilha de testemunhos ↳ Incentivo ↳ “Foi muito benéfico conseguir deitar tudo para fora, fiquei um pouco mais aliviada” (sic – A.R.)



Apêndice 13

Notas das Entrevistas com os Familiares em Contexto de Internamento

Notas das Entrevistas Com os Familiares em Contexto de Internamento

Entrevistas	Aspetos factuais	Aspetos emocionais
<p>Mãe e Irmã do V. S.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acontecimentos de vida como promotores do adoecer mental – divórcio, desemprego, perda de direitos parentais, conflitos familiares com a ex-esposa e com a irmã, processo de inabilitação em curso, rede de apoio social muito reduzida (isola-se do contacto com as outras pessoas) - A alteração comportamental (dificuldade na gestão da contrariedade e frustração, com discurso alterado e agressivo) do utente foi notada previamente ao internamento, com a consciência da família em como precisava de ajuda, mas com ausência de crítica para tal, por parte do utente. - Preocupação face ao futuro (não ter consciência de aspetos básicos e atividades instrumentais que têm que ser levadas a cabo no dia-a-dia). 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação - Tristeza - Raiva/Zanga subjacente, não verbalizada <p><i>Pontos a destacar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - a irmã evidenciou uma postura de alguma preocupação, sim, mas também algum distanciamento da situação, mostrando-se muito prática salientado os aspetos operacionais da mesma (como vai ser a alta, ter que se organizar para tal...) - a mãe mostrou-se preocupada e triste. Por vezes pareceu-me apresentar uma postura de “estar conformada”.
<p>Mãe do D.H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rede social muito pobre – isolamento social presente desde sempre - Falta de apoio enquanto mãe, por parte dos profissionais de saúde, aquando do primeiro contacto do filho com acompanhamento do foro psiquiátrico – não ajudaram “a lidar com ele” (sic) - Estigmatização social sofrida pelo filho por parte dos colegas de trabalho - Preocupação como o futuro do filho face à possibilidade de perda de emprego que tem, estando a mobilizar-se para resolver a situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação - Culpa “Fui a mãe que consegui ser...” (sic) – chorosa, angustiada - Revolta - Desamparo/Abandono - Raiva <p><i>Pontos a destacar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - No início da entrevista a mãe apresentou uma postura que me pareceu rígida, algo defensiva, que acabou por perder, tendo mostrado toda a sua própria vulnerabilidade.
<p>Mãe da D. R.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Períodos de crise da filha como promotores de instabilidade familiar, por alteração principalmente nas relações pai-filha – dificuldade na aceitação da vulnerabilidade da filha por parte do pai, na perspetiva da mãe “O pai inicialmente não entendia que era a doença e ralhava 	<ul style="list-style-type: none"> - Não aceitação/Negação - Culpa

	<p>muito com ela e ela ficava ainda mais irritada “ (sic)</p> <ul style="list-style-type: none">- Com o internamento houve mudança de atitude por parte do pai – ““agora, quando ela foi internada, ele tem pena... a gente tem pena, não é?” (sic)- Falta de apoio por parte dos profissionais de saúde para fazer face à necessidade de saber como atuar quando a filha está em crise “Gostava que me dissessem como é que devo fazer quando ela está pior; devo contrariar... devo fazer o que ela quer? Eu não sei se estou a agir bem...”(sic)- Educação como origem da vulnerabilidade – onde erraram?	<p><u>Pontos a destacar:</u></p> <p>Ao longo da entrevista, a mãe apresentou uma postura calma embora me tivesse deixado transparecer algum cansaço, eventualmente a postura de alguém que já passou por esta situação noutras ocasiões como de facto já aconteceu (1 internamento + 2 tentativas de suicídio anteriores)</p>
--	--	---

APÊNDICE 14

Notas das Entrevistas de Preparação do GIP

Notas das Entrevistas de Preparação do GIP

Entrevistado (Parentesco)	“Compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental e sua família”	“Identificar a forma como é vivenciado o período crítico do estabelecer do diagnóstico pelos membros da família”	”Compreender os mecanismos de <i>coping</i> usados na gestão emocional que ocorre no processo de reorganização familiar”
<p>M.L.F (Mãe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “e o meu filho anda assim... ora tá bem, ora tá mal...” (sic) – <u>instabilidade</u> - Referiu sentir-se <u>preocupada</u> referindo que nota que ele não está bem - Reportou-se também à <u>desorganização do seu espaço</u>, do seu quarto, onde “ninguém lá entra” (sic). Disse “eu já entendi que ele não consegue...” (sic) - <u>atrito na relação familiar</u>: “a minha relação com a minha sogra degradou-se imenso por causa disto, mas são águas passadas” (sic) - “e eu acho que ele só os perde [os empregos] por culpa dele... e eu já lhe disse... tive que lhe dizer... é bom que se lhe diga, não é?”; referiu que já muitas vezes lhe disse que “se as coisas não te correm bem a culpa não é nossa, se calhar é mais tua... não é nossa!” (sic) e algo que a <u>irrita</u> é “eu chamo-o para o almoço e ele não aparece... vou lá acima, bato à porta e entro e ele fica danado e diz «estava no meio de um sonho... e agora não acabo o sonho»... não há paciência!... e eu acho que ele já sonhou demais” (sic) – <u>crítica, irritabilidade</u> (elementos da emoção expressa). - Entende o <u>trabalho/uma ocupação profissional</u> como um fator que promove a 		<p>Apesar de o que a senhora relatou reportar-se não ao período peridiagnóstico, mas sim, maioritariamente a questões enquadradas na cronicidade, é possível colocar aqui alguns aspetos que referiu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “sobre isto não há conversa” (sic) - evitamento - Quando ele voltou, “estava num estado... completamente...e foi quando eu e a minha filha... mesmo sem o meu marido saber e a minha sogra...resolvemos que ele precisava de ser internado (sic). – resolução de problemas. - rede de apoio pessoal: a madrinha do filho, algumas amigas com quem desabafa e a filha mais velha que lhe tem dado muito apoio e que se preocupa muito com o irmão

	<p>manutenção da saúde mental do filho; <u>medicação como fator promotor da melhoria</u></p> <p>- apesar de pensar mais no dia-a-dia, a <u>preocupação</u> do marido “é o que vai ser do meu filho quando a gente se for embora... a preocupação é que a gente lhe deixe alguma coisa e ele em dois dias...desbarata e fica sem nada” (sic); destacou a preocupação que a irmã tem com este aspeto, uma vez que será nela que irá recair essa responsabilidade um dia.</p>		
	<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>- Relativamente a esta entrevista, o que mais se destacou foi a falta de comunicação entre o casal acerca do filho. Este ponto, a meu ver, condiciona todo o processo de tomada de decisão e de apoio mútuos face a uma questão que interfere de forma tão profunda no ambiente familiar, ambiente esse que, por norma, se pretende que funcione como um pilar terapêutico na reabilitação da pessoa com perturbação mental.</p> <p>Para além disso, o não envolvimento do pai nas questões do plano terapêutico do filho e a sua recusa em falar do assunto, fazem transparecer, no meu ponto de vista, a sua necessidade de apoio, no sentido de se reconciliar com o facto de o filho ter uma perturbação mental.</p>		
<p>M.I.G. (Irmã)</p>	<p>- o que agrava a situação do irmão é o <u>falhar da medicação</u> e também algumas <u>tensões ou problemas familiares</u>; a <u>medicação é, então, um fator que propicia a estabilidade</u>, bem como o <u>apoio médico e o apoio familiar</u></p> <p>- “cada crise tem sido pior” (sic), nomeadamente em termos da agressividade demonstrada</p> <p>- as consequências que a perturbação do irmão lhe trouxe são: preocupação diária, muita ansiedade nas crises (notando uma acentuada queda de cabelo), mas sabe</p>	<p>- Quando se começou por explicar o propósito do GIP e a sua componente de prestar informação aos familiares acerca das perturbações do foro psiquiátrico referiu que lhe parece muito importante um vez que “já lá vão 15 anos de experiência e tudo o que sei aprendi sozinha” (sic) e referiu também ter ficado “muito contente por alguém ter ligado, porque foi a primeira vez” (sic).</p> <p>- Referiu que, até agora, “sou eu para tudo” (sic) e que apenas na última recaída do irmão já teve apoio da namorada deste.</p> <p>- “não há coisa mais frustrante que</p>	<p>- está a fazer Psicoterapia com uma Psicóloga, desde há um ano, tendo referido “senti a necessidade de o fazer” (sic) e refere sentir muito apoio por parte dos amigos e primas, com quem pode conversar – <u>procura de apoio profissional e de suporte social</u></p> <p>- Faz artesanato: “é o meu mundo” (sic), passeia, lê, dança “tenho tido oportunidade para isso – eu não morri!” (sic) e “Desligo de tudo e não quero saber de ninguém quando estou de férias!” (sic) – <u>distanciamento da situação</u></p>

	<p>que “a vida tem que continuar” (sic);</p>	<p>precisarmos de ajuda e não haver um único ser humano que ajude!” (sic)</p> <p>- “se eu tivesse tido ajuda... houve alturas em que eu tive que optar se cuidava da minha mãe ou do Carlos” (sic)</p> <p>- muita ansiedade nas crises (notando uma acentuada queda de cabelo) – “na altura nem tenho tempo para pensar... é só agir, agir, agir... e só depois é que penso nas coisas” (sic)</p>	<p>- as crises tendem a colocar em causa a segurança dos pais, se necessário já tem chamado a polícia, acrescentando “e não tenho problema nenhum com isso... é uma decisão que tenho de tomar e faço-o sem qualquer dúvida se ele colocar os meus pais em risco” (sic) – <u>resolução de problemas</u></p>
<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>- No geral, nesta entrevista, a questão que mais se evidenciou voltou a ser a da falta de apoio sentido durante a fase mais crítica, nomeadamente, nas crises, que foi o aspeto que a senhora mais destacou. No entanto, também deixou expresso que ao longo de todo o tempo de convivência com o irmão desde o início da sua perturbação, em 15 anos, “o que aprendeu foi sozinha” (sic) o que me deixa inferir que, tal como é referido na bibliografia, o período de crítico dos primeiros sinais também foi vivido sem orientação.</p> <p>No entanto, a ideia com que fiquei é que apesar da ansiedade que verbaliza nos momentos de descompensação, acabou por conseguir definir muito bem o seu espaço de bem-estar mental e manter as atividades que a ajudam a cuidar de si e, em última análise, manter as suas capacidades como cuidadora.</p>			
<p>M.B.C. (Filha)</p>	<p>- <u>ausência de uma ocupação</u> e o <u>computador</u> foram coisas que percebeu que foram prejudiciais</p> <p>- quando começou a <u>tomar a medicação</u> é que começou a melhorar. Atualmente o <u>falar com o Psicólogo</u> e o <u>tricot</u> também estão a ajudar,</p> <p>- é importante que a <u>família esteja presente para dar apoio</u></p>	<p>- o início da doença foi <u>difícil</u> porque a mãe estava delirante</p> <p>- reportou elevada sobrecarga na altura do internamento: “a sobrecarga naquela altura foi brutal” (sic), referindo-se maioritariamente aos aspetos mais práticos do dia-a-dia:</p> <p>- antes do internamento o apoio ao pai também foi difícil</p> <p>- toda a situação agravou a sua depressão (da entrevistada), que piora com o não dormir e “nessa altura os nervos alteraram-se, meu sistema nervoso alterou-se e não dormia” (sic) e teve que mudar de medicação</p> <p>- fico muito nervosa... irrita-me, fico triste com toda a situação e à frente deles sou</p>	<p>- Articular-se com a irmã e o pai foi a forma de lidar com a situação prévia ao internamento – <u>gestão da situação</u></p> <p>- tem algumas pessoas de suporte: colegas de trabalho que sabem da situação e até mesmo a patroa; o marido com quem pode falar acerca do assunto e com quem pode desabafar – <u>procura de suporte social</u></p> <p>- O trabalho dá-me prazer e passear, “é o meu filho que me puxa” – <u>distanciamento da situação</u></p>

		<p>forte, mas depois tenho de pôr cá para fora... eu vivo muito as coisas e é por isso que, à noite, acabo por não conseguir dormir”</p>	
	<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>- Nesta entrevista destaco essencialmente a dificuldade que a senhora apresentou em falar da sobrecarga mais subjetiva que o acompanhamento da mãe nos períodos mais críticos da perturbação, que acabou por descrever, lhe causaram. Mesmo quando questionada diretamente, o rumo da conversa acabou por ser levado novamente para as questões mais objetivas da vida diária. Só à terceira abordagem da questão da sobrecarga é que acabou por referir que fica “nervosa”, “triste”, “irritada”, emoções estas que acaba por gerir, aparentemente não em situação, mas posteriormente, fazendo a sua catarse junto de colegas do trabalho e também com o seu marido.</p> <p>Para além disso, esta senhora chamou igualmente a atenção para algumas das estratégias que usou para solucionar a dificuldade familiar em ir visitar a mãe quando esteve internada.</p>		
<p>C.S. (Mãe)</p>	<p>- Verbalizou a grande preocupação que sempre teve relativamente ao isolamento que o filho sempre demonstrou ao longo dos anos, permanecendo por longos períodos confinado ao quarto, descrevendo a própria interação familiar como quase nula; referiu que já lhe chamou a atenção para o facto de o estreitar de relações entre eles “não vai ser fácil, uma vez que durante anos e anos e anos fizeste exatamente o contrário e as coisas esfriaram... por isso, para haver uma reaproximação não pode ser assim!” (sic). – <i>Senti aqui o tom acusatório e culpabilizante desta mãe para o filho revelando aspetos de emoção expressa.</i></p>	<p>- nunca ter havido o interesse de falarem e de questionarem os pais, referindo que, a dada altura, foi ela que tomou a iniciativa de enviar um email com questões que considerava relevantes</p> <p>- considera vital que tivesse havido diálogo com a família “quem está em casa não está preparado nem informado para nada” (sic).</p>	<p>- referiu-se ao marido como uma pessoa que é mentalmente forte e que a apoia muito – <u>suporte social</u>.</p>
	<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>Ao longo de toda a entrevista, procurei estar também atenta à forma como a OC comunicava, não só com o D., mas principalmente com a mãe deste, uma pessoa que se me afigura como difícil, até agressiva, pela sua tendência extremamente crítica e culpabilizante, ao atribuir com frequência culpa a outros por certos aspetos da sua vida - “não arranjo emprego porque quem está do lado de lá não me chama para as entrevistas...como convencê-los a fazê-lo? Eu não posso lutar contra o mundo!...” (sic); “o D. não interage em casa...”</p>		

	<p>para nos reaproximarmos não pode ser assim se durante anos e anos e anos ele fez o contrário” (sic) –</p> <p>Na verdade, tendo a consciência de que tenho muita dificuldade em lidar com a agressividade do outro que, na maior parte das vezes me faz “encolher” por dentro e ficar sem resposta para dar (o porquê ainda não sei, mas espero descortinar um dia), e ao reconhecer algo deste traço na forma desta senhora se expressar, queria absorver o máximo de impressões da sua interação com a OC.</p> <p>O aspeto principal que captei em toda a entrevista foi, essencialmente, o “dar espaço” para a mãe expor e extravasar toda a sua crítica face aos aspetos que a perturbavam em relação à situação do filho, sabendo que alguém a estava a ouvir, e com disposição para lhe prestar o apoio necessário... tendo culminado na sua própria catarse face ao seu percurso de vida – o que creio que aconteceu exatamente porque esse espaço e essa presença efetiva lhe foram dados em associação com a necessidade, que me parece ter, de falar de si e das suas dificuldades.</p> <p>Entendo que a intervenção que pode ser realizada com o D. ao nível comunitário, passa não só pela administração da medicação injetável, mas principalmente pelos aspetos psicossociais da sua reabilitação, nomeadamente no que se refere a atividades no âmbito ocupacional (onde a articulação com outros membros da equipa multidisciplinar é essencial) que ajudem a colmatar duas questões que o preocupam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a interação social - o arranjar um emprego. <p>Neste sentido, torna-se importante trabalhar com ele o seu projeto futuro, nomeadamente a sua intenção relativamente ao Exército e também as questões relativas às opções nas proximidades de casa, uma vez que a distância também se traduz como um problema para o D..</p> <p>No entanto, creio que, dado o papel essencial que a família representa em todo o processo de recovery, será de grande importância também atuar junto da mesma e, neste momento, refiro-me especificamente à pessoa da mãe dele, na medida em que não conheço ainda o padrasto (que é descrito pelo D. e pela mãe como uma base de apoio) ou a irmã.</p> <p>Assim, atendendo à interação que nos foi dada a ver nesta entrevista, e tendo em conta a bibliografia já consultada acerca do conceito de “emoção expressa”, pude reconhecer aqui alguns aspetos que nele se enquadram, nomeadamente os “comentários críticos” e “hostilidade” que surgiram em algumas ocasiões durante a entrevista. Como tal, este constitui-se como um aspeto onde intervir, no sentido de fomentar a serenidade no ambiente familiar necessária à estabilidade do D..</p>	
<p>M.M.R. (Filha)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - uma das preocupações da mãe é a sua ausência - a medicação é um factor que ajuda na estabilidade da mãe - “as principais dificuldades... quando ela está assim pior... é eu ter feito o comer e ela chegar à mesa, depois de eu ter tudo feito e ela dizer «eu não quero!»... logo 	<ul style="list-style-type: none"> - “sei lá... digo-lhe «se não queres...fica aí... quando quiseres...» às vezes desligo um bocado... mas passado uns 5 – 10 minutos ou eu ou o meu pai vamos lá para que ela não vá para a cama sem comer” (sic) - <u>distanciamento</u> - atividades que lhe dão prazer, nomeadamente o estar com o seu

	<p>aí...quando ela está assim... e o meu pai chama-a a atenção que eu tive todo o trabalho e agora é que ela diz... e a preocupação é tentar fazê-la comer” (sic)</p>		<p>namorado, ir ao cinema, tecelagem - <u>distanciamento</u></p> <p>- pessoas de apoio com quem desabafa acerca dos aspectos que a preocupam são o pai, os tios que moram com eles, e uma colega da escola que teve uma irmã com um problema semelhante – <u>suporte social</u></p>
<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>- Um dos aspetos que destaco desta narrativa prende-se principalmente com a dificuldade que as pessoas sentem em verbalizarem a forma como determinada situação as faz sentir. Neste sentido, as respostas dadas por esta senhora, mesmo quando feitas de forma direta, foram maioritariamente tangenciais ou então, nunca concretizadas efetivamente.</p> <p>Entendo que este aspeto se prenda com variados fatores, não só de ordem pessoal de cada um – esta senhora verbalizou “não sou de falar muito” (sic) em determinado momento da entrevista – mas principalmente com o constrangimento de se expor perante alguém com quem não há uma relação terapêutica estabelecida (era a primeira entrevista com a OC e também estava eu presente) acerca de uma questão tão difícil como será o ter um familiar com perturbação do foro psiquiátrico.</p>			
<p>M.P.C. (Mãe)</p>	<p>- a dificuldade em aceitar a perturbação do familiar, eventualmente pelo estigma social a ela associado – Referiu, ao ser questionada se sabia o nome da perturbação diagnosticada ao filho “<u>Sei, mas não quero dizer</u>” (sic) e, quando o médico a voltou a questionar, a senhora acabou por dizer “<u>Eu não acredito que ele tenha isso!</u>” (sic); “nem quero acreditar que ele vai para pior... nem penso nisso... nem pensar se não dá-me uma coisa!” (sic)</p> <p>- a dificuldade em gerir determinados comportamentos apresentados pelo familiar e a tristeza e “nervos” que estes lhe provocam – referiu que as suas principais dificuldades estão aliadas ao seu comportamento: “é aquele excitação, na maior parte das vezes é aquela inquietação em que diz que faz</p>	<p>- A mudança comportamental inicial - “Eu lembro-me que o <u>T. era um miúdo normalíssimo</u>, que trabalhava, ia para o emprego, ia para a praia, saía com amigos, nunca me preocupei com nada, nunca me deu grandes trabalhos... um miúdo normalíssimo e, de repente... de um dia para o outro, <u>começou a ficar assim... esquisito... já foi há tanto tempo [6 anos] que eu já não me lembro se ele está melhor com ou sem a <u>medicação</u></u>” (sic).</p> <p>- ao reportar-se ao último episódio de recaída do filho, dizendo “o que se passou foi muito violento... foi realmente muito violento... e eu acho que se ele tivesse outro apoio ele não passava por isso... talvez uma consulta menos longe, com menos espaço uma da outra” (sic)</p>	<p>- atividades lúdicas e de estudo – para se distrair de todas estas dificuldades e preocupações, vê televisão e lê. - <u>distanciamento</u></p> <p>- apoio de pessoas significativas, nomeadamente amigas com quem fala telefonicamente – <u>suporte social</u></p> <p>- estratégia de controlo de comportamentos: “<u>quando ele me vê nervosa ou irritada ou assim... e depois acaba-se logo e ele faz logo o que eu quero</u>” (sic)</p>

	<p>aquilo e faz aqueloutro ... noutras vezes passa os dias a dormir... é o oito e o oitenta... enervo-me... enervo-me... dou gritos e digo-lhe que não pode ser!...” (sic)</p> <p>- perda de vida própria – referiu que <u>“com isto do T... tem-me prendido muito em casa”</u> (sic)</p> <p>- quando questionada como é que era, no dia-a-dia lidar com a situação, e a senhora respondeu <u>“é muito difícil... é muito difícil... dá-me muita vontade de chorar, dá-me muita tristeza... vê-lo assim dá-me muita tristeza”</u>(sic).</p>		
	<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>- Um primeiro aspeto que destaco desta entrevista refere-se à falta de crítica/negação da perturbação que aqui é demonstrada tanto pelo utente como pela sua mãe. Esta comunhão de opiniões dificulta sobremaneira todo o processo de tratamento, quer na sua vertente farmacológica, quer psico e socioterapêutica, uma vez que, se não consideram a presença de um problema, não estarão disponíveis para a aplicação de uma solução. No entanto, esta negação por parte da senhora parece, por outro lado, ser apenas relativa à natureza da perturbação do filho, na medida em que refere que nota uma mudança nele “começou a ficar esquisito” (sic), mas não aceita que ele tenha esquizofrenia. Tal como o próprio médico fez referência, também me parece que toda esta dificuldade emerge do estigma social que as perturbações do foro psiquiátrico estão ligadas, ao ponto de haver uma recusa da senhora em dizer o nome do diagnóstico do filho, ou até acrescentar “tenho pavor!” (sic).</p> <p>Uma outra questão relevante refere-se aos episódios de interação mãe-filho que a senhora acabou por narrar, os quais traduzem algum grau de emoção expressa, em especial na vertente de comentários críticos que deu a conhecer.</p>		
<p>M.L.L. (Mãe)</p>	<p>- a crítica pela ociosidade, traduzindo aqui também a presença de alguma emoção expressa na relação mãe-filho, e a necessidade de impor regras e responsabilidades ao filho – referiu que ele escolheu viver assim, está lá com “outros rapazes que depois são dados à malandrice, deixam de trabalhar e depois já são discriminados porque ninguém dá trabalho, porque as coisas são mesmo</p>	<p>- a dúvida e confusão inicial – “no princípio... eu não conseguia perceber como é que uma pessoa de um momento para o outro ficava naquele estado... fiquei completamente desorientada, não me conformava...” (sic); “no princípio sofri muito, muito, muito mas agora já me habituei com a situação e estou mais tranquila agora</p> <p>- A aceitação – referiu que certa ocasião um</p>	<p>- referiu que foi a muitos psicólogos “para saber lidar porque no princípio... eu não conseguia perceber como é que uma pessoa de um momento para o outro ficava naquele estado... fiquei completamente desorientada, não me conformava...” (sic) – <u>procura de ajuda especializada</u></p> <p>- apoio de amigos e vizinhos – <u>suporte social</u></p> <p>- realização de atividades que lhe trazem</p>

	<p>assim, apegam-se à malandrice e não fazem nada, habituam-se a este mau viver e acabam por morrer, uns com uma coisa, outros com outra... tantos que já vi assim desde que o P. está lá, há uns 10 anos” (sic); disse que por vezes lhe diz “eu não estou a engordar nenhum porco... tens que fazer alguma coisa para seres útil na vida porque o ser humano quando não é útil na vida não está a fazer nada aqui!” (sic), e acaba por lhe dar algumas tarefas para fazer, na tentativa de o manter ocupado e responsabilizá-lo.</p> <p>- a preocupação com o futuro do filho</p>	<p>psicólogo lhe disse que nunca tinha visto uma pessoa encarar as coisas como ela o fazia e a senhora disse que “ o que é que eu vou fazer... eu não vou-me matar!... se eu for abaixo, é mais uma pessoa que vai abaixo... eu tenho que ter a auto-estima em cima para ajudar aquele que está em baixo e já são tantos anos que realmente a própria natureza vai-nos ensinando a lidar com as coisas” (sic)</p>	<p>bem-estar (viajar e organização de eventos) – <u>distanciamento</u></p> <p>- Referiu não há coisas que deixe de fazer por causa do filho e que “se quiser viajar ou ir a uma excursão, ele vai comigo... ele não me limita em nada” (sic).</p>
<p>Outros aspetos a destacar:</p> <p>- Desta entrevista destaco uma diferença de discurso relativamente à maioria das entrevistas registadas, na medida em que esta senhora parece ter assente uma forma muito assertiva de encarar o facto de ter um filho com perturbação mental, entendendo a necessidade de se nutrir e fortalecer para poder apoiar o filho. Sublinhou a sua dificuldade inicial, referindo como o tempo lhe trouxe a experiência para chegar a este patamar de entendimento, o que me faz crer que, mesmo que tenha havido a questão da “culpa” inicialmente, esta não me parece estar presente agora, até porque chegou mesmo a verbalizar ter feito e continuar a fazer tudo o que podia pelo filho.</p>			

APÊNDICE 15

Notas das Entrevistas com os Familiares em Contexto da Comunidade

Notas das Entrevistas com os Familiares em Contexto da Comunidade

Entrevistado (Parentesco)	“Compreender a problemática da vivência da pessoa com perturbação mental e sua família”	“Identificar a forma como é vivenciado o período crítico do estabelecer do diagnóstico pelos membros da família”	“Compreender os mecanismos de <i>coping</i> usados na gestão emocional que ocorre no processo de reorganização familiar”
<p>M.L.F (Mãe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a emoção expressa – comentários críticos e a forma como a perturba os comportamentos de ordem mais negativa que o filho evidencia, atendendo à limpeza e arrumação do seu espaço e das suas coisas, mas também face à sua aparentes falta de iniciativa para empreender esforços para se ocupar; a desaprovação/irritação face ao comportamento da sogra que parece não ter crítica face à situação do neto. - a dificuldade comunicacional no seio familiar – que me parece emergir da dificuldade da aceitação da situação - a incerteza face ao futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - os primeiro indícios, a desconfiança inicial, sem conseguir identificar o problema em concreto - a culpa de não ter estado atenta - a decisão solitária do início do acompanhamento psiquiátrico e posterior internamento – apesar da aparente convicção da decisão tomada, a hesitação no discurso e a forma como o verbalizou deixou-me a sensação da dificuldade em dar esse passo sem o suporte do marido. - a saturação face à situação como promotora de intolerância relativamente a determinados comportamentos - cansaço - sentir-se esgotada 	<ul style="list-style-type: none"> - confrontar o filho face a determinado comportamento que a perturba - ignorar a situação - ler, ir ao centro comercial, mas identifica que atualmente quase não tem momentos seus.
<p>J.T. (Marido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a perturbação/irritação causada por determinados comportamentos/attitudes - a perturbação no levar a cabo as tarefas do dia-a-dia - a incerteza constante - “é esgotante” (sic) – o convívio com determinados comportamentos - o desvio imposto ao futuro planeado 	<ul style="list-style-type: none"> - a dificuldade de aceitação pelo inesperado da situação - “tudo isto me baralhava” (sic) – o convívio com comportamentos bizarros, não condizentes com a pessoa que se conhecia - a dúvida: “eu duvidava que isto fosse verdade!” (sic) 	<ul style="list-style-type: none"> - a racionalização: “o problema volta e isto irrita... irrita... mas também a gente ferve cá dentro mas depois, passado um bocado a gente começa a pensar que é mesmo assim” (sic) - o apoio dos filhos - o apoio de pares

<p>M.L.L (Mãe)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - referiu que o início “foi muito complicado, eu ia para a cama e tinha pesadelos, ficava perturbada, como é que uma pessoa, de um momento para o outro, torna-se de outra maneira... uma vez encontrei-o na rua todo sujo... aquilo mexeu muito comigo... - referiu que “ o que foi mais difícil de lidar foi o ver aquela pessoa que eu via que trabalhava, um rapaz bonito, bem vestido, e que de repente virou um farrapo humano. Estragou completamente a vida dele...” (sic). - Referiu que foi uma altura “muito complicada” (sic). Disse “eu fiz tudo, tudo o que podia” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> - “...eu ia a psicólogos como eu disse, para me orientar... foi assim que aprendi a lidar com a situação” (sic). – procura de apoio de profissionais - Referiu que com o tempo percebeu “eu não vou me matar... tenho que aprender a viver com a situação” (sic). – Aceitação/ racionalização
<p>S. D. (Filha e Irmã)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - paciência/tolerância como capacidades essenciais à convivência – “a maior dificuldade é a paciência” (sic) - ambiente familiar maioritariamente disruptivo, com padrões de comunicação familiar baseados na agressividade – “há uma agressividade latente lá em casa” (sic) - o atingir dos limites pessoais, caracterizado por períodos de exaltação – “bato com as portas...e digo uns disparates... mas é raríssimo... mais por desespero do que por ser agressiva” (sic); “... e às vezes é muito difícil de me conter... e expludo...” (sic) - convívio com comportamentos perturbadores – dificuldade em ter momentos de sossego - zanga vs culpabilização 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em perceber que se tratava de uma perturbação grave – “não estava desperta para o problema” (sic); “foi complicado perceber que ela tinha uma perturbação muito grave... com o meu irmão foi mais difícil porque eu era muito nova” - Dificuldade na aceitação da doença – “foi muito difícil aceitar que ele estava doente... foi difícilimo... eu achava que ele não queria era trabalhar, que era preguiçoso... que era muito inteligente e que não aproveitava as capacidades que tinha...” (sic) - Comportamentos atribuídos a falhas de carácter numa fase inicial com posterior culpabilização – “eu pensava tudo menos que ele era doente” (sic) - Mágoa - Revolta - Angústia – “... foi muito difícil... foi horrível” 	<ul style="list-style-type: none"> - atitude conciliadora – «gere a agressividade latente “com paninhos quentes, como se costuma dizer...tentar ser conciliadora e apaziguadora” (sic)» - Afastamento da situação – “eu tento-me afastar, tento-me proteger mas fico muito triste quando isso acontece” (sic) - Racionalização – “mas eu sei que é algo que ele não controla e acaba por nem se lembrar...” (sic); “depois fico a pensar que isto não é maneira de lidar com a situação, mas eu tenho que lidar com ela todos os dias...” - viajar - Ajuda profissional – Psicoterapia: “depois comecei a trabalhar mais isso [o facto de o irmão ter uma perturbação mental] e hoje consigo aceitar bem... sem mágoa!” (sic) - consciencialização dos limites e

	- sobrecarga	(sic)	necessidades pessoais - abstração das situações - Rezar - Companhia de amigos e da família
--	--------------	-------	---

APÊNDICE 16

Notas da Observação dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM)

Notas da Observação dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM)

O primeiro grupo a ser constituído foi o do Local A que, como tal, acaba por integrar um maior número de participantes que o Local B, que é mais recente. Tratando-se de um GAM, não há a presença de técnicos de saúde, sendo as reuniões moderadas por antigos participantes do Grupo de Intervenção Psicoeducativa (GIP) para famílias da ECSMP. São pessoas que representam estes grupos de famílias formalmente, e procuram levar a cabo um importante objetivo de proporcionar uma melhor integração e qualidade de vida à pessoa com perturbação mental e sua família, dentro da comunidade.

As reuniões acontecem com uma periodicidade mensal, aos sábados (o primeiro e o último de cada mês, dependendo do grupo), com a duração de 2 horas.

Sessão	Testemunhos	Considerações
GAM – Local B (1ª sessão)	<p>- Estiveram presentes 9 pessoas.</p> <p>- Uma participante destacou que, atualmente, <u>a família recebe o doente sem estar preparada para isso e, para além disso vai envelhecendo e chega a um momento em que não tem condições físicas para continuar a cuidar</u>, tendo destacado a propósito do seu caso particular, “sentir-se revoltada” por deixar ao filho mais novo a “herança de ter que cuidar do seu irmão doente” (sic).</p> <p>- Uma participante revelou aquilo que sentiu no início: “costumo definir aquilo que senti como um murro muito grande no estômago... nunca me deram um murro no estômago, mas eu acho que deve ser tão violento como aquilo que eu senti, porquê?... Porque era uma situação nova... o desconhecido é associado ao medo...” (sic). “todos nós, a princípio temos dificuldade em aceitar a doença quando ela se apresenta... aos poucos vamos fazendo o nosso próprio trabalho sem tomarmos consciência...” (sic); “o ser humano tem tendência a lutar pela sobrevivência... começamos a fazer coisas para sobrevivermos, para não nos afundarmos até porque há alguém para cuidar, e o</p>	<p>Pelo que pude entender desta primeira sessão, um dos propósitos destes grupos é, não só prestar o apoio interpares para as situações e dificuldades que cada família vive, a maior parte delas comuns a todos, mas também dar a conhecer aos participantes as ações e programas que estão a ser desenvolvidos pelas entidades competentes dentro do âmbito da saúde mental e que possa ter algum impacto nas questões familiares. Para tal, os moderadores frequentam e participam com frequência em todo o tipo iniciativas (congressos, encontros, reuniões) dentro da área da saúde mental, levando para o GAM os aspetos que destacam como mais importantes, no sentido de manter também as pessoas informadas do que têm à sua disposição.</p> <p>A destacar para o projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A não preparação prévia da família para a receção ao utente - A dificuldade de aceitação da doença; o percurso de consciencialização que ela implica, percurso esse que começa assente no agir que emerge de dois instintos primários: o de sobrevivência e de o cuidar - O grupo como promotor do dimensionar das situações pessoais de cada um e facilitador da gestão da frustração do cuidador

	<p>instinto de cuidar é um dos instintos primários, tal como é o de sobrevivência” (sic). Referiu ainda que “nos grupos aprende-se a relativizar os nossos problemas... aprendemos a dar-lhe dimensão e o facto de percebermos que o nosso problema não é assim tão grande, permite-nos avançar... se de facto o meu problema não é tão grande como eu pensava, então há uma maior hipótese de eu conseguir lidar com ele...” (sic)</p> <p>- No ambiente grupal, aprende-se também a lidar com a frustração: “Os nossos familiares têm períodos em que dão 2 passos à frente, mas logo a seguir dão 5 atrás e a frustração do cuidador é muito grande... é ver que já se conseguiu chegar a um patamar... na saúde mental tudo o que se consegue alcançar é uma vitória... mas quando há um retrocesso, nos internamentos... é voltar ao ponto onde já se tinha estado e voltar a lutar para alcançar novamente as «vitórias» que já se tinham alcançado anteriormente” (sic)</p> <p>- Uma participante referiu que “ver as outras pessoas mais velhas que estão com ela na instituição e pensar que a minha M. será uma delas daqui a uns anos, custa-me tanto... e tivemos que pensar que as minhas filhas também têm a vida delas e terão que ser o suporte das férias e dos fins-de-semana mas não poderão cuidar da M. a tempo inteiro e a ida para a instituição pode ser uma forma de ela aprender a cuidar-se” (sic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A tomada de consciência de certos aspetos da relação cuidador-cuidado - O futuro do familiar como preocupação - Aspetos emocionais: revolta; “foi como um murro no estômago” (sic); frustração, ansiedade, preocupação
<p>GAM – Local A (1ª Sessão)</p>	<p>Estiveram presentes 18 participantes.</p> <p>- Abordaram a importância de os técnicos que trabalham com pessoa com perturbação mental, para além de reuniões de equipa para discutir os casos dos utentes, fomentarem também reuniões de equipa para falarem da sua atuação enquanto profissionais e enquanto pessoas, terem a capacidade de fazerem essa auto-análise uma vez que ambas as vertentes se influenciam mutuamente, e a forma como é essencial essa tomada de consciência por si próprio e também do que os outros pensam. Foi também acrescentado que é <u>uma discussão aberta desse género que permite à pessoa evoluir e melhorar a sua ação e “o que fazemos aqui não é mais nem menos do que</u></p>	<p>A destacar para o projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O autoconhecimento como essencial ao cuidar - A sobrecarga do cuidador e a falta de apoio que sentem - Certos aspetos da relação cuidador-cuidado que por vezes a transformam numa relação de “parasitismo” e a dificuldade de conviver com isso segundo os cuidadores - O luto pela doença do seu familiar - A preocupação pelo futuro do familiar <p>Aspetos emocionais: frustração, irritação, “estava deprimida” (sic), preocupação</p>

	<p><u>abrirmos a nossa alma e falarmos abertamente do que nos preocupa e ultrapassar assim esses problemas dessa forma”</u> (sic).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sublinharam que “não há nada melhor que a família para o doente, para o poder ajudar, no entanto, é preciso que tenham apoio, caso contrário, as famílias entregues só a si próprias, acabam por se esgotar” (sic); “antes de sermos cuidadores, algures lá à frente, vamos ver que somos pessoas e também precisaremos de ser cuidados... nesse sentido, se se conseguir esse apoio ao cuidador, talvez ele consiga continuar como cuidador durante mais uns anos... sem apoio... esgota” (sic). - Destacaram que há que se ter em consideração os direitos do doente, mas “os direitos humanos do cuidador também têm que ser respeitados... e tem que se definir esta zona cinzenta” (sic). - Uma participante referiu; “Já passei por uma fase em que sofri muito e quase que estava deprimida com a situação e isso passou... quase como que fiz um luto da doença da R.; tenho conseguido separar; estou a racionalizar e a gerir as minhas emoções... tenho a minha vida própria e eu acho que isso é muito importante; eu ainda estou a trabalhar e isso é muito importante para mim, mas o não estar sozinha com ela [tem o marido] faz toda a diferença” (sic) - Um outro interveniente que verbalizou a sua preocupação com o amanhã do filho; “se ele estivesse estabilizado... mas não está... como é que vai ser se ele decair ainda mais... para onde é que ele vai?” (sic) 	
<p>GAM – Local B (2ª Sessão)</p>	<p>Estiveram presentes 8 pessoas, incluindo um casal novo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A experiência inicial aquando do diagnóstico de um outro casal participante: “O diagnóstico foi a fase pior... foi difícil chegar à doença dele... continuo a achar que esse primeiro foi mal encaminhado pelos médicos, para já porque ele recusava-se a que nós soubéssemos o que ele tinha” (sic); referindo-se ao sigilo profissional: “eles não falavam connosco e tratámo-lo como se fosse preguiçoso, mas não nos diziam nada” (sic); “tínhamos um filho com uma infância e uma vida boa, um 	<p>Dada a presença de um casal novo, no sentido de proporcionar o acolhimento ao grupo, todos os participantes se apresentaram.</p> <p>Aspetos a destacar para o projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A fase de diagnóstico como a fase pior – o desconhecimento motor da incompreensão do comportamento do seu familiar - A sobrecarga do cuidador – o convívio com o familiar que “vai

	<p>emprego espetacular, um currículo ótimo e depois não é isto que se está à espera... leva-se assim um abanão, não é? Não se vai pensar que o nosso filho está com uma doença mental!! Para além de não estarmos bem informados, porque achamos que estas coisas nunca nos acontecem a nós, encontrei muitas barreiras para saber o que ele tinha” (sic).</p> <p>- “ainda hoje tenho o sentimento que, se tivesse sido informada, conseguiria ajudar o meu filho de maneira diferente... ninguém me dizia nada do que é que se passava... eu achava que ele não queria trabalhar!” (sic) – Culpa</p> <p>- Referiu sentir-se fragilizada e que tem tantas dúvidas e interrogações.</p> <p>- “... <u>assusta-nos o futuro</u>” (sic). O pai referiu “fico <u>revoltado</u> neste sentido, porque a escola nunca ajudou muito” (sic)</p> <p>- “Há um <u>cansaço grande</u> destes anos... quando tudo começou também tive uma atitude violenta porque não entendia ... na nossa cabeça isto é muito complicado” (sic)</p>	<p>moendo” (sic); que tem períodos de agressividade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perturbação do familiar como motor de disrupção familiar - Preocupação como o futuro - Falha das instituições no apoio aos familiares <p>Aspetos emocionais: resignação; “...leva-se assim um abanão, não é? Não se vai pensar que o nosso filho está com uma doença mental!!” (sic); preocupação, culpa, angústia, dúvida, impotência, “eu só chorava” (sic), revolta, cansaço</p>
<p>GAM – Local A (2ª Sessão)</p>	<p>Estiveram presentes 9 participantes.</p> <p>- Um participante abordou a dificuldade em falar com a filha “sobre o que lhe vai na cabeça, o que a preocupa” (sic), ao ser confrontado com temas mais complexos, que encerram uma “certa falta de lógica... uma instabilidade... uma linha de pensamento, que varia bastante ora para o positivismo ou para o negativismo” (sic). Disse que, por não conseguir ajudar, acaba por remetê-la “para o apoio psicológico quando entram num campo de lógica que não é a dele (pai)... eu não sou capaz de esgrimir com armas diferentes... não tenho argumentos” (sic). Acabou por referir que por vezes esta falta de capacidade da sua parte para lhe dar resposta, desencadeia nela alguma irritabilidade/conflito, o que frequentemente o leva a pensar “que o melhor é estar calado” (sic).</p> <p>- Em resposta ao aspeto anterior, um outro participante referiu ter já assumido que a sua lógica não tem nada a ver com a lógica do filho; que são, na maior parte das vezes, opostas, resultando numa dificuldade de comunicação por ele sentida:</p>	<p>Aspetos a destacar para o projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A dificuldade na gestão da sintomatologia no convívio do dia-a-dia – como lidar com uma lógica/uma organização de pensamento diferente? - A implicação na relação familiar – a escassez/ausência de diálogo dentro da família; o conflito que se instala - O convívio com o familiar – dificuldade na gestão de comportamentos e o emergir da emoção expressa <p>- Aspetos emocionais:</p> <p>A emoção não verbalizada – tom de voz e linguagem corporal como tradutores dos estados internos.</p>

“quase não há diálogo entre mim e o meu filho, a não ser nas coisas mais elementares... ter uma conversa com ele sobre um determinado tema, para mim, é praticamente inviável porque rapidamente entramos em oposição, porque o raciocínio dele baseia-se numa lógica que não é a lógica comum e interrompemos logo ali o diálogo” (sic).

- Uma participante relatou um episódio ocorrido no convívio com a sua filha, numa narrativa caracterizada por um gesticular e premência de discurso que traduziu a forma como sentia toda a situação. Concluiu referindo “o que se passa entre mim e a minha filha é que, até determinada altura eu conseguia não ser tão reativa como estou a ser agora... por que estou... porque já não sei o que é que hei-de dizer!” (sic). – *a manifestação da emoção expressa.*