

Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

**Desenvolver Competências Emocionais com a Pessoa com
Doença Mental e Família**

Maria Manuel Venâncio Alves

**Lisboa
2018**



Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

**Desenvolver Competências Emocionais com a Pessoa com
Doença Mental e Família**

Maria Manuel Venâncio Alves

Orientadora: Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



A inteligência é a capacidade de adaptação à mudança.
(Stephen Hawking)

A inteligência emocional pobre em emoções e sentimentos
prejudica a tomada de decisão.
(António Damásio, 2017)

Agradecimentos

Quero começar por agradecer à minha orientadora e parceira intelectual, a Sra. Professora Francisca Manso, que me desafiou e incentivou a ir mais longe, acreditando sempre em mim. Obrigada por todo o apoio.

Agradecer ao Sr. Professor Luís Nabais, que num período para mim crítico sempre mostrou disponibilidade e abertura para me apoiar.

Tenho a agradecer a todos os colegas e orientadores que ao longo da vida me coformaram, e especialmente ao Sr. Enfermeiro Viriato Silva, enfermeiro competente e acima de tudo pessoa compreensiva e presente. Agradecer à Sra. Enfermeira Céu Monteiro, enfermeira dedicada, exigente e sempre disponível para uma discussão sobre a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Agradecer ao Sr. Enfermeiro Paulo Rocha, pela sua disponibilidade.

Neste processo de desenvolvimento pessoal, académico e profissional, quero deixar também o meu agradecimento a todas as pessoas com doença mental de quem cuidei. Na outra face desta variável encontram-se os seus familiares ou pessoas significativas. De forma particular, ao longo deste projeto e estágio, tenho imenso a agradecer aos familiares que aceitaram fazer parte do meu estudo de investigação e com quem partilhei momentos e desenvolvi competências.

Tenho a agradecer aos meus avós, que apesar de já não estarem comigo contribuíram de forma imensa para formar a pessoa que sou e ficariam muito orgulhosos deste meu percurso.

Ao meu Pai Augusto, grande pai que há cerca de duas décadas me acompanha nos avanços académicos, que me lê dedicadamente os trabalhos e com quem é fácil rir. À minha Mãe Isabel, que reflete comigo criticamente sobre os meus projetos e dúvidas e me incentiva.

Aos meus amigos que me fazem rir, se riem comigo e acreditam em mim. São uma fonte de alegria, esperança e motivação. Obrigada à Joana, ao Pedro e à Jennifer pela disponibilidade e carinho.

Finalmente, ao Ricardo, a minha âncora. Ele cogere (comigo) as minhas angústias e ansiedades, motivando-me, acreditando incansavelmente em mim de forma compreensiva e fazendo-me rir, até de mim mesma. É no dia-a-dia com ele que estímulo a minha literacia emocional e me desafio, num jogo a 4, gatos incluídos.

Lista de siglas e abreviaturas

ACS – Alto Comissariado da Saúde

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CIE – Conselho Internacional dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GF – Grupo de Famílias

ICN – International Council of Nurses

IURD – Igreja Universal do Reino de Deus

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcome Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OT – Orientação Tutorial

P – Participante do Grupo de Famílias

PC – Participante de Comparação

Pretrarca – Prevenir e Tratar em Casa

sic – segundo informação colhida

UR – unidade de registo

WHO – World Health Organization

Resumo

Contexto: Este relatório pretende dar a conhecer o percurso realizado no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da ESEL. Decorreu em contexto hospitalar e comunitário na área da grande Lisboa, entre Setembro de 2017 e Fevereiro de 2018, mediante o projeto intitulado Desenvolver Competências Emocionais com a Pessoa com Doença Mental e Família.

Considerando que a doença mental afeta de forma prolongada a funcionalidade da pessoa e traz consigo sentimentos e emoções fortes, por vezes difíceis de gerir no próprio e na relação com os familiares, tornou-se fundamental realizar um projeto de apoio e suporte emocional.

Objetivos: (1) avaliar as necessidades e os problemas dos clientes adultos com doença mental grave e das suas famílias; (2) prestar apoio emocional através do aumento da literacia emocional dos participantes familiares da pessoa com doença mental grave; (3) realizar um trabalho teórico-prático de intervenção de enfermagem e de investigação empírica.

Desenvolver a competência emocional contribui para uma melhor adaptação à doença e ao desenvolvimento de relações interpessoais mais profícuas.

O referencial metodológico integrou um plano de atuação através de intervenções autónomas de enfermagem psico e socioterapêuticas e psicoeducativas individuais e de grupo. Incluiu um estudo exploratório, de natureza mista (qualitativo e quantitativo, quasi-experimental), com ênfase nas competências emocionais: consciência emocional, regulação emocional e competência social.

Na recolha de dados utilizaram-se alguns instrumentos: entrevista semi-estruturada, questionário sociodemográfico, notas de campo, um questionário baseado na Escala Veiga de Competência Emocional, e ainda questões relacionadas com os fatores protetores e stressores de Neuman.

Os resultados do estudo exploratório demonstram um ligeiro aumento dos valores médios das competências em análise no grupo experimental. Os resultados do estudo parecem confirmar que o desenvolvimento de competências emocionais é possível através do programa implementado.

Concluimos que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) se encontram numa posição privilegiada para desenvolver as intervenções interdependentes e autónomas e programas de saúde, influenciando positivamente o desenvolvimento da literacia emocional e contribuindo para uma melhoria na vivência familiar.

Palavras-chave: Competências emocionais, literacia emocional, intervenção de enfermagem, pessoa com doença mental, família.

Abstract

The aim of this report is to acknowledge the work developed throughout the clinical practice regarding the Masters Degree with Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing from ESEL.

It has taken place in a hospital and community context of Greater Lisbon, between September 2017 and February 2018. The project is titled Developing Emotional Competences with the Psychiatric Patient and Family.

Considering that, over time, the psychiatric disease affects a person's functionality, carrying strong feelings and emotions, sometimes it can be hard to manage, not only for the individual but also to the family. It has become paramount to create a caring project of emotional support. Objectives: (1) to evaluate the needs and problems of adult psychiatric patients and their families; (2) to provide emotional support by increasing the emotional literacy of the participating families; (3) to conduct a theoretical and practical work of nursing intervention and empirical investigation.

By developing emotional competence, people tend to adapt better to their illness and enrich their interpersonal relationships.

The methodological referential used an intervention plan of psych and sociotherapeutic and psychoeducational interventions. It has included an exploratory study of mixed nature (qualitative and quantitative, quasi-experimental), emphasizing the emotional competences: emotional conscience, emotional regulation and social competence.

While collecting data there were several instruments involved: semi-structured interview, sociodemographic questionnaire, field notes, a questionnaire based on the Veiga Scale of Emotional Competence and questions considering Neuman' stressors and protective factors. The results of the exploratory study show a slight increase of the medium values of the competences in the analysis for the experimental group. This may confirm that the development of emotional competences can be effective based upon the implemented program.

Thereby we can come to the conclusion that the Mental Health and Psychiatric Specialized Nurses are in a privileged position. They can develop both interdependent and autonomous interventions and health programs, enabling them to positively influence the emotional literacy progress and contribute to an improvement on the family experience.

Keywords: Emotional competence, emotional literacy, nursing intervention, psychiatric patient, family.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	4
2.1. Do conceito de emoção ao modelo de competências emocionais	4
2.2. Da noção de Família aos Modelos de Intervenção Familiar	8
3. RUMO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	12
3.1. Percurso e Opções Metodológicas	12
Delimitação do problema	12
3.2. Intervenções de enfermagem em contexto de internamento.....	15
3.2.1. Visualização do filme “Divertida-mente” (Docter, 2015)	17
3.2.2. Promoção de estilos de vida saudáveis	21
3.2.3. Sessão de Relaxamento em grupo	24
3.2.4. Treino de competências básicas.....	28
3.3. Intervenções de enfermagem em contexto comunitário	30
3.3.1. Grupo de Famílias	32
3.3.2. Pretrarca – Programa de Visitação Domiciliária	34
3.4. Formação em Contexto de Estágio	35
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	36
4.1. Dados sociodemográficos relativos aos familiares participantes	36
4.2. Análise da vivência dos stressores dos familiares participantes.....	37
4.3. Análise dos fatores protetores dos familiares participantes.....	38
4.4. Análise das Narrativas das Sessões no Grupo de Famílias	40
4.5. Análise das Competências Emocionais	41
4.6. Contributos das intervenções no desenvolvimento de Competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	44
5. CONCLUSÃO E SUGESTÕES	47
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICES
APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO
APÊNDICE 2 – PLANO DA SESSÃO DE CINEMATERAPIA
APÊNDICE 3 – PLANO DA SESSÃO DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS
APÊNDICE 4 – PLANO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO
APÊNDICE 5 – PLANO DA SESSÃO DE TREINO DE COMPETÊNCIAS BÁSICAS.....
APÊNDICE 6 – CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES DO PRETRARCA
APÊNDICE 7 – CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE FAMÍLIAS.....

APÊNDICE 8 – QUESTIONÁRIO AOS PARTICIPANTES.....	
APÊNDICE 9 – PROGRAMA DE COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS.....	
APÊNDICE 10 – REGISTO DE ASSIDUIDADE DOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE FAMÍLIAS	
APÊNDICE 11 – ESTUDO DE CASO	
APÊNDICE 12 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL A PARTICIPANTE DO GRUPO DE FAMÍLIAS.....	
APÊNDICE 13 – PLANO EESMP PARA UM UTENTE DO PRETRARCA.....	
APÊNDICE 14 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL A PARTICIPANTE DO PRETRARCA.....	
APÊNDICE 15 – DADOS E GRÁFICOS DO GRUPO DE FAMÍLIAS E DO PRETRARCA.....	
APÊNDICE 16 – NOTA DE CAMPO DE UMA SESSÃO DO GRUPO DE FAMÍLIAS.....	
APÊNDICE 17 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	

1. INTRODUÇÃO

Este relatório procura descrever a implementação e a avaliação do projeto de estágio “Desenvolver Competências Emocionais com a pessoa com doença mental e família”, nos contextos hospitalar e comunitário, realizado entre Setembro de 2017 e Fevereiro de 2018.

Mas porquê desenvolver competências emocionais com a pessoa com doença mental e família? De onde vem esta motivação?

Penso que as respostas estão relacionadas com a minha experiência profissional de cerca de sete anos em psiquiatria e com as reflexões sobre as práticas. Fui-me apercebendo do quão importante são os aspetos afetivos na relação entre as pessoas e os seus familiares que estão em sofrimento psíquico. Este projeto visou dar resposta a inquietações e motivações pessoais e a um problema real, o apoio psicossocial e emocional à pessoa com doença mental grave e às suas famílias. Este é um problema com que as famílias se defrontam resultante das políticas de desinstitucionalização, tanto nacionais como internacionais, que defendem a integração das pessoas com doença mental na comunidade e na sociedade.

Os aspetos emocionais são considerados como preditivos e modificadores do comportamento (Veiga Branco, 2004). As emoções funcionam como uma bússola interna: as mais desagradáveis sinalizando que algumas das necessidades internas estão por satisfazer (identificar e respeitar); e as agradáveis mostrando o nosso alinhamento com a realidade, num fluxo transformador (Palha, 2016).

Lidar com as emoções de modo apropriado é uma capacidade que nasce com a consciência emocional (Goleman, 1995, 2000), com a perceção dos fenómenos emocionais, inclui a perceção positiva de si, o reconhecimento dos limites.

A doença mental grave, “pelas características e evolução (...), afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei nº 8/2010, p.258), com repercussões a nível das relações interpessoais (familiares e outras), aumentando os encargos dos cuidadores (ICN, 2017).

Nesta sequência torna-se importante encorajar a pessoa a expressar as suas emoções desagradáveis para reduzir a sua intensidade e ajudar a pessoa a sentir-se mais viva e com recursos (Alzina & Escoda, 2007), um pré-requisito para intervenções nas áreas cognitiva, emocional, comportamental e social (Stuart & Laraia, 2001).

O desenvolvimento das competências emocionais dá lugar à educação emocional e este foi um dos objetivos primordiais em todos os estágios – promover a literacia emocional. A iliteracia emocional gera problemas socioemocionais e conflitos, e a não consciência emocional, bem como as deficiências perceptivas, conduzem a situações emocionalmente vulneráveis (Goleman, 1995, 2000).

O projeto considerou sempre a operacionalização e ganho de consciência – ou *awareness* – e os conceitos relativos às competências emocionais.

Pela mudança do Plano e das políticas de Saúde Mental as pessoas com doença mental grave passaram a viver na comunidade, nas suas casas, junto das suas famílias, levando o sistema familiar a ocupar um papel fundamental como recurso assistencial. Os familiares, sem experiência para lidar com situações complexas ligadas à doença e ao quotidiano, veem-se obrigados a cuidar em casa e a lidar com a doença mental dos seus familiares, sem preparação e muitas vezes com dificuldades no acesso a recursos. Evidencia-se um *treatment gap* no acesso das pessoas com doença mental à obtenção de ajuda especializada (Tolletti, 2011; Almeida & Xavier, 2013).

Vários estudos revelam que a emoção expressa¹ dos familiares está associada ao risco de recaída da pessoa com esquizofrenia, e altos níveis de emoção expressa representam um stressor psicossocial (Thorsen, Grønnestad & Øxnevad, 2000).

No projeto de intervenção mobilizou-se, além do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o modelo de competências emocionais (Alzina & Escoda, 2007; Goleman, 1995, 2000).

Foi uma prioridade trabalhar com a pessoa com doença mental grave e com a família, orientando e capacitando para as situações da doença que mais provocavam descontrolo emocional e comportamentos de complexa gestão.

Ao longo do estágio procurou-se desenvolver as competências emocionais nomeadamente a consciência emocional, a regulação emocional e a competência social, bem como as competências do EESMP preconizadas pela OE (2010).

¹ Emoção expressa é um conceito usado para discriminar os sentimentos e atitudes expressos por um familiar relativamente à pessoa com doença mental. Tem três variáveis que implicam a recaída e duas que contribuem para a recuperação. As três primeiras são comentários críticos (comentários amargos, com ressentimento ou desagrado), hostilidade (presente em caso de tom de voz elevado, proximidade excessiva ou fúrias ameaçador), e sobre-envolvimento emocional (autossacrifício, sobre proteção ou sobre identificação com a pessoa). As que influenciam a recuperação são abordagem calorosa e realização de comentários positivos à pessoa (Thorsen et al, 2000; Grácio, 2014).

Delinearam-se como **objetivos** deste projeto: (1) avaliar as necessidades e os problemas dos clientes adultos com doença mental grave e das suas famílias em contexto de internamento; (2) prestar apoio emocional através do aumento da literacia emocional dos participantes familiares da pessoa com doença mental grave; (3) realizar um trabalho teórico-prático de intervenção de enfermagem e de investigação empírica.

Assim, é imprescindível o incremento das várias competências do EESMP, bem como as competências emocionais, de âmbito inter e intrapessoal.

Este relatório está estruturado em 4 partes. A primeira parte envolve o enquadramento conceptual que relaciona os conceitos das emoções, as competências emocionais e cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria prestados à pessoa com doença mental grave e família. Para o efeito, foi realizada uma pesquisa de literatura pelo Google Scholar, manuais disponíveis online e em formato papel, e artigos recentes publicados nas bases de dados Medline, Cinahl, B-on e Scopus, entre Setembro 2010 e Abril de 2018. Esta pesquisa tornou mais compreensível a realidade da experiência humana na relação com a doença mental.

No capítulo 3, intitulado rumo ao desenvolvimento de competências, inclui-se a descrição, as etapas do percurso, opções e decisões nos diversos contextos de estágio e no processo investigativo (detalhadas no capítulo 3.1.). Este capítulo versa a aprendizagem e o desenvolvimento de competências com a pessoa com doença mental e familiares nos contextos de internamento hospitalar (capítulo 3.2.) e comunidade (capítulo 3.3.).

O estudo de investigação, exploratório descritivo, quasi experimental, é analisado e discutido no capítulo 4. Foi fundamentalmente no Grupo de Famílias e no projeto Pretrarca, do CHPL, que se aplicou este estudo através da implementação e avaliação do Programa de Competências Emocionais.

Este processo culmina no capítulo final, com a conclusão e sugestões, com a avaliação global do percurso formativo, competências alcançadas, problemas éticos e questões emergentes para a Enfermagem e para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Serão consideradas perspectivas de desenvolvimento na prática de cuidados e a adequação ou sugestões das atividades e metas do projeto de estágio.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Do conceito de emoção ao modelo de competências emocionais

Segundo Damásio (2012, 2015a), uma emoção é uma coleção de respostas químicas e neurais a um estímulo-emocional-competente, uma experiência subjetiva intrínseca ao processo de sentir humano que faz parte da regulação homeostática e proporciona energia, gerando os mecanismos de fuga ou evitamento. O autor classifica as emoções em primárias, secundárias e de fundo.

As emoções são desencadeadas após um processo mental de avaliação, o qual é voluntário, determinado por processos fisiológicos ou no decorrer de interações do organismo com o meio ambiente, causando as emoções de fundo (Damásio, 2015b). Estas permitem-nos ter "os sentimentos de fundo de tensão ou calma, de fadiga ou energia, de bem-estar ou mal-estar, de esperança ou desencorajamento" (Damásio, 2015b, p.74). Não são particularmente proeminentes mas mantêm-se por longos períodos, dando a indicação sobre o humor.

Das emoções primárias fazem parte o medo, a zanga, o nojo, a surpresa, a tristeza e a felicidade.

As emoções secundárias ocorrem quando há "ligações sistemáticas de objetos e situações, por um lado, e emoções primárias, por outro" (Damásio, 2015a, p.184).

As emoções sociais incluem a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração e o espanto, a indignação e o desprezo, de acordo com Damásio (2012). Embaraço, orgulho, timidez, vergonha e culpa são emoções relacionadas com a consciência do Eu, tanto a nossa cognição sobre o Eu, como a forma como o Eu se relaciona com o outros e é por estes percebido (Strongman, 2004).

Para Damásio (2012) o sentimento é secundário à emoção, e tem origem no pensamento, constituindo a expressão mental da homeostasia individual e catalisando as culturas humanas numa homeostasia social (Damásio, 2017). Assim, a euforia e o êxtase são variantes da felicidade, a melancolia e a ansiedade são variantes da tristeza, o pânico e a timidez como variantes do medo.

Os afetos acontecem quando os sentimentos acompanham as imagens mais marcantes da nossa mente (Damásio, 2017), ou seja, as nossas narrativas subjetivas.

Podem-se designar as emoções em negativas, quando a experiência emocional é desagradável, como a ansiedade, raiva e tristeza; ou positivas, cuja experiência é agradável, como a alegria, felicidade e o amor (Fragoso & Chaves, 2012). A alegria está na base dos comportamentos relacionais e sociais e associa-se à aquisição de competências; a raiva é a emoção primária mais intensa e instável, mais difícil de gerir; a tristeza é a emoção negativa mais frequentemente experienciada (Veiga Branco, 2004).

O estado de fluxo, ou *flow*, é um estado emocional positivo, em que as emoções ficam sincronizadas com a exigência da atividade, gerando um prazer pelo ato em si mesmo, pelo que a pessoa se excede a si mesma (Veiga Branco, 2004).

As emoções positivas “têm um impacto de longo prazo (...) incrementam o desenvolvimento de mais e melhores recursos cognitivo-emocionais, potenciando a frequência de respostas criativas” (Fragoso & Chaves, 2012, p.58), o que eleva os níveis de saúde física e bem-estar psicológico, o bom humor, otimismo e esperança, melhor gestão das doenças e facilita o processo de recuperação, com fortalecimento do sistema imunitário (Fragoso & Chaves, 2012; Alzina & Escoda, 2007).

As emoções negativas “são essenciais para a mudança, para a adaptação e para a sobrevivência” (Fragoso & Chaves, 2012, p.58), no entanto a sua atuação e os relacionamentos nocivos mantidos ao longo do tempo, foram identificados como fatores nefastos para a saúde.

Há várias abordagens que versam a classificação das emoções e competências emocionais. Neste trabalho abordaremos sumariamente as perspetivas de Goleman (1995), Alzina & Escoda (2007) e Palha (2016).

As competências emocionais permitem às pessoas gerir as suas emoções e relações sociais, e o seu desenvolvimento representa um processo contínuo como parte integrante do desenvolvimento integral da pessoa e relações interpessoais (onde se incluem as relações familiares), com o objetivo final de capacitação para a vida (Alzina & Escoda, 2007).

As pessoas com competência emocional são hábeis na integração das suas emoções e cognições, conseguem utilizar emoções positivas e/ou agradáveis para resolver e processar a informação de forma integrada (Goleman, 2000). Em termos biológicos, a homeostasia almeja o equilíbrio e o bem-estar (Damásio, 2017).

Segundo Goleman (1995), são cinco as competências emocionais: autoconsciência emocional, autorregulação (gestão emocional), automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupo. As três primeiras enquadram-se nas competências pessoais, e as duas últimas nas competências sociais (Goleman, 2000). Posteriormente reduziu o modelo para quatro competências.

Ter autoconsciência significa ter consciência tanto do estado de espírito, como dos pensamentos a respeito desse estado de espírito (Salovey & Mayer, 1990; Goleman, 1995, 2000).

O modelo de Alzina & Escoda (2007) também apresenta cinco componentes. Considera as competências emocionais como o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais.

- 1- Consciência Emocional – compreende a tomada de consciência clara das próprias emoções, identificando-as e expressando-as; a compreensão das emoções das outras pessoas, implicando-se empaticamente nas suas vivências, através da comunicação verbal e não-verbal – componente de autoconhecimento. Diferencia entre ser-se apanhado pela emoção ou tomar a consciência de que se está a ser arrastado por ela (Veiga Branco, 2004);
- 2- Regulação Emocional – é a capacidade de gerir, adequadamente, as próprias emoções. Tem cinco etapas: tomar consciência da interação entre emoções, cognição e comportamento; expressão emocional (em que, nos níveis mais elevados, se consegue compreender o impacto da própria expressão emocional nos outros, moderando-a); regulação emocional, com gestão da impulsividade, tolerância à frustração, perseverança face aos objetivos, capacidade para preterir recompensas imediatas a favor das de longo prazo mas de valor superior; habilidades de confrontação das emoções negativas; competência para gerar emoções positivas. “Mesmo em situações de fúria, depressão ou angústia – predadoras do bem-estar – podem e devem ser mobilizadas essas energias emocional/racional, no sentido de contrapor a esses sentimentos um conjunto igualmente intenso de experiências alegres e felizes” (Veiga Branco, 2004, p.56). “A desregulação emocional associar-se-á à excessiva reatividade emocional

e/ou défices emocionais, incluindo emoções contritas, empatia atenuada e reações afetivas não apropriadas aos contextos” (Carrola, 2017, p.34).

- 3- Autonomia Emocional – este conceito inclui um conjunto de características relacionadas com a autogestão pessoal; como a autoestima; atitude positiva perante a vida (relacionado com o sentimento de *empowerment*); responsabilidade na tomada de decisão; capacidade para analisar criticamente as normas sociais; capacidade para procurar ajuda e recursos (reconhecendo os níveis de resiliência próprios); e a autoeficiência emocional (relacionada com a capacidade da pessoa se encontrar emocionalmente em consonância com os seus valores morais);
- 4- Competência Social – implica dominar as habilidades sociais básicas; respeito pelos outros; prática de uma comunicação recetiva e expressiva (dos pensamentos e sentimentos, tanto a nível verbal como não-verbal); partilhar emoções (considerando a reciprocidade ou simetria da relação); comportamento pró-social e cooperação; assertividade; prevenção e gestão de conflitos; capacidade de gerir situações emocionais;
- 5- Competências para a vida e bem-estar – fixar objetivos adaptativos (que sejam positivos e realistas), tomada de decisões (inclui a responsabilidade que delas deriva); busca de ajuda e recursos; cidadania ativa, cívica, responsável, crítica e comprometida; bem-estar subjetivo; fluxo, gerando experiências positivas. No fluxo as emoções ficam sincronizadas com a exigência da atividade, gerando um prazer pelo ato em si mesmo, pelo que a pessoa se excede a si mesma (Veiga Branco, 2004).

Palha (2016) sugere um modelo mais abreviado, constando de quatro etapas, tal como o de Goleman numa segunda fase. As duas primeiras competências emocionais assemelham-se às de consciência e regulação emocional de Alzina & Escoda (2007): monitorização e regulação emocional. A terceira etapa assemelha-se à terceira de Alzina & Escoda, num reconhecimento de sinais de alerta: “identificar quais são os meus sinais de SOS, quando estou a precisar de ajuda, de apoio, e que tipo de apoio preciso” (Palha, 2016, p.78).

Para a autora (2016, p.78), a última competência emocional relativa ao relacionamento social pretende “reconhecer e implementar fontes de bem-estar numa

base diária, potenciar emoções prazerosas na minha rotina, criando uma contapoupança de emoções confortáveis ativável em momentos de crise.”

A educação emocional propõe o desenvolvimento de competências emocionais que otimizem o desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. As pessoas que têm uma maior certeza acerca dos seus sentimentos, com maior inteligência emocional, governam melhor as suas vidas pois têm melhor capacidade de tomada de decisão (Fragoso & Chaves, 2012; Damásio, 2017), reconhecendo sinais de alerta emocionais e aprendendo a geri-los “com o mínimo de desestabilização possível para si e para a sua relação com os outros” (Palha, 2016, p.17).

2.2. Da noção de Família aos Modelos de Intervenção Familiar

A família é o conjunto de pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal que vivem juntas, partilhando laços emocionais e obrigações (CIE, 2005), ou pode ser caracterizada com base na afeição, fortes laços emocionais, sentimento de pertença e durabilidade de associação (Wright & Lehey, 2011).

A família é a unidade de proteção fundamental da sociedade e tem uma dupla responsabilidade: dar resposta aos seus membros e à sociedade (Figueiredo, Vilar & Sousa, 2009), o que vai ao encontro das políticas vigentes em Portugal. Para as pessoas com doença mental reveste-se de maior importância, pela necessidade acrescida de cuidados (Carvalho, 2012).

Felícia (2016) destaca que o cuidador familiar experiencia variadas emoções negativas ao cuidar da pessoa com doença mental, o que explica, conseqüentemente, a elevada emoção expressa frequentemente vivida no ambiente familiar. O fator acumulativo, assim como o crónico, associados à doença mental, são dois dos eventos internos geradores de stress nas famílias (Bomar, 2004), repercutindo na saúde mental e na qualidade de vida dos familiares, com possível contribuição para o aumento de conflitos intrafamiliares (Pereira & Gomes, 2012).

É fundamental ao cuidador a gestão dos sentimentos que derivam do acumular de funções e de sentimentos de perda, “devido à transformação da relação com o doente ou o desvanecer de expectativas” (Pereira & Almeida, 1999, p.167).

A comunicação entre os membros da família é algo de muito poderoso, que tanto pode ser positivo ou negativo. “No campo emocional, a saúde relaciona-se com a possibilidade de expressar adaptativamente todo o espectro emocional humano” (Fragoso & Chaves, 2012, p.74). Desenvolver as competências emocionais, a comunicação interpessoal, com estratégias de resolução de conflitos são fundamentais no cuidar da pessoa com doença mental grave e família. O cuidador quando se sente perturbado deve priorizar a expressão e referenciação de sentimentos próprios ao invés da adoção de um registo acusatório (Bomar, 2004).

O enfermeiro, na prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida, desenvolve várias intervenções à pessoa e à família que podem ser ancoradas numa perspetiva sistémica.

O modelo de sistemas de Betty Neuman reconhece os benefícios da intervenção familiar no apoio às pessoas com doença mental e suas famílias.

O envolvimento dos familiares exerce um papel protetor sobre as pessoas com doença mental. Para Neuman (2011), as pessoas constituintes da família representam um sistema. Neste, quando as suas necessidades estão satisfeitas, a energia contínua e dinâmica disponível conduz a um estado ótimo de estabilidade, em que as partes do sistema interagem em harmonia. Se a homeostasia no sistema não for atingida e se os stressores (estímulos produtores de tensão que resultam em stress) forem intensos e prolongados no tempo podem levar à doença, consoante a capacidade de reconstituição, ou capacidade de se ajustar e reverter esses stressores.

Para potenciar a reconstituição, o enfermeiro atua em três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), considerando a perceção do cliente e assegurando e fortalecendo a resistência aos stressores para prevenir o reaparecimento da reação ou a regressão, readaptando e reeducando. Destaca-se, para os stressores físicos, a importância da toma da medicação, e, para os psicossociais, o treino de competências sociais, baixa emoção expressa e rede social de suporte, assim como a intervenção psicoeducativa familiar (Thorsen et al, 2000).

Os cuidadores familiares ou informais assumem a “responsabilidade (não remunerada e não antecipada) em relação ao outro” (Pereira & Almeida, 1999, p.162), estão sujeitos a sobrecarga familiar, que pode ser aliviada ou prevenida, através de

uma relação de confiança, de programas de educação emocional, psicoeducação, grupos de apoio, intervenções familiares, entre outras.

Em Portugal, “verifica-se o contraste entre aceitação quase universal dos princípios de utilização de Intervenção Familiar [IF] na esquizofrenia e a sua escassa implementação” (Pereira et al, 2006, p.2), não obstante o facto de tanto as famílias que funcionam habitualmente bem como particularmente aquelas que têm dificuldades pré-existentes sofrerem e apresentarem necessidades de apoio (Pereira & Sampaio, 2011).

Existem diversos modelos de intervenção familiar: gestão comportamental, psicoeducação familiar, grupos de psicoeducação uni e multifamiliares, grupos de familiares, consultoria familiar e modelos profissionais de educação familiar de curto prazo, de acordo com McFarlane et al (2003).

A pessoa com doença mental tem ao seu dispor várias alternativas de reabilitação, inclusive a terapia familiar. O modelo de Falloon, inserido nesta filosofia, promove conhecimentos sobre a doença, e melhoria de competências de comunicação e resolução de problemas, facilitando as estratégias de gestão do stress. Neste modelo não se abordam diretamente as emoções expressas nem os problemas vividos pela família (Gonçalves-Pereira, Xavier & Fadden, 2007). Preconizam-se seis a doze meses para o programa, e o enfoque major é nas necessidades da família, “com passagem de informação e competências para lidar com a doença” (Pereira & Sampaio, 2011, p.823).

Os modelos de psicoeducação familiar reduzem a emoção expressa pela família e conseqüentemente diminuem as recaídas (McFarlane et al, 2003). Um treino de comunicação pode trabalhar a expressão de sentimentos agradáveis, formulação de pedidos de forma construtiva, escuta ativa e expressão de sentimentos desagradáveis (Gonçalves-Pereira, Xavier & Fadden, 2007). Na psicoeducação existe uma partilha de informação quanto à doença, sugestão de comportamentos promotores de recuperação e ensino de estratégias de *coping* que reduzam a sensação de sobrecarga familiar (McFarlane et al, 2003; Gonçalves-Pereira et al, 2006) que se pode expressar através de padrões de comunicação disfuncionais ou comportamentais (Bomar, 2004).

A psicoeducação familiar é uma prática baseada na evidência que inclui técnicas cognitivas, comportamentais e de suporte, focando-se nas forças e

resiliências familiares (McFarlane et al, 2003). Alguns dos seus princípios são avaliar as forças e limitações da família na sua capacidade de apoiar a pessoa com doença mental, ajudar a resolver conflitos familiares através de uma resposta sensível ao *distress* emocional, encarar sentimentos de perda, providenciar informação relevante e um plano explícito de crise, ajudar a melhorar a comunicação entre os membros da família, providenciar treino familiar para resolução de problemas, encorajar a família a expandir a sua rede social de suporte e ser flexível face às necessidades da família (McFarlane et al, 2003).

Existem diversos formatos de programas psicoeducativos, alguns psicopedagógicos, outros de trabalho emocional, normalização ou reformulação positiva de atitudes e modelagem dos níveis de emoções expressas.

Basilar à intervenção familiar subjaz o estabelecimento de uma relação terapêutica, indissociável dos cuidados de qualidade, com o intuito de “intervir a favor de uma pessoa conjugando os seus esforços ao desta” (Chalifour, 2008, p.33).

O modelo de Watson foca-se nas relações e nas transações entre as pessoas, na promoção da saúde como um processo contínuo e dinâmico onde enfermeiro e pessoa são coparticipantes. Este estágio procurou ir ao encontro destes princípios num “respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” e num cuidar “mentalmente presente” (Watson, 2002, p. 52 e 175).

Na recuperação devem ser considerados processos de compromisso cognitivo-emocionais e não só intelectuais, para se poder permitir à pessoa com doença mental compreender as implicações e aderir ao tratamento (Crouch & Alers, 2014). As sessões psicoeducativas devem abordar o fator emocional como catapulta preventiva da recaída, explicando os processos de crise e a importância da adesão à terapêutica (Crouch & Alers, 2014).

Os grupos de apoio desenvolvem intervenções em função dos problemas da vida quotidiana, e a sua utilidade reside na possibilidade de melhorar as competências comunicacionais e estratégias para a gestão de stress (Pereira & Gomes, 2012).

3. RUMO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

3.1. Percurso e Opções Metodológicas

Delimitação do problema

Um quinto da população portuguesa apresenta doença mental (DGS, 2014). Cerca de 4% da população adulta apresenta doença mental grave e é nesta população que a comorbilidade aumenta: nos casos com dois diagnósticos os casos graves são 20% e nos casos com 3 ou mais diagnósticos a percentagem sobe para 50,2% (Almeida & Xavier, 2013).

Os familiares, como parceiros, devem ser incentivados a participar e a receber o treino e a educação necessários (ACS, 2008). Partindo deste pressuposto, da observação e da informação dos técnicos, foi elaborado um projeto sobre o desenvolvimento de competências emocionais com a pessoa com doença mental grave e família, considerando esta mais desprotegida.

Neste estágio foi utilizada a metodologia de projeto. Este partiu de necessidades reais e uma motivação pessoal. O projeto exigiu uma avaliação inicial, a planificação das etapas, a implementação do projeto e a sua avaliação.

Os objetivos gerais deste estágio foram: (1) avaliar as necessidades e os problemas dos clientes adultos com doença mental e das suas famílias; (2) prestar apoio emocional através das competências da consciência, regulação emocional e competência social, aumentando a literacia emocional dos participantes.

Este projeto de estágio incluiu um plano de intervenção de enfermagem em três contextos e um trabalho de investigação. O primeiro contexto foi num internamento psiquiátrico de pessoas em fase aguda da doença e dois em contexto comunitário: Grupo de Famílias e programa de visita domiciliária – Pretrarca – do CHPL.

Com o estudo de investigação pretendia-se conhecer as necessidades dos familiares e aumentar a competência emocional dos familiares das pessoas com doença mental grave. Envolveu um estudo exploratório, descritivo, de natureza mista (quali e quantitativo) em dois grupos: o experimental e o de comparação, para o que foi solicitado o pedido e obtida a autorização da Comissão de Ética do CHPL.

Da **amostra** constavam doze familiares, divididos em dois grupos. O grupo experimental ou de aplicação foi constituído pelo Grupo de Famílias, com seis (6) elementos. Este teve apoio profissional, tendo sido sujeito a um programa de

competências emocionais que incluiu oito sessões psicoeducativas intituladas: nº 1 Emoções Vividas; nº 2 Rumo ao Conhecimento; nº 3 Consciência Emocional; nºs 4 e 6 Autorregulação Emocional; nºs 5 e 7 Comunicação Emocionalmente Assertiva; nº 8 Avaliação Final. Os seus objetivos, conteúdos, instrumentos e metodologias encontram-se no Apêndice 9.

No desenvolvimento da investigação, distinguiram-se três momentos principais: o momento anterior à aplicação do programa que envolveu a avaliação inicial (pré-teste), o momento da sua aplicação e o momento posterior (pós-teste). As sessões tinham periodicidade quinzenal e duravam cerca de 2 horas.

O grupo de comparação foi formado por familiares de utentes portadores de doença mental grave do Pretrarca, com seis (6) participantes, mas que estavam na sua residência, cuja abordagem foi realizada por visita domiciliária. Este grupo não foi sujeito ao programa de competências emocionais, apenas sujeito a avaliação inicial e final, numa metodologia quasi experimental.

Estas avaliações foram realizadas através de entrevistas semiestruturadas (exemplifica-se em Apêndice 12 os resultados de uma entrevista do grupo experimental e no Apêndice 14 uma do grupo de comparação, de avaliação inicial).

O grupo de comparação foi selecionado tendo em atenção os seguintes **critérios de inclusão**:

- Informação dos profissionais de saúde do serviço;
- Informação clínica proveniente dos ficheiros do serviço do CHPL sobre as pessoas com doença mental grave e seus familiares;
- Pessoas afetas ao programa Pretrarca;
- Familiares com disponibilidade e capacidade cognitiva para participarem no estudo e com características sociodemográficas idênticas às do grupo em que foi feita a aplicação do programa.

Como **critérios de exclusão**, consideraram-se:

- Familiares de pessoas com deficiências cognitivas, em processos demenciais ou com patologias do desenvolvimento (como o autismo, por exemplo).

O GF estava já constituído aquando do início do estágio, pelo que se selecionaram os familiares com disponibilidade e capacidade cognitiva para serem participantes do estudo.

Neste estudo a **questão** de partida foi: Como pode o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria facilitar o processo comunicacional e promover as competências emocionais da pessoa com doença mental e família?

Consideraram-se ainda outras questões de investigação:

Em que medida o desenvolvimento de um programa de promoção de competências emocionais modifica a consciência emocional?

Em que medida o desenvolvimento de um programa de competências emocionais modifica a regulação emocional?

Em que medida o desenvolvimento de um programa de competências emocionais poderá modificar a competência de relacionamento social entre os membros da família?

Na recolha de dados utilizaram-se vários **instrumentos**: a entrevista semiestruturada, um questionário aos participantes (Apêndice 8), com uma primeira parte com dados sociodemográficos e uma segunda parte com o questionário de Competência Emocional. Este foi construído por adaptação da Escala Veiga (2010), baseada nas competências emocionais preconizadas por Goleman (1995), e engloba, ao longo dos 25 itens: a Autoconsciência (11 itens), a Regulação Emocional (6 itens) e a Competência Social (8 itens). As questões envolvem respostas numa escala tipo Likert com 7 alternativas, cujos posicionamentos oscilaram entre os polos 1 (nunca) e 7 (sempre). Alguns itens encontram a pergunta formulada pela negativa, pelo que foi necessário invertê-los (1 b); 1 d); 2 a); 2 d); 2 f), relativos à consciência emocional).

Na avaliação inicial foram utilizados outros instrumentos de avaliação familiar que incluíram o genograma, o ecomapa e questões relacionadas com fatores protetores e stressores de Neuman, indo ao encontro das diretrizes de NICE (2014), num conjunto de boas práticas para o tratamento e gestão da psicose e esquizofrenia em adultos. A aplicação dos instrumentos realizou-se entre Outubro 2017 a Março 2018 e teve a duração média de 60 minutos. A análise descritiva do estudo quantitativo foi baseada no Programa Power BI (Business Intelligence), versão 2.54.4970.961 64-bit de Janeiro de 2018.

A análise de conteúdo partiu da informação das entrevistas e das notas de campo, da qual depois de organizada foram sendo seleccionadas unidades de registo, onde emergiu o perfil dos padrões de frases. Os dados foram estruturados segundo a

componente semântica, para captar a informação relevante, que geraram temas e categorias dando corpo a uma matriz conceptualmente ordenada (Bardin, 2009).

Foram obtidos os consentimentos informados da Professora Doutora Augusta Veiga Branco para uso da Escala – e facultação da mesma –, e dos participantes do Grupo de Famílias e do Pretrarca (plasmado nos Apêndice 7 e 6, respetivamente).

As sessões no grupo de famílias integravam 2 partes, a primeira era dedicada à expressão de dificuldades, problemas, emoções e de apoio psicoemocional e encaminhamento. Na última parte da sessão eram apresentados os conteúdos teóricos e a parte prática (*role-play*) do Programa de Competências Emocionais, com orientação cognitivo-comportamental. Realizaram-se notas de campo em todas as sessões, as quais foram objeto de análise de conteúdo, num total de oito – no Apêndice 16 apresenta-se uma nota tipo.

O registo médio de assiduidade dos participantes do estudo do Grupo de Famílias foi de 44% (Apêndice 10).

No final das sessões do Programa de Competências Emocionais foi entregue a todos os participantes um folheto com a síntese dos conteúdos que foram abordados no programa, incluindo os vários tipos de emoções e a relação com os preditores de saúde, as competências emocionais e sua implicação no bem-estar.

A avaliação final foi realizada cerca de 45 dias após o término do programa.

3.2. Intervenções de enfermagem em contexto de internamento

O estágio realizado em contexto de internamento hospitalar, no serviço de pessoas em fase aguda da doença, decorreu entre 18 de Setembro de 2017 e 10 de Novembro de 2017. O cronograma de atividades encontra-se no Apêndice 1.

Este estágio envolveu várias intervenções de enfermagem: interdependentes e autónomas. Estas últimas foram maioritariamente de âmbito psico e socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional a pessoas com doença mental e familiares.

A intervenção psicoterapêutica envolveu o contacto entre pessoas em sofrimento e a ação da enfermeira estagiária sob orientação do EESMP para tentar reduzir esse sofrimento, com o objetivo de produzir mudanças nos sentimentos, atitudes e comportamentos, através do estabelecimento de uma relação terapêutica. Este tipo de intervenção possibilita que o cliente desenvolva novas respostas aos seus problemas, aumentando o seu bem-estar (OE, 2011).

Nas intervenções de cariz socioterapêutico, o foco centrou-se na interação com os diferentes elementos do grupo, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras, possibilitando uma melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo. Estas basearam-se em técnicas de relaxamento, treino de competências sociais, passeios ao exterior, entre outras detalhadas seguidamente.

Os programas de psicoeducação podem definir-se como uma forma específica de educação destinada a ajudar as pessoas com doença mental e a sua rede de apoio, nomeadamente a família, facultando conhecimento sobre a doença e estratégias para lidar com ela, de maneira a que possam criar os seus próprios planos de prevenção de recaídas e estratégias de gestão da doença (OE, 2011; Felícia, 2016).

Ao serviço de internamento de Psiquiatria chegam utentes vindos da consulta externa, programados, bem como de outros serviços ou diretamente do serviço de urgência. Podem vir de locais tão distantes como Caldas da Rainha ou Leiria, Mafra, Peniche ou Bombarral, num total de 43 freguesias.

As pessoas internadas neste piso estão em duas alas, uma feminina com 11 camas e 4 a 5 macas, destinada a pessoas com perturbação do comportamento alimentar; e outra ala mista com 3 enfermarias de 4 camas, duas enfermarias de 2 camas e um quarto particular, num total de 17 camas. Esta ala recebe sobretudo pessoas com primeiros episódios psicóticos, assim como pessoas com esquizofrenia ou doença bipolar, tendencialmente, havendo também outro tipo de patologia incluindo a demência. No total, o serviço recebe até 31 pessoas, contabilizando as macas. Dá ainda apoio e articula com a equipa que dinamiza o serviço de Eletroconvulsivoterapia (ECT).

A equipa multidisciplinar conta com dois psiquiatras, dois psicólogos, uma dietista, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, e uma equipa de enfermagem gerida pela Enfermeira Chefe.

Com base na promoção das necessidades básicas mais afetadas da pessoa com doença mental (nomeadamente o sono, a alimentação e o autocuidado), implementou-se um conjunto de técnicas e intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, com o objetivo das pessoas se tornarem mais funcionais, assertivas e literatas do ponto de vista emocional.

Todas as interações e intervenções basearam-se no estabelecimento de uma relação terapêutica com pessoas com doença mental. Os cuidados implementados

foram baseados na intervenção NIC de Apoio Emocional (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2013) – oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de stress.

Desenvolveram-se diversas atividades ao longo deste estágio. De forma individual, como espelhado no estudo de caso apresentado em Apêndice 11, cuja pessoa selecionada representou uma situação complexa do ponto de vista psicopatológico, relacional e de prestação de cuidados, constituindo uma oportunidade para o desenvolvimento de competências científicas, afetivo-relacionais e ético-morais em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Nele foi estudado o Sr. M., de 70 anos de idade, casado e com três filhos vivos, que desenvolveu num período de breves meses uma depressão psicótica.

Foi estabelecida relação terapêutica ao longo do estágio. A intervenção baseou-se na teoria sistémica, de Betty Neuman, com análise dos stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Elencaram-se alguns diagnósticos de enfermagem, desenvolvendo-se intervenções de EESMP indo ao encontro das necessidades da pessoa e do desenvolvimento das suas competências emocionais.

De forma grupal, foram desenvolvidas quatro atividades, conforme apresentado abaixo:

A – Visualização do filme “Divertida-mente” (Docter, 2015);

B – Promoção de estilos de vida saudáveis, com uma caminhada ao exterior do serviço;

C – Sessão de relaxamento em grupo;

D – Treino de competências básicas, com a confeção de uma sobremesa.

Estas quatro atividades foram avaliadas com base numa adaptação simplificada do Questionário de Registo da Sessão (Barreto, Carvalho & Pereira, 2014, *in* Pereira, 2015), com duas questões abertas que permitem aos participantes expressarem a sua opinião livremente e realizarem sugestões: (1) O que achou da sessão no geral?; (2) O que gostava que fosse diferente?

3.2.1. Visualização do filme “Divertida-mente” (Docter, 2015)

No âmbito do desenvolvimento de competências emocionais foi planeada a visualização de um filme que, ao abordar as peripécias de uma menina que mudava de casa, explorava as (suas) emoções.

Como objetivos do estágio, esta sessão de cinematerapia procurava estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença mental e sensibilizar os utentes para a dimensão emocional dos seres humanos, aliando a intervenção lúdica à psicoterapêutica.

A cinematerapia como técnica de intervenção tem diversas vantagens psicoterapêuticas, das quais se destacam, de acordo com Oliva et al (2010, p.140):

- “Alta aderência, pois, como os filmes são geralmente divertidos de ver e exigem pouco tempo, os pacientes se dispõem mais facilmente a essa tarefa”
- “De fácil acessibilidade, (...) facilitaria a linguagem” –, nomeadamente um senhor paquistanês que esteve presente;
- “Familiaridade com a atividade, pois ver filmes e conversar sobre eles geralmente fariam parte do quotidiano das pessoas”;
- “Melhora da relação terapeuta-paciente”.

Os utentes das duas alas do serviço de Psiquiatria foram convidados para a visualização do filme a 29/09/2017. Como critérios de exclusão consideraram-se:

- Uteses com agitação psicomotora;
- Uteses com síndrome demencial;
- Uteses com psicopatologia com sintomas positivos em fase ativa.

Tendo-se reunido o grupo de utentes internados na sala da Terapia Ocupacional, foram facultadas informações e estabelecidas regras (plano de sessão em Apêndice 2). Seguidamente, para centrar os utentes no evento a ocorrer, foi realizada uma síntese do filme, estimulando-os a estarem atentos aos estados emocionais da figura principal do filme, Riley. Desta forma foram seguidas as indicações terapêuticas de Berg-Cross et al (1990, citado por Oliva et al, 2010), de preparar adequadamente o utente para o filme selecionado.

Procedeu-se então à visualização do filme, estando presentes 18 utentes motivados, em vez de permanecerem nos seus quartos (Yazici et al, 2014).

No fim da primeira parte realizou-se um pequeno intervalo, após o que compareceram 11 pessoas.

Apesar da segunda parte ter exibido aproximadamente 45 minutos de filme, os utentes presentes conseguiram, globalmente, manter a atenção, embora 4 dormissem por curtos períodos, episódio compreensível face à terapêutica instituída. Yazici et al

(2014) referem que é mais profícuo empregar curtas-metragens do que longas, nesta situação em que doentes tomam terapêutica antipsicótica e outra.

Corroborando Berg-Cross et al (1990, citado por Oliva et al, 2010), foi efetuada a ligação com o mencionado na síntese que precedeu o intervalo, e questionados os utentes sobre o papel assumido pela tristeza, por oposição ao da alegria.

Foi referido como a alegria é simpática mas a tristeza é mais empática, dando exemplos de personagens do filme. Estabeleceu-se de seguida a ligação de como a tristeza é poderosa, quando se aceita e se toma consciência dela, como fator de alerta e catártico para quando precisamos de ajuda. Esta catarse foi potenciada pelo uso do filme como intervenção grupal socioterapêutica, pois evoca aspetos do mundo emocional do utente (Seal, 2004).

Foi reconhecido que todas as pessoas desejam ser felizes, e a alegria como emoção primária representa assim uma finalidade. No entanto, pelo caminho e peripécias da nossa vida, à semelhança das peripécias da vida da Riley, é crucial não ficar entorpecido pelas emoções e reconhecer as que são negativas quando surgem, percebendo que algo está errado connosco, procurando entender o que podemos fazer para tomar decisões por forma a melhorar a situação.

Na avaliação do filme uma utente sugeriu que se devia procurar psicoterapia, referindo que ela fazia e recomendava, como forma de aumentar o seu autoconhecimento. Esta ideia foi reforçada positivamente, lembrando como em contexto de internamento usufruíam de uma vasta equipa especializada. Aproveitei para me disponibilizar para o efeito e vinquei a importância do apoio da família e amigos, durante e após o internamento, como fator protetor e/ou facilitador de reconstituição do *self*, até em parceria com os técnicos.

Alguns utentes referiram que aceitar as emoções negativas é complicado, e que custa. Isto foi também reconhecido, tendo sido também destacada a premência de serem reconhecidas e aceites quando ainda são simples os fatores desencadeastes, antes que se acumulem em nós. Destacadas para o efeito duas emoções negativas, a tristeza e a raiva. Sobre a tristeza, referido como é importante regulá-la, preferencialmente com ajuda, por forma a prevenir situações extremas como tentativas de suicídio, com o que alguns utentes se identificaram. Sobre a raiva, foi reconhecido igualmente o quão crucial é regular esta emoção tão fugaz e

consumidora, por forma a evitar que, num impulso, até cometamos alguma agressão contra outros, por exemplo.

Neste ponto um utente lamentou-se que toda a intervenção que lhe dispensaram era apenas medicamentosa. Realçado o valor da adesão à terapêutica como fator de base, estabilizante em termos psicopatológicos. É sobre este fator que se pode intervir de forma mais especializada e até ao nível das emoções, como Riley conseguiu e como todos os presentes conseguimos no nosso dia-a-dia, com ajuda mais ou menos constante. Isto foi vincado como forma de estimular a esperança.

Reconhecido que este processo pode trazer sofrimento mas também crescimento, e comparada a Riley no início do filme com a do fim, com mais estratégias e mais autoconhecimento. Seguidas assim as indicações de Oliva et al (2010), de que o processo de mudança dos personagens do filme e as suas reações aos conflitos são os pontos mais importantes de análise do filme.

Em termos não-verbais, os utentes estavam atentos a esta discussão final, de paralelismos entre o filme, as possibilidades implicadas para eles e a esperança transmitida, acenando com a cabeça e sorrindo face ao final feliz do filme, que retrata o reencontro familiar bem como um recomeço emocional e comportamental para Riley – desenvolvimento pessoal. Este processo segue o dos objetivos para a utilização da cinematerapia, identificando e reforçando forças internas, potencializando as emoções e reconhecendo a importância da comunicação, de acordo com Hesley e Hesley (2001, citado por Oliva et al, 2010).

Procurou-se esta atividade para aproveitar os seus benefícios no âmbito do treino de habilidades sociais. A discussão representou um momento público de partilha e de respeito por cada um, ao expressar a sua ideia.

No fim da discussão/partilha de ideias que motivou a intervenção psicoterapêutica, foi realizada a avaliação da sessão de cinematerapia. Os utentes globalmente gostaram ou gostaram imenso da sessão. Alguns mencionaram como pontos negativos a medicação que lhe induziu sono e com isso lamentaram ter perdido partes do filme; outros referiram que o filme era longo (cerca de 90 minutos), sendo-lhes difícil permanecer no mesmo espaço tranquilos e/ou sem fumar.

Destacaram que o tipo de sessão – cinematerapia – lhes é querido, que serviu como distração, recreação e até para pensar devido à intervenção final, de que gostaram bastante. Sugeriram que devia haver mais sessões destas durante o

internamento, com filmes de animação ou outros, para se poderem discutir diferentes temáticas, indo ao encontro de Yazici et al (2014).

3.2.2. Promoção de estilos de vida saudáveis

A apresentação e discussão de estilos de vida saudáveis são um tema chave da promoção da saúde mental. No âmbito do estágio, realizar caminhadas com os utentes fora do serviço representam momentos muito desejados.

A atividade prevista em projeto de estágio – caminhada –, foi concretizada a 9/10/2017. O período da tarde foi escolhido por apresentar um espaço de tempo ajustável à finalidade desta saída do serviço.

A caminhada constitui-se como uma atividade física, que permite também intervenção de treino de melhoria de competências sociais (Bulechek et al, 2013), devido à segunda parte desta atividade, que incluiu um momento de reflexão e partilha de ideias.

A atividade física quando planeada e com critérios previamente definidos e utilizada com parcimónia, tem efeitos positivos. Entende-se por atividade física:

“todo o movimento voluntário do corpo humano que resulta num dispêndio de energia acima do metabolismo basal, sendo as deslocações diárias, a atividade em meio laboral ou escolar, as atividades domésticas e as atividades de lazer, incluindo a prática desportiva e de exercício físico” (Despacho n.º 8932/2017, p.22878).

Sabe-se que a atividade física é uma forma de prevenir doenças: reduz o risco de doenças cardiovasculares, de alguns cancros e de diabetes tipo 2, pode melhorar o sistema musculoesquelético e o controle do peso corporal (DGS, [s. d.]).

Tem também efeitos ao nível da saúde mental, nomeadamente promovendo o bem-estar psicológico, reduzindo o stress, ansiedade e depressão (Peloso & Andrade, 2005); ajudando a prevenir e controlar comportamentos de risco (DGS, [s. d.]; Carneiro et al, 2017); e melhorando a função cognitiva (Carneiro et al, 2017). Tem ganhos específicos ao nível da diminuição da tensão e dos sintomas de ansiedade, autoconfiança, autoestima, depressão, humor, imagem corporal e qualidade de vida relacionada à saúde (Stuart & Laraia, 2001; Melo, Oliveira & Vasconcelos-Raposo, 2014; Carneiro et al, 2017). Auxilia na recuperação em casos de transtornos

psiquiátricos graves e previne novas crises, podendo ser considerado como terapia não medicamentosa coadjuvante (Melo et al, 2014).

A atividade física propicia uma forma de libertação emocional e dirige a atenção da pessoa com a ansiedade para fora de si mesma (Stuart & Laraia, 2001). Os passeios parecem contaminar positivamente o grupo de utentes internados num serviço de psiquiatria, num clima emocionalmente seguro (Carrola, 2017).

Para este passeio ao exterior, de cerca de noventa minutos, consideraram-se os seguintes critérios de exclusão:

- Uteses com agitação psicomotora;
- Uteses com internamento compulsivo;
- Uteses sem autorização médica para saírem do serviço.

Os objetivos gerais para esta atividade, indo ao encontro das competências emocionais, foram: (1) facilitar o reconhecimento e expressão emocional relacionada com eventos diários; (2) facilitar a autorregulação emocional; (3) promover competências sociais.

Esta saída teve diversas etapas (ver plano de sessão em Apêndice 3): (1) o reunir do grupo, (2) saída para café, (3) formação de novo grupo, (4) partilha de ideias/momento socioterapêutico e (5) regresso ao serviço.

Reuniram-se doze utentes para a atividade. Houve uma pausa para que se pudessem servir de café ou descafeinado, de seguida realizámos uma breve caminhada pelo recinto hospitalar e, por fim, sentámo-nos. Com o grupo instalado, onde predominavam pessoas com perturbação do comportamento alimentar, criou-se um espaço socioterapêutico informal. Os participantes, predominantemente do sexo feminino, tinham idades entre os 16 e os 32 anos e encontravam-se motivados para a atividade.

Foi colocada uma questão: se haveria um lugar e um tempo para mostrar as emoções, e a partir desta gerou-se um debate. Promoveu-se a partilha de sentimentos e crenças em grupo; a identificação das emoções; identificaram-se padrões usuais de resposta emocional; estimulou-se a expressão das emoções e a perseverança face aos objetivos; foi incentivado um registo cognitivo e emocional congruente a longo prazo para a consecução do projeto terapêutico dos utentes.

Os utentes, neste espaço de interação informal, mostraram-se participativos e interessados na discussão, com partilha de ideias e revelações pessoais.

Relativamente à consciência emocional, foram aferidas as dificuldades nesta competência emocional, para alguns utentes, sendo irrelevante o fator idade, ou seja, não se evidenciou que por uma pessoa ter mais idade teria maior consciência emocional. Indo ao encontro de Goleman (2000), a falta de crescimento de inteligência emocional relaciona-se com as suas características: domínio das emoções e dos seus impulsos, motivação de si próprios, aperfeiçoamento da empatia e da destreza social.

A análise das respostas evidenciou que às vezes durante o internamento os utentes se encontravam “mal” (sic), apresentando dificuldade em definir mais claramente o espectro das emoções negativas. As pessoas com perturbação do comportamento alimentar revelaram uma maior consciência de si, no entanto com dificuldade na gestão e controlo dos impulsos.

Veiga Branco (2004) caracteriza a tristeza como sendo a emoção negativa mais frequentemente experienciada e a cólera – da qual a frustração pode derivar, secundariamente – a emoção mais instável e difícil de gerir. Izard (2007), relativamente às emoções negativas, acrescenta que estas têm interferência nos mecanismos de *coping*. Porventura será esta a razão pela qual a maioria dos utentes geria as suas raivas e frustrações pela via alimentar, de maneira a conseguirem readquirir uma sensação de controlo, buscando o bem-estar.

Os utentes verbalizaram diversas situações do seu dia-a-dia em que tinham experienciado estas emoções, e conseguiram, com orientação, perceber que repetiam padrões de *coping* ineficazes por forma a autorregularem-se emocionalmente.

Mudar hábitos, porém, é muito complexo, emocionalmente desgastante e moroso. Goleman (2000, p.250) refere que “o nosso repertório habitual de pensamentos, sentimentos e ação” torna-se dominante. No entanto, “quando um hábito não é funcional, substituí-lo por um outro mais eficaz, exige uma melhor prática do hábito e inibição do hábito indesejável, suficiente para que o circuito neural do velho comportamento finalmente desapareça” (Goleman, 2000, p.251).

Uma utente interrogava-se se haveria no serviço algum espaço para apresentar e abordar as emoções. Os utentes mostraram flexibilidade e disponibilidade cognitiva para considerarem os princípios de comunicação emocionalmente assertiva, que preconiza que a pessoa relate como se sente face às situações da vida. Alzina & Escoda (2007) definem esta comunicação como recetiva e expressiva.

Na avaliação da atividade os participantes deram um feedback bastante positivo, referindo que gostaram bastante da saída ao exterior do serviço de internamento e da caminhada. Relativamente à intervenção de cariz socioterapêutico, responderam ter gostado e que os tinha deixado a pensar nos certos e errados e nos tempos, tomando consciência e facilitando a expressão das suas emoções.

Referiram a importância de serem capazes de regular as emoções de forma autónoma e recorrendo a estratégias de *coping* positivas, ao invés de negativas ou restritivas – no caso particular de pessoas com perturbação do comportamento alimentar. Esta autoavaliação corrobora os estudos citados por Vasconcelos-Raposo et al (2014, p.17), que referem que a imagem corporal positiva “tende a estar associada a níveis elevados de otimismo, autoestima, apoio social, mecanismos de *coping* adequados, e períodos relativamente prolongados e estáveis no tempo quanto ao peso dos indivíduos”. Estes utentes referiram que face à autoconsciência de emoções negativas como a frustração, angústias e momentos de vida mais desesperantes, tendiam a exercer controlo sob a forma de restrição alimentar.

Alguns participantes admitiram ter dificuldade nesta competência particular da autorregulação emocional, pois nem conheciam estratégias positivas de *coping*. Foram sugeridas algumas e enfatizada a importância de serem eles a descobrirem as suas estratégias, por eles próprios, o que aceitaram.

Quanto à questão sobre o que gostariam que fosse diferente, referiram que seria do seu agrado saírem mais vezes ao exterior. Isto pode ir ao encontro de Carneiro et al (2017): tem havido um aumento do interesse em integrar a atividade física como uma componente de rotina no tratamento a pessoas com doença mental, em Portugal, mas com dificuldade em traduzir esta evidência na prática.

3.2.3. Sessão de Relaxamento em grupo

A sessão de relaxamento foi realizada a 16/10/2017 com os utentes do serviço de internamento de Psiquiatria, e para ela foram convidados os utentes das duas alas do serviço de Psiquiatria.

Como critérios de exclusão consideraram-se:

- Uteses com agitação psicomotora;

- Utentes com síndrome demencial ou défice cognitivo que impossibilitasse o seguimento de indicações simples.

A sala foi organizada por mim em colaboração com alguns utentes (que não apresentavam perturbação de comportamento alimentar) de maneira a que as mesas e cadeiras fossem retiradas e fossem dispostos pelo chão colchões cobertos por lençóis. Também foram trazidos alguns cadeirões reclináveis que se cobriram com lençóis. Juntaram-se almofadas a cada conjunto. As persianas foram parcialmente fechadas por forma a limitar a entrada de luz bem como de ruídos exteriores. Criou-se assim um ambiente com poucos estímulos, tranquilo.

O objetivo era de proporcionar relaxamento aos utentes presentes pela respiração ritmada, redução da tensão muscular e alteração do estado de consciência (Stuart & Laraia, 2001). De acordo com a OE (2011, p.17), “uma técnica de relaxamento (...) é um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stress, ansiedade ou raiva”.

A finalidade era a de facilitar a autorregulação emocional. Stuart & Laraia (2001) defendem que programas estruturados de relaxamento incidem na redução de excessos comportamentais, indo ao encontro das suas necessidades sociais. A técnica de relaxamento visa “modular a faceta corporal da emoção” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 171), o que pode contribuir para a regulação emocional.

As técnicas de relaxamento têm três objetivos: como medida preventiva, como tratamento para alívio do stress e como competência para lidar com o stress, acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz (Payne, 2003). O stress é, de acordo com Sequeira (2006, p.70): “uma condição que resulta de múltiplas interações/transições entre o indivíduo e o meio ambiente das quais surge a perceção de uma discrepância por parte do indivíduo, que pode ser real ou não, entre as exigências do meio e os recursos do indivíduo”.

As técnicas de relaxamento parecem ter maior impacto em pessoas com doenças do espectro da ansiedade e da depressão, reduzindo o stress, assim como diminuem a severidade e frequência das crises de pânico (Stuart & Laraia, 2001). Quando o stress adquire conotação angustiante, ameaçadora, tornando-se exaustivo, pode tornar-se psicopatológico, na base de algumas perturbações da ansiedade.

A técnica escolhida foi uma adaptação do relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Payne, 2003).

Estiveram presentes 8 utentes, três dos quais com perturbação do comportamento alimentar.

A manutenção da segurança e proteção do utente foram consideradas; desta forma as participantes na sessão com perturbação do comportamento alimentar ficaram deitadas em poltronas reclinadas, ao invés de ficarem no chão em colchões de espuma finos como os restantes utentes.

Uma música relaxante foi escolhida e usada como música de fundo, que era transmitida através de uma coluna estrategicamente colocada no centro da sala.

A música, como linguagem não-verbal, possui um carácter internacional, auxiliando as pessoas a comunicarem mesmo que advindas de diferentes contextos ou zonas geográficas. Expressa não o sentimento do indivíduo, mas o sentimento do grupo (Alvin, 1998, p.88).

Seguiu-se, como identificado em Apêndice 4, as etapas de sessão de relaxamento adotando uma adaptação do modelo de Jacobson como guião. Este preconiza que pela consciencialização das sensações musculares de alívio da tensão na musculatura esquelética cria-se um efeito calmante para a mente (Payne, 2003). Apesar de ser um serviço de doentes agudos, procurou-se criar uma atividade com pessoas já numa fase mais estável do ponto vista psicopatológico.

Foi referido que poderiam sair se não se sentissem bem, e pedido que o fizessem de forma silenciosa.

Payne (2003) defende que a pessoa não adormeça para aprender as técnicas, mas também contrapõe que se deve deixar adormecer visto que as pessoas vieram à procura do momento para relaxar e fazer uma pausa no stress.

Foi frisado que o intuito não era seguir as minhas indicações à risca mas sim atentarem à respiração e procurarem relaxar, desfrutando das sensações agradáveis que acompanham o relaxamento.

Os utentes foram também advertidos que poderiam no decorrer da sessão, relaxando, lembrar-se eventualmente de situações mais tristes ou mal resolvidas. Foram tranquilizados para essa eventualidade e garantido um espaço para partilharem ou serem escutados no fim da sessão, em grupo ou, se preferissem, a sós comigo.

Em seguida, foi requerido aos participantes que se deitassem nos colchões com os braços estendidos ao longo do corpo e as pernas descruzadas. Os utentes ficaram deitados em decúbito dorsal. Mencionei que poderiam fechar os olhos se assim quisessem e se sentissem confortáveis, indo ao encontro de Payne (2003, p.16): “Os olhos estarem abertos ou fechados é determinado pela natureza da abordagem e pela preferência do praticante”.

Dei então início à sessão de relaxamento adotando um tom de voz calmo e claro mas baixo em volume, com pausas longas para permitir aos participantes tempo para concretizarem a ação, como preconizado por Payne (2003).

As contrações musculares foram exemplificadas inicialmente, com as minhas mãos. A demonstração da ação muscular é também preconizada por Payne (2003). Assumi uma postura de direcionamento do grupo: o líder “conduz um programa previamente preparado. Apesar de ser apresentado de forma sistemática, o líder mostra flexibilidade, quando apropriado” (Payne, 2003, p.17).

Usei um guião adaptado de Payne (2003), que consta em Apêndice 4, e também no retorno à realidade foram seguidas as indicações de finalização da autora. A sessão durou cerca de 60 minutos.

Os participantes, de uma forma geral, gostaram da sessão e da sua duração.

Pude observar ao longo da sessão que os utentes evidenciaram diminuição da frequência respiratória, aumento da profundidade dos movimentos ventilatórios, maior descontração física e psicológica, que de alguma forma iam ao encontro das suas respostas tais como “senti-me bem”, “em paz”, “tranquilo”, “com sono mas relaxado”.

Esta sessão teve ainda um ganho secundário, para mim, ao facilitar o estabelecimento de relação com alguns utentes, como referido por Carrola (2017).

Relativamente ao que gostariam que fosse diferente, os participantes referiram ter interesse que houvesse mais sessões de relaxamento ao longo da semana. Nesse sentido, procurei capacitar as pessoas no sentido de procurarem aplicar autonomamente os princípios da sessão, nomeadamente a respiração abdominal ou diafragmática profunda, quando necessitassem. Como refere Payne (2003), as técnicas de respiração podem ser realizadas em qualquer local, potenciando a sua utilização em momentos de stress.

3.2.4. Treino de competências básicas

O treino de competências básicas foi realizado na sessão do dia 6/11/2017. Estiveram presentes 8 utentes no total.

A atividade teve início pelas 10h45 na sala de Terapia Ocupacional. O plano de sessão desta atividade encontra-se no Apêndice 5.

Como critérios de exclusão consideraram-se:

- Utesntes com agitação psicomotora;
- Utesntes com psicopatologia com sintomas positivos em fase ativa para quem o manipular dos ingredientes pudesse potenciar o quadro produtivo;
- Utesntes com síndrome demencial ou défice cognitivo que impossibilitasse o seguimento de indicações simples.

A sala foi organizada por mim em colaboração com alguns utentes de maneira a que a mesa ficasse mais encostada à parede, facilitando o acesso ao lavatório/bancada.

O objetivo para esta atividade era confeccionar um salame de chocolate. A escolha recaiu no facto de não necessitar de forno ou fogão, podendo ser utilizada a sala de Terapia Ocupacional do Serviço para o efeito. Esta dispõe de uma mesa larga, lavatório, micro-ondas e cafeteira.

A finalidade desta atividade era facilitar a atenção/concentração e a autorregulação emocional, demonstrando e levando o grupo a experimentar uma estratégia de *coping* saudável, através da culinária.

Num processo de reabilitação psicossocial a vertente da culinária surge associada a uma melhoria das funções cerebrais (atenção, memória, observação da seleção dos alimentos e das etapas a seguir), melhoria das relações sociais, oportunidade de trabalhar em grupo, pela partilha, pela descentralização do sintoma, diminuição da psicossintomatologia, ajuda com respeito e eventualmente a alguma remuneração (Pinto & Moreira, 2010). Contribui para um aumento do bem-estar da pessoa e da recuperação da sua saúde mental, em oficinas terapêuticas ou grupos terapêuticos, em contexto comunitário ou de internamento.

O ateliê de culinária permite criar um “espaço terapêutico estimulando hábitos saudáveis e propicia aos pacientes um momento para desenvolver a sua perceção sensorial e o prazer em cada fase da preparação do alimento” (Alflen & Nunes, 2016, p.xx).

Favorece “uma melhor comunicação com o paciente, maior expressão de emoções e sentimentos e certeza de promoção e reabilitação possibilitando a construção subjetiva de afetos e de ferramenta terapêutica” (Sousa & Medeiros, 2017, p.28), indo ao encontro do objetivo e da finalidade da atividade. Proporciona trabalhar a autoestima, potencia a inserção social e possibilita que a pessoa desenvolva as suas capacidades. A atividade, ao ser em grupo, não cria demasiada pressão sobre um indivíduo em particular, mas sim estimula a cooperação grupal e intrinsecamente a interação social.

Esta atividade de confeção de uma sobremesa vai ao encontro das atividades de vida diárias, no espectro social, aproximando as pessoas que estão em contexto de internamento à realidade e à vida fora do contexto de internamento, evitando a inércia institucional (Farias et al, 2016). Valoriza os aspetos saudáveis e incentiva o formato de grupo, a sua interação e inclusão social, até o estabelecimento de relações sociais com aumento do diálogo, favorecendo o respeito entre os membros do grupo.

Para além de supervisionar a atividade, tive a preocupação de empregar como intervenção o reforço positivo dos comportamentos de entreajuda e estimular a colaboração das pessoas, valorizando a iniciativa de cada um e/ou as suas capacidades – por exemplo, quando um utente com destreza conseguiu rapidamente dar uma forma cilíndrica ao salame, o que o fez estabelecer contacto visual comigo e sorrir, e o grupo também o parabenizou.

O reforço positivo “aumenta a auto-estima e encoraja a repetição de comportamentos desejáveis” (Costa et al, 2009, p.77).

Phaneuf refere que “motivar a pessoa cuidada a retomar a esperança, a querer curar-se e a tomar conta de si é com frequência muito difícil” (2005, p.140). Os utentes envolveram-se na atividade, o que vai ao encontro dos níveis de motivação de Phaneuf (2005), e pressupõe a continuação da implicação pessoal, ou seja, que ela seja “capaz de se tomar a cargo” (p.211) de si mesma e do desempenho das suas atividades diárias.

Nesta atividade foi incentivado um momento de culinária e partilha em grupo. A escolha e seleção da receita e da sobremesa a confeccionar foram realizadas previamente de acordo com os objetivos acima referidos. Para facilitar a atividade culinária, facultaram-se os ingredientes já nas medidas corretas. A função dos utentes era assim selecionar e juntar os ingredientes (bolacha maria, açúcar, manteiga,

chocolate em pó e ovo) na ordem correta, misturar bem e deixar a refrigerar. A organização dos utentes foi supervisionada e por vezes mediada por mim.

Assemelhou-se a uma proposta de trabalho, não muito criativa, mas com a consideração de se produzir saúde ao produzir-se o salame (Farias et al, 2016).

O ambiente que se gerou em grupo foi de boa disposição. O grupo já se conhecia e eu já conhecia melhor o grupo, pelo que me sentia confortável e tranquila, e penso que também eles sentiam assim, de forma geral. A atividade teve a duração de cerca de 40 minutos, sendo que o bolo (salame) ficou posteriormente no frigorífico a refrigerar para ser servido no lanche da tarde.

No fim da atividade os utentes prepararam café para o grupo, e foram convivendo, enquanto discutiam como tinha corrido a atividade e como se sentiam, indo ao encontro da avaliação da sessão.

Referiram gostar da atividade e do facto de ser algo diferente face às atividades existentes em contexto do internamento. Consideraram positiva e original a ideia de se fazer uma sobremesa. Alguns destacaram o facto de fazê-la ter proporcionado um sentimento de calma e de atenção focada, sentindo-se bem.

Propuseram, sobretudo utentes mais jovens, que esta atividade fosse proporcionada com maior frequência, nos mesmos moldes ou mesmo a seguir uma receita com a necessidade de pesar os ingredientes – complexificando a tarefa. Outros sugeriram que se fosse uma atividade mais regular, podiam-se confeccionar doces ou comidas para venda, sendo que os utentes poderiam beneficiar desse dinheiro para cafés, por exemplo.

É complicado em contexto de internamento confeccionar refeições. Não havendo acesso a forno ou fogão, o mais exequível são refeições que só necessitam de frigorífico e micro-ondas. Neste sentido, os utentes foram convidados a implicarem-se no seu processo de reabilitação, refletindo proativamente e sugerindo aos técnicos do serviço o que gostariam de efetuar, num processo de ganhos de autonomia e autodeterminação.

3.3. Intervenções de enfermagem em contexto comunitário

A família é o núcleo da sociedade em que se constrói o potencial de cada indivíduo (DGS, 2016), e é na família que a pessoa doente recebe a assistência e apoio físico, financeiro e psicoemocional. O EESMP no apoio à pessoa com doença

mental e famílias deve estabelecer uma parceria pois “os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efetuar desde o início” (ACS, 2008, p.23).

As famílias de pessoas com doença mental apresentam necessidades particulares que “carecem de empoderamento para adquirir as necessárias competências que as habilitem a cumprir o seu papel de cuidadoras” (FNAFSAM, 2007, p.13), nomeadamente informação sobre a doença e as alterações no relacionamento familiar, comunicação e como pedir ajuda emocional.

A pessoa com doença mental está mais vulnerável a acontecimentos stressantes (stressores físicos, psicológicos e psicossociais), segundo o modelo de vulnerabilidade-stress. Contudo, o desenvolvimento de uma recaída depende de um conjunto complexo de fatores e das interações entre o grau de vulnerabilidade, a natureza do acontecimento “stressante” e a presença ou ausência de fatores protetores.

Consideram-se fatores protetores: as capacidades de adaptação do cliente, o apoio familiar e social e as intervenções terapêuticas.

Vários estudos referem que os familiares podem exercer um papel protetor na medida em que podem ajudar os doentes a controlar os acontecimentos “stressantes” e a cumprirem o regime terapêutico.

O processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental levou a que muitas das famílias assumissem o papel de cuidadores principais² e principal recurso assistencial. Sem preparação e sem saber lidar com a doença e os seus sintomas, manifestam sinais de sobrecarga física e emocional por falta de informação, encaminhamento e competências emocionais a nível pessoal, aumentando potencialmente os conflitos na família, e podendo tornar-se um fator precipitante de recidivas, sobretudo na doença mental de evolução prolongada.

Também aqui existe um *treatment gap* em que os resultados favoráveis da intervenção com familiares são reconhecidos, mas a sua implementação nos serviços é difícil e/ou escassa (Lobban & Barrowclough, 2016), mantendo uma sobrecarga das famílias que prestam apoio informal (CNRSSM, 2007).

² Cuidador principal é o cuidador informal que dedica grande parte do seu tempo e energia a facilitar que a pessoa cuidada se possa desenvolver na sua vida diária, ajudando-a a adaptar-se às suas limitações, conduzindo a uma necessidade de atenção permanente (Grau et al, 2008).

3.3.1. Grupo de Famílias

O estágio com o Grupo de Famílias do CHPL realizou-se entre 18 de Setembro 2017 e 9 de Fevereiro de 2018, num período de 6 meses, com um duplo objetivo: intervir e investigar no Grupo de Famílias, enquanto enfermeira de ESMP.

O GF do CHPL existe desde 2009, e destina-se aos familiares de utentes com doença mental grave internados na clínica psiquiátrica V, podendo participar mais do que um membro da família e com possibilidade de permanecer desde a fase de esclarecimento de diagnóstico clínico até mesmo após a alta do utente. É um grupo multifamiliar aberto, constituído em média por 8 pessoas, em que o utente internado é convidado a autorizar e a selecionar o familiar a integrar no grupo.

O grupo é habitualmente dinamizado por uma enfermeira EESMP duas vezes por mês, na primeira e terceira quartas-feiras, entre as 13h30 e as 15h30. Durante o estágio trabalhei como enfermeira em parceria com a EESMP.

A intervenção em grupo teve como objetivos gerais: a) construir parcerias com os familiares que promovam a qualidade das relações interfamiliares, b) identificar as dificuldades, dúvidas e estratégias dos familiares no cuidado e vivência à pessoa com doença mental, c) fornecer suporte emocional.

As pessoas afetadas pertencem às freguesias de Alto do Pina, Beato, Marvila, São João, São Jorge de Arroios, Santa Engrácia e Santa Maria dos Olivais.

Neste contexto foi implementado um programa de competências emocionais com os familiares de pessoas com doença mental, com 8 sessões. Este número de sessões não é consensual na literatura, porém era o tempo disponível de estágio. NICE (2014) defende que as intervenções familiares devem durar entre 3 meses a um ano, com pelo menos 10 sessões.

Cada sessão teve a duração média de 120 minutos, sendo que a primeira parte permitiu dar espaço aos familiares para verbalizarem dificuldades e/ou problemas que estavam a preocupá-los em cada encontro. Este foi o ponto de partida em cada sessão para se desenvolver o Programa de Competências Emocionais – baseado em Thorsen et al, 2000; Stuart & Laraia, 2001; McFarlane et al, 2003; Veiga Branco, 2004; Wright & Leahey, 2005; Neuman, 2011; Bulechek et al, 2013; Grácio, 2014; NICE, 2014; Cartwright & Solloway, 2015; Palha, 2016 – em Apêndice 9.

As famílias das pessoas portadoras de doença Mental “podem muitas vezes sentir-se sobrecarregadas de responsabilidade e simultaneamente com um poder

muito reduzido para agir eficazmente nas tomadas de decisão relativas ao seu familiar” (Felícia, 2016, p.26). Urge por isso que elas sejam capacitadas, “orientadas para o uso de estratégias de coping adequadas” (Felícia, 2016, p.28), ou centradas na emoção ou no problema.

Neste programa o centro fulcral catártico e terapêutico foram os problemas que os familiares traziam. As angústias, as dúvidas, os impasses relacionais, como gerir o dia-a-dia com o familiar com doença mental, problemas que as pessoas eram incentivadas a abordar de forma livre e sem preconceitos, como preconizado por Navarini & Hirdes (2008). Esta verbalização espontânea dos familiares serviu de base à sessão teórico-prática, como o *role-play*. As sessões de grupo tinham um cariz psicoeducativo e psicoterapêutico, cujas intervenções se alicerçaram no estabelecimento de uma relação terapêutica. Segundo Grácio, Gonçalves-Pereira & Leff (2015), os elementos chave da intervenção familiar são a aliança terapêutica, informação sobre a doença e estratégias de *coping*, sendo importante um quarto elemento, o reenquadramento (modificar a perceção dos familiares sobre a doença e comportamento das pessoas com doença mental).

Ao longo das sessões em que participei, apercebi-me que algumas pessoas do grupo já se conheciam e partilhavam uma cumplicidade associada ao facto de terem em comum a vivência de muitos anos de um familiar (filho, irmã) com doença mental em diferentes estádios da doença. O processo de identificação com os outros familiares possibilita o sentimento de estar a ser verdadeiramente ouvido e compreendido, favorecendo a criação conjunta de estratégias para lidarem com os problemas do dia-a-dia, embora de forma moderada por uma pessoa como o EESMP (Felícia, 2016).

Relativamente à sessão sobre a comunicação assertiva com *role-play*, os familiares que interpretaram a vinheta de familiares das pessoas com doença mental e com comunicação não assertiva deram *feedback* das emoções sentidas, verbalizando desconforto, sentiram que a comunicação tinha sido agressiva, referindo não gostar desta modalidade de comportamento. Durante a dramatização houve algumas resistências na inversão de papéis, ao encontro da definição de *role-play*: um ensaio comportamental possibilitador de outras formas de existência, das quais o desempenho é temido na simulação de cenas reais ou futuras (Moreno, 2006).

3.3.2 Pretrarca – Programa de Visitação Domiciliária

O estágio neste contexto decorreu entre 13 de Novembro de 2017 e 9 de Fevereiro de 2018.

O projeto Pretrarca (Prevenir e Tratar em Casa [sublinhados da sigla]) visa, através de uma equipa móvel, efetuar visitas domiciliárias a pessoas com doença mental grave de evolução prolongada. Este projeto institucional tem como objetivos: (1) potenciar a adesão ao tratamento; (2) administrar o tratamento farmacológico por via oral e intramuscular; (3) facilitar apoio psicossocial aos utentes que não aderem ao tratamento, na gestão de emoções, no treino de aptidões, nos contactos com as entidades locais de suporte social e de integração socio-laboral. Os utentes são ainda envolvidos na gestão das atividades de vida diária e presta-se apoio aos familiares.

Os utentes acompanhados foram selecionados por grau de risco de recaída e descompensação psicossintomática, com sinalização interna e externa ao CHPL.

A equipa domiciliária é composta sempre por dois elementos, sendo o enfermeiro um elemento fixo, e o segundo elemento pode ser enfermeiro ou assistente social. Durante o meu estágio havia três enfermeiras com horário afeto a este programa, especialmente útil para realizar registos e programar as visitas, e o secretário clínico também colaborava.

A visita realiza-se todos os dias úteis a um total de 115 utentes predominantemente do sexo feminino e da faixa etária dos 41 aos 65 anos, distribuídos pelas seguintes zonas geográficas de Lisboa: Olivais (segunda-feira); Baixa e Lapa (terça-feira); S. João (quarta-feira); Marvila (quinta-feira); Sacavém e visitas suplementares ou urgentes (sexta-feira).

Para este contexto, o objetivo de estágio era prestar cuidados de enfermagem aos familiares de pessoas com doença mental, nomeadamente com intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, promoção da adesão ao regime terapêutico, facilitar os processos de reconstituição pelas vias cognitiva e social, através do estabelecimento de uma relação terapêutica. Esta é facilitada na visita domiciliária, com envolvimento maior do utente e família com os cuidadores formais.

No Apêndice 13 destaca-se um plano de um utente, com diagnósticos e intervenções EESMP. Os diagnósticos mais frequentemente enunciados para estes utentes foram: Risco de adesão à terapêutica comprometida; Interação social comprometida ou Comportamento interativo comprometido*; Stress do cuidador* ou

Stress do prestador de cuidados; Défice no autocuidado; Dependência do uso de tabaco*³.

3.4. Formação em Contexto de Estágio

Em contexto de estágio, apresentei em coautoria um *poster* intitulado: “Para além das Emoções: Delineamento de um Programa de Competências Emocionais com Familiares da Pessoa com Doença Mental”, no VIII Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, em Outubro de 2017.

Em grupo, apresentei o *poster* intitulado: “Intervenção à família do doente com doença mental grave num grupo de suporte”, no X Aniversário da ESEL: A construir o futuro, em Dezembro de 2017.

Como participante, usufruí da apresentação da comunicação de Hanna e António Damásio no decorrer do XX Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, com o tema “Cérebro e Ética, Novos desafios – Tributo a João Lobo Antunes”, em Outubro de 2017 na Fundação Calouste Gulbenkian.

Durante o estágio em contexto clínico hospitalar, apresentei uma comunicação oral no decorrer do estágio no serviço de internamento, intitulada “Desafios da Saúde Mental no Trabalho”, a 23 de Outubro de 2017. Nesta sessão estiveram presentes 7 pessoas, cinco enfermeiros do serviço e duas estudantes.

Durante o estágio no CHPL apresentei uma comunicação oral à equipa de enfermagem em Janeiro de 2018, com o título “Programa de Competências Emocionais – Grupo de Famílias”. Nesta sessão estiveram presentes 17 enfermeiros, com uma avaliação bastante positiva.

O facto de ter desenvolvido e apresentado *posters* em coautoria e formações em serviço nos dois contextos de Ensino Clínico, permitiu-me dar visibilidade ao meu projeto e ao tema das Competências Emocionais perante as equipas, enriquecendo-me e potencialmente contribuindo para o serviço. Complementarmente, as formações e congressos a que assisti como participante enriqueceram-me com informação atualizada, novas perspetivas de ação e intervenções específicas do EESMP.

³ Estes diagnósticos baseiam-se em Costa et al (2009) – que reúne NANDA com Townsend; CIPE (OE, 2016); e na terminologia específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Sampaio & Gonçalves, 2017), assinalada com um asterisco (*).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apresentam-se os dados da análise quantitativa simples ao Questionário aos Participantes, nos subcapítulos 4.1. a 4.3. (gráficos constam do Apêndice 15).

4.1. Dados sociodemográficos relativos aos familiares participantes

A amostra do estudo foi constituída por 12 participantes, seis do Grupo de Famílias (grupo experimental) e seis do grupo de comparação (Pretrarca). A análise dos dados do GF relativamente ao género evidencia uma predominância feminina (66,7%), com uma média de idades de cerca de 68 anos. A maioria (83,3%) vive acompanhada, sendo que apenas uma pessoa vivia sozinha.

Mais de metade (66,7%) dos familiares é casada, havendo uma pessoa a viver em união de facto e outra viúva. Quanto à escolaridade, metade dos participantes concluiu o ensino superior (50%), 33,3% tem o ensino primário e um participante (16,7%) concluiu o terceiro ciclo.

A maioria encontrava-se reformada (66,7%), havendo uma pessoa empregada por tempo total (16,7%) e outra desempregada (16,7%).

Relativamente aos participantes e a sua relação com a pessoa com doença mental, esta é essencialmente relação parental (83,3%), com 3 mães e 2 pais.

Estes dados do estudo, embora de reduzida dimensão, vão ao encontro do estudo de Pereira (2015), ou seja, ser cuidador, do género feminino e casado corresponde à categoria maioritária dos cuidadores.

Nos dados do grupo de comparação (Pretrarca) também a maioria pertencia ao género feminino e casados (66,7%), com uma média de idades de 73 anos, aproximadamente. Todos viviam acompanhados e a restante (33,3%), viúva. Quanto à escolaridade, uma pessoa concluíra o ensino superior (16,7%), duas concluíram o terceiro ciclo (33,3%), e três frequentaram a escola primária (50%).

A maioria encontrava-se reformada (66,7%), havendo uma pessoa empregada por tempo parcial (16,7%) e outra a tempo total (16,7%).

Relativamente aos participantes e a sua relação com a pessoa com doença mental, esta é também essencialmente parental (83,3%), com 4 mães e 1 pai.

4.2. Análise da vivência dos stressores dos familiares participantes

Os dados da análise da vivência dos stressores dos familiares participantes provêm das entrevistas conduzidas com os dois grupos, resultante do modelo de Neuman, aplicado na prática clínica.

Quadro 1 - Análise dos fatores stressores dos participantes do estudo.

Variáveis	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Fisiológicas	P2, P4, PC3, PC4, PC6	P1, PC3	P2
Psicológicas	P3, PC1, PC2, PC3, PC5, PC6	P3, P4, PC3, PC4, PC5, PC6	PC2
Socioculturais		P2, P3, P6, PC3, PC6	PC4, PC6
Desenvolvimento		P1, P5, P6, PC1, PC2, PC3, PC5, PC6	
Espirituais			

P – Participante do GF; PC – Participante do Pretrarca

Da análise do quadro acima, verifica-se que os stressores são predominantemente provenientes do nível interpessoal e intrapessoal, com menor frequência surgindo o nível extrapessoal. As respostas surgem maioritariamente na variável de desenvolvimento, psicológica e fisiológica.

Os participantes evidenciaram predominantemente stressores de variável interpessoal na ordem do desenvolvimento, com preocupação relativamente ao futuro dos familiares com doença mental (P1, P5 e P6), “quem cuidará do meu familiar?” (sic), narrativas que vão ao encontro dos estudos de Pinho & Pereira (2015) e Felícia (2016).

Ainda sobre a variável interpessoal, na ordem psicológica, seis participantes verbalizaram problemas ou preocupações familiares, nomeadamente em relação ao conjugue (P3, PC5, PC6), em relação ao filho com doença mental (P3, PC3), ou relativamente a outros familiares (P4, PC4).

Na variável interpessoal, ordem sociocultural, cinco participantes manifestaram preocupações com questões laborais (P2), geográficos e sociais (P3, P6 e PC6) ou poucos recursos económicos (PC3).

Quanto aos stressores intrapessoais, a maioria é de ordem psicológica, representando o segundo stressor mais frequente para os participantes, a par do interpessoal psicológico. P3 e PC3 referiram problemas psicológicos e/ou

psiquiátricos (sentir-se deprimida e ansiosa, no caso de P3, com sobrecarga subjetiva; ou bipolar, no caso de PC3). PC1 e PC2 referiram medo de adoecer e perder capacidades. PC5 e PC6 referiram claramente sentir sobrecarga. É evidente que os familiares necessitam de cuidados, “sob risco do adoecer mental se estender a toda a família que lida diariamente com o doente” (Felícia, 2016, p.76). Também Pinho & Pereira (2015, p.16) o corroboram: “tendo em conta a cronicidade da doença mental, o familiar está sujeito ao efeito prolongado do evento stressor envolvido, na experiência quotidiana de cuidar”.

Seguidamente, os stressores intrapessoais de ordem fisiológica têm relevo para cinco participante, que acusaram diversos problemas físicos condicionadores do seu dia-a-dia e da relação com a pessoa com doença mental. Relataram problemas de coluna, ósseos, respiratórios, hipertensão, cefaleias ou pós neoplasia da mama.

Na perspectiva de Neuman (2011) os problemas apresentados mostram como os stressores e a reação a estes estão continuamente interagindo (forças internas e externas), tentando encontrar um estado dinâmico de harmonia e equilíbrio. Estas alterações incluem fatores energéticos da estrutura básica que atuam na pessoa produzindo tensão e mal-estar, dependendo o resultado da conjugação dos vários fatores pessoais e ambientais.

Foi importante identificar estes stressores para melhor poder direcionar a intervenção no decorrer das sessões do Programa, nomeadamente com (P3) que apresentava fatores de risco em termos de doença mental. Foi-lhe recomendado que procurasse ajuda formal face ao seu estado mental e resposta aos stressores, o que acabou por fazer, com ganhos pessoais.

4.3. Análise dos fatores protetores dos familiares participantes

Os dados relativos aos fatores protetores provêm das entrevistas de avaliação com os familiares cuidadores da pessoa com doença mental.

Os fatores protetores ressurgem em mais de metade dos participantes (58,3%) evidenciados pelo gosto e satisfação na manutenção de atividades com a família (P1, P3 e P4), ou no prazer ao cuidar dos netos (PC1, PC2 e PC5 e P6). Sendo que esta participante (P6) gosta de cuidar do neto, mas tendo ele paralisia cerebral é sentido também como um fator stressante.

No decorrer das sessões, também o familiar (P6) foi ao encontro deste fator, realçando uma relação próxima com a filha com doença mental, inclusive profissionalmente.

A manutenção de contactos sociais foi realçada como importante por cinco participantes (P1, P2, P3, PC3, PC6), nomeadamente com vizinhos ou amigos. O (P2) alia a vertente social com a cultural, indo aos fados com amigos. “Relações alicerçadas num bom suporte social (laços) constituem um importante fator protetor para o ajustamento emocional” (Carrola, 2017, p.56).

Três participantes destacaram a importância da convivência/relação com os seus animais de estimação (P2, P3 e P6), para “animar a vida” (P6).

O exercício físico, nomeadamente caminhadas ou idas ao ginásio, surge com a mesma frequência, pelos participantes (P5, PC1 e PC5). O participante P5 alia o desporto ao convívio, ao praticar natação com os colegas, promovendo o bem-estar psicológico (Carneiro et al, 2017).

Dois participantes (PC3 e PC6) referiram ter uma crença religiosa (católica e outro praticante da IURD) como estratégia protetora na sua vida, o que Saad, Masiero & Battistella (2001) apontam como característica das pessoas com estilos de vida mais saudáveis.

Dois outros participantes elencaram o conhecimento da psicopatologia dos seus familiares, reconhecendo a importância na compreensão e apoio (P1, PC2).

Diversos participantes abordaram a necessidade de receberem ajuda complementar. Assim, dois familiares têm apoio da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (PC4 e PC6) e um tem casa providenciada pela Câmara Municipal de Lisboa (PC3). PC5 contratou uma cuidadora para o seu familiar com doença mental. PC4 e filho destacaram a necessidade de apoios sociais para a higiene da casa.

A manutenção de relações sociais parece evidenciar-se como importante protetor da saúde mental e do bem-estar: P4 destacou a vertente de voluntariado como uma estratégia de afastamento das emoções negativas; e P6 verbalizou a importância de ir com frequência ao estrangeiro realizar palestras sobre acontecimentos políticos históricos importantes, ligado a um antepassado seu.

Destacam-se outras atividades de distração e fontes de prazer, nomeadamente: fotografia (P5); agricultura (PC1); ir à praia (PC2); descansar em casa (PC3); ler e coser (PC4); ver filmes e séries na televisão (PC5). De acordo com Palha

(2016), as diversas estratégias de *coping* utilizadas são conducentes a um aumento do bem-estar psicológico.

4.4. Análise das Narrativas das Sessões no Grupo de Famílias

As narrativas provenientes das notas de campo das sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas foram submetidas a análise de conteúdo, tratamento e interpretação dos discursos segundo Bardin (2009). A análise compreendeu dois temas: (1) a experiência do cuidador vivida na relação com a doença mental do seu familiar e (2) o grupo como espaço de aquisição e desenvolvimento de competências.

Emergiram também três categorias que se apresentam no quadro abaixo: (1) dificuldades apresentadas pelos familiares no lidar com a doença; (2) vivência emocional na família; (3) estratégias para o quotidiano. Apresentam-se também mencionadas as diversas subcategorias e os respetivos indicadores, bem como as unidades de registo (UR) para cada indicador. Estes indicadores reúnem-se sob um título genérico (Bardin, 2009), agregando as características comuns desses elementos.

Quadro 2 - Temas e categorias emergentes das sessões do Grupo de Famílias

Tema	Categoria	Subcategoria	UR
A experiência do cuidador vivida na relação com a doença mental do seu familiar	Dificuldades apresentadas pelos familiares no lidar com a doença	Dificuldades na compreensão e no lidar com a doença:	
		- Vigilância do padrão comportamental da pessoa com doença mental;	35
		- Lutas internas na tomada de decisão quando a pessoa com doença mental está a descompensar;	28
		- Apoio Psiquiátrico na consulta.	9
		Adesão ao Regime terapêutico	11
		Falsas crenças sobre a doença mental	9
		Sobrecarga familiar:	
	- Partilha do familiar que sofre de depressão ou outra patologia psiquiátrica, ou patologia orgânica;	19	
	Emoção expressa	9	
	Dificuldades comunicacionais no quotidiano:		
- Familiares que deixam de comunicar, interagir e estar juntos, num clima familiar com conflitos e medos.	23		
Vivência emocional na família	Emoções Negativas (medo, impotência, mágoa, tristeza, angústia, aflição, desesperança, zanga)	17	
	Sentimentos Negativos (perspetiva autocentrada, resistências)	13	
	Emoções Positivas (alegria, esperança, orgulho)	19	

O grupo como espaço de aquisição e desenvolvimento de competências	Estratégias para o cotidiano	Informação sobre a doença mental (explicação sobre algumas situações clínicas e a importância da adesão ao regime terapêutico)	69
		Promover a esperança e o otimismo face ao tratamento e ao futuro	18
		Procura de ajuda socioprofissional: - Encorajamento e encaminhamento dos familiares na procura de ajuda profissional: Alcoólicos Anónimos ou grupos de ajuda mútua; Associações como a de familiares como a Entrementes; Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS); - Convite para outros familiares frequentarem o grupo;	20
		- Antecipação da consulta médica psiquiátrica;	5
		- Incentivo de atividades em conjunto.	4
			8
	Estratégias comunicacionais: - Comunicar assertivamente o que entendeu e solicitar nalgumas situações ajuda à pessoa com doença mental; - Negociar com o familiar; - Mediar a interação com outro familiar; - Estabelecer regras, limites e rotinas na relação com o familiar doente; - <i>Role-play</i> de técnicas comunicacionais.	15	
		17	
		6	
		26	
		8	
	Competências emocionais	19	

A discussão dos resultados do quadro acima detalha-se no Apêndice 17, por questão de limitação de páginas. Para o efeito foram seguidas as indicações de análise de conteúdo de Bardin (2009), e complementam-se os dados do quadro com algumas narrativas dos participantes analisando e discutindo estas sob as perspetivas dos diversos estudos e autores.

4.5. Análise das Competências Emocionais

Grupo Experimental ou de Aplicação

Pela análise dos resultados da Escala Veiga de Competência Emocional (2010), verifica-se no grupo experimental ou de aplicação (GF), que recebeu o programa, uma melhoria ligeira mas global dos valores das competências emocionais dos participantes no segundo momento (pós-teste), nomeadamente os resultados nas competências emocionais: consciência e regulação emocionais e competência social.

Quadro 3 – Resultados da Escala de Competência Emocional Veiga (grupo de aplicação)

	Avaliação Inicial Pré-teste (valor médio)	Desvio-Padrão 1º momento Avaliação inicial	Avaliação Final Pós-teste (valor médio)	Desvio-Padrão 2º momento Avaliação final
Consciência Emocional	4,59	1,36	5,02	1,17
Regulação Emocional	4,42	1,54	4,83	1,16
Competência Social	4,21	1,20	4,35	1,04
Competência Emocional (média ponderada)	4,43		4,77	

A autoconsciência ou **consciência emocional** é a competência emocional com valores médios mais elevados, apresentando uma média de 4,59 no 1º momento (pré-teste) e um valor superior no momento do pós-teste (5,02), como se pode observar no quadro nº 3. A moda e a mediana situam-se no 5 (frequente), com um desvio-padrão de 1,36 no primeiro momento e 1,17 no segundo momento.

Os dados relativos à **regulação emocional** são os que apresentam valores médios globais mais baixos (4,42) e desvio-padrão de 1,54 no primeiro momento, enquanto no segundo momento apresentam um valor médio ligeiramente superior (4,83) e desvio-padrão de 1,16. A moda e a mediana situam-se no 5 (frequente) em ambos os momentos.

As competências regulação emocional e relacionamento em grupos – **competência social** – foram as categorias com valores globais mais baixos de todas as competências, com um valor médio de 4,21 e um desvio-padrão de 1,20 no primeiro momento (pré-teste). No segundo momento de aplicação houve um discreto aumento do valor médio para 4,35 com desvio-padrão de 1,04. A moda e a mediana situam-se no 4 (algumas vezes) em ambos os momentos.

A dificuldade em lidar com a doença mental reflete-se no aumento da ansiedade, na dificuldade em processar e expressar as emoções. O cuidador experiencia com frequência sentimentos e emoções intensas e persistentes, capazes de interferir na procura de ajuda e até nos objetivos de vida, bem como no apoio ao familiar doente, com prejuízo da homeostasia pessoal (Fragoso & Chaves, 2012; Damásio, 2017) e das relações familiares (Goleman, 2000; Alzina & Escoda, 2007) ou homeostasia social (Damásio, 2017).

Grupo de Comparação

A análise dos resultados da Escala Veiga de Competência Emocional (2010), no grupo de comparação (grupo que não foi aplicado o programa), como se pode

constatar pelo quadro nº 4, demonstra valores globais ligeiramente mais elevados do que no grupo de aplicação, com exceção da autorregulação que apresenta também o valor mais baixo comparativamente com os das outras competências. Ainda assim, há uma ligeira subida no segundo momento de avaliação.

Quadro 4 - Resultados da Escala Veiga de Competência Emocional (grupo de comparação).

	Avaliação Inicial Pré-teste (valor médio)	Desvio-Padrão 1º momento Avaliação inicial	Avaliação Final Pós-teste (valor médio)	Desvio-Padrão 2º momento Avaliação final
Consciência Emocional	5,03	1,55	4,97	1,47
Regulação Emocional	3,94	0,82	4,11	1,15
Competência Social	4,72	1,37	4,69	1,12
Competência Emocional (média ponderada)	4,81		4,74	

O valor mais elevado é o da **consciência emocional** no primeiro momento de avaliação (pré-teste), com um valor médio de 5,03 e um desvio-padrão de 1,55; e na segunda avaliação apresenta valor médio mais baixo 4,97 e 1,47 de desvio-padrão. A moda e a mediana situavam-se no 6 (muito frequente) no pré-teste, e no 5 (frequente) no pós-teste.

Os valores mais baixos no pré-teste são sobretudo ao nível da **regulação emocional**, comparativamente com as outras competências, embora com uma discreta subida no segundo momento, de 3,94 para 4,11, com desvio-padrão inicial de 0,82 e final de 1,15. A moda e a mediana situam-se no 4 (algumas vezes) em ambos os momentos.

Ao nível tanto da consciência emocional como da competência social há um decréscimo subtil no segundo momento (pós-teste). Relativamente à **competência social**, o valor no primeiro momento era 4,72 com desvio-padrão de 1,37, e no segundo momento sofreu uma descida subtil para 4,69 com desvio-padrão de 1,12. No pré-teste a moda era 6 (muito frequente) e a mediana situava-se no 5 (frequente). No pós-teste a moda e a mediana passaram para 5.

Este grupo apenas recebe um apoio pontual de enfermagem mais ligado à adesão terapêutica, e de forma indireta, pois não é direcionada para os familiares. Contudo, parece-nos haver alguma inconsistência nos dados, que poderão estar relacionados com momentos e situações pessoais e familiares e outras variáveis ligadas à compreensão da escala.

Neste grupo verifica-se uma diferença negativa correspondente a uma descida da média das variáveis consciência emocional e competência social de um primeiro momento para o segundo.

No entanto, pela triangulação dos dados, o programa parece ter tido um efeito positivo para o grupo de aplicação, não só pelos valores apresentados, embora discretos – temos consciência, em termos da aquisição das competências emocionais, serem estas as consideradas mais difíceis de alcançar (Goleman, 2000; Alzina & Escoda, 2007) – mas por alguns excertos produzidas em algumas sessões, permitiu observar a evolução registada no referido grupo.

4.6. Contributos das intervenções no desenvolvimento de Competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

A prática clínica de enfermagem de saúde mental ao longo do estágio teve a pessoa e a família como núcleo central de intervenção. Consideramos ser a melhor forma de intervir junto das pessoas assistidas e em parceria com os familiares, planeando intervenções, dotando-os de conhecimentos e ferramentas, sobre a doença e recursos pessoais e interpessoais.

Trabalho na área da Saúde Mental e Psiquiatria há cerca de 7 anos, e embora sendo enfermeira generalista, considero que já possuía algumas competências, permitindo, contudo, ao realizar esta formação, grangear um maior aperfeiçoamento.

Relativamente às competências do enfermeiro especialista preconizadas pela OE (2011), no que concerne à primeira competência – deter um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, considero que apesar desta competência estar em permanente construção, o aumento do autoconhecimento promoveu uma atitude crítica e reflexiva. Ao desenvolver a consciência emocional, de acordo com Goleman (1999, 2000), permitiu-me uma melhor compreensão das emoções e fazer uso delas no desempenho pessoal e profissional, contribuindo também para compreender melhor as emoções dos outros. Neste percurso fiz algumas formações, usei o jornal reflexivo (Ciclo de Gibbs), notas de campo e reuniões de supervisão no decorrer do estágio, situando-me atualmente num nível avançado. De acordo com Benner (2001), consigo perceber espontaneamente as situações, tomando decisões de forma mais eficiente.

Relativamente à segunda competência, assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, situo-me num nível avançado, com capacidades de autodesenvolvimento. Esta foi uma competência desenvolvida tanto no estágio, em contexto de internamento do doente em fase aguda, como na comunidade (estágio no Pretrarca) de forma mais dirigida às pessoas com doença mental e seus familiares. Por outro lado, na intervenção quinzenal de forma mais específica com o Grupo de Famílias, com a aplicação do Programa de Competências Emocionais, permitiu através das narrativas e da observação, analisar as alianças, as resistências, a evolução do comportamento, e a nível pessoal ter uma reflexão e consciência crítica.

A terceira competência, ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, esta foi desenvolvida ao longo de todo o estágio, quer em internamento, quer com as pessoas do GF e do Pretrarca. Considero que atingi um nível avançado. Nestes estágios foi utilizado o processo de enfermagem, avaliação do estado mental, estabelecimento de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções interdependentes e autónomas, com utilização de linguagem classificada (CIPE, NIC e indicadores NOC), bem como a realização do estudo de caso que permitiu uma prestação de cuidados com maior qualidade e um apoio mais efetivo, mobilizando diversos instrumentos.

Também aqui, facilitada pela Enfermeira Orientadora e pela dinâmica dos contextos, pude desenvolver o meu projeto de investigação no GF e no programa Pretrarca, impulsionando os meus conhecimentos, o meu saber estar, ser e fazer, permitindo-me desenvolver como enfermeira e pessoa.

Quanto à última competência: prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, prestei cuidados a nível individual, em grupo e aos familiares, tanto em meio hospitalar como comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. Esta competência no GF foi mais evidente nas entrevistas individuais e de grupo. As sessões de psicoeducação em contexto de internamento constituíram uma grande aprendizagem, também por terem sido alvo de muita reflexão e pesquisa.

Ainda, a utilização do processo de enfermagem com avaliação do estado mental, a realização de um estudo de caso e as intervenções com base em

diagnósticos de enfermagem específicos da área de especialidade, permitiram-me evoluir. Foi muito relevante o desenvolvimento do estudo de investigação, assim como ter beneficiado da apresentação de Hanna e António Damásio. Relativamente a esta competência pela aprendizagem, atitude crítica e reflexiva e cuidados prestados na área específica, considero que consegui também um nível avançado.

Adquiri sobretudo uma vasta panóplia de experiências e estratégias que me facilitarão no processo dinâmico e contínuo de melhoria reflexiva e construtiva.

Todo este trabalho é preconizado pelos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos, nomeadamente: (1) pela aplicação de novos conhecimentos e compreensão e resolução de problemas em situações novas, das quais realço a questão investigativa e aplicação de um programa de treino de competências emocionais; (2) a comunicação em toda a sua extensão, competência tão cara à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e à qual se destaca a componente emocional com este projeto; (3) competências de autoaprendizagem, de forma orientada e reflexiva.

No global, como se depreende do acima exposto, atingi um nível avançado de competência na área de especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, conhecendo-me e tendo mais recursos internos para poder utilizar-me como instrumento terapêutico no cuidado a pessoas ou grupos, promovendo a saúde mental, trabalhando na prevenção e na reabilitação psicossocial da pessoa com doença psiquiátrica.

5. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Mental e Psiquiatria e do estágio pretendeu-se desenvolver competências emocionais pessoais e interpessoais, bem como as competências específicas em saúde mental preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. O procedimento que se adotou ao longo do Curso de Mestrado e da implementação do projeto não foi o de uma procura de resultados e conclusões passíveis de ser generalizados, mas acrescentar e utilizar novos saberes, como pessoa e como enfermeira.

A questão que norteou este projeto de estágio foi: Como pode o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria facilitar o processo comunicacional e promover as competências emocionais da pessoa com doença mental e família? Assim, procurou-se conhecer as necessidades e apoiar as pessoas com doença mental e familiares, através do aumento da literacia emocional.

As competências emocionais referem-se às competências pessoais (intra e interpessoais) e representam a capacidade para gerir e controlar emocionalmente, no momento ou à posterior, o comportamento. Pertencem às competências da inteligência emocional e são consideradas fatores protetores da saúde mental. O projeto desenvolvido enquadra-se na área da educação emocional, pretendendo-se promover as competências emocionais para otimizar o desenvolvimento humano, com o conseqüente aumento do bem-estar. Nesta sequência desenhou-se o programa de competências emocionais de apoio a pessoas com doença mental e seus familiares.

Em contexto de internamento psiquiátrico com supervisão clínica foi possível planejar e implementar diversas técnicas e intervenções de Enfermagem, considerando a dimensão das emoções na relação enfermeiro cliente, uma vez que é através do processo relacional dos cuidados que estas são expressas.

Em contexto comunitário realizou-se um estudo de investigação para compreender o efeito do desenvolvimento de um programa de competências emocionais, nomeadamente a autoconsciência, a autorregulação e competência de relacionamento em grupo (competência social) em famílias de pessoas com doença mental grave, numa metodologia quasi experimental.

O estágio em contexto comunitário incluiu também uma intervenção sistematizada visando o desenvolvimento de competências emocionais a um grupo de famílias, sendo que um outro grupo serviu de comparação pois não houve

aplicação do programa. Esta experiência permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e da vida, facultando vários olhares sobre as situações, com maior flexibilidade mental e capacidade reflexiva. Reconheceram-se neste âmbito diversos fatores de análise, processos conscientes e controlados até então inconscientes e automáticos, tanto individualmente como em supervisão com os orientadores.

Este programa permitiu analisar algumas vivências dos familiares com dificuldades em compreender e diferenciar os comportamentos ligados à doença, alguns familiares em situação de stress que teciam comentários hiper-críticos e mostravam alguma sobrecarga emocional e sobre-envolvimento emocional. Embora a sobrecarga e a emoção expressa não tenham sido conceitos largamente estudados, eles emergiram. Ancorado predominantemente nos pressupostos dos programas psicoeducativos multifamiliares, este programa persegue a ideia de uma mudança positiva que pretende promover o bem-estar e possibilitar o processo de *healing* (entendido como a recuperação do equilíbrio global da pessoa).

Procurou-se gerir problemas e dificuldades dos familiares em espaço socioterapêutico, onde surgiram a incompreensão, o medo, a raiva, a culpa como emoções desgastantes, mas também a alegria, o otimismo, a esperança em situação de estabilização da doença, a amizade, com situações de reflexão e tomada de decisões mais assertivas.

Uma das técnicas utilizadas foi o *role-play*, com um grande potencial para promover o conhecimento, reconhecer formas de estar e comunicar na interação social, desenvolver habilidades sociais, modelar comportamentos perante queixas interpessoais e dificuldade de discriminação de atitudes. Este *role-play* gerou entusiasmo e fluxo, numa simulação que facilitou em vários momentos a perceção do si e do lugar do outro, ou mesmo a descentralização de si mesmo. Também a inversão de papéis desempenhou um potencial catártico.

Parece poder afirmar-se que o programa, embora de curta duração, com oito sessões, teve um efeito positivo na aquisição de competências emocionais, mesmo como refere Alzina & Escoda (2007), estas serem efetivamente as competências mais difíceis de desenvolver. A triangulação dos dados permitiu utilizar múltiplas fontes e pode ser considerada uma forma de validação dos dados, uma vez que possibilita cruzar e contratar a informação durante a análise dos mesmos. Através das narrativas

das notas de campo em algumas sessões e das entrevistas pudemos observar essa evolução no grupo de aplicação. Embora os dados nos possam remeter para um valor superior nos dois grupos na variável autoconsciência, consideramos que estes grupos beneficiam do apoio do grupo, mas há ainda um percurso a desenvolver em relação à identificação, diferenciação e conseqüentemente regulação emocional, e outras competências pessoais e interpessoais, sobretudo em familiares que vivem com as dificuldades inerentes à doença mental.

Estes programas preconizam estratégias de promoção da saúde para aumentar recursos internos, diminuindo a vulnerabilidade dos participantes. Estes tornam-se inclusiva e financeiramente mais viáveis (Santana, 2011), uma prioridade em saúde pública e saúde mental comunitária.

Um trabalho de investigação é um processo moroso, ao longo do qual surgem imprevistos, obstáculos e/ou constrangimentos. Na realização deste estágio e estudo destacamos algumas implicações:

1. O estágio apesar de ter a duração de 6 meses, foi curto para a realização do estágio e da investigação. Pensamos que os resultados do programa teriam uma maior relevância com uma maior duração (maior número de sessões e maior período de tempo). A evidência científica remete para programas psicoeducativos familiares mais longos, podendo ir até aos dois anos.
2. A marcação e a duração das entrevistas: foi difícil ajustar os tempos, aquando das visitas domiciliárias do grupo de comparação e as avaliações finais do GF;
3. O reduzido tamanho da amostra, que não permitindo generalizações de resultados, permitiu no entanto uma reflexão e contribuir para uma definição de estratégias de intervenção;
4. O instrumento em alguns itens gerou algumas dificuldades de compreensão por parte dos familiares, o que pode ter levado mais tempo, pelo que se recorreu ao heteropreenchimento e esclarecimento ou reformulação das frases;
5. A inexperiência da investigadora pode ter influenciado a forma como colheu e analisou o fenómeno, não obstante o cuidado em isolar as situações e tentar validar o conhecimento com os orientadores;
6. Familiares com dificuldades económicas para custear a deslocação dos transportes públicos até ao CHPL e, em oposição, houve familiares que abandonaram

o GF em virtude do parque de estacionamento hospitalar ter passado a ser pago a partir de Novembro 2017;

7. A Sra. enfermeira orientadora a viver um processo de integração e transição profissional (sem querer menosprezar todo o seu apoio e disponibilidade).

Não obstante estes constrangimentos consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos.

Considera-se de extrema importância numa perspetiva de futuro:

- Criar programas nesta área para pessoas com doença mental grave com um maior número de sessões;
- Dar continuidade a um trabalho nesta temática no meu local de trabalho em parceria com outros profissionais de saúde, estimulando-os para o trabalho de competências emocionais, com as famílias de pessoas com doença mental;
- Contribuir com a transferência destes resultados para a prática, com a divulgação e translação do conhecimento;
- Contribuir na criação de espaços de reflexão e partilha de conhecimento, se possível com supervisão clínica exterior à equipa;
- Preconizar-se o desenvolvimento de intervenções focadas na resolução de problemas e a utilização de estratégias cognitivo comportamentais;
- Sensibilizar para a criação de uma filosofia institucional que promova a formação de grupos multifamiliares.

Em síntese, consideramos que o EESMP pode contribuir para o aumento de várias competências, inclusive as emocionais, ensaiando novos modelos de comunicação e de interação. As intervenções alicerçam-se no estabelecimento de uma relação de confiança terapêutica, criando um vínculo para potenciar a capacidade de encontrar soluções e encontrar maneiras de adaptar-se às situações. Implementar intervenções socio e psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, de acordo com as necessidades dos utentes e famílias.

O enfermeiro ao mobilizar-se intencionalmente como instrumento terapêutico, permite ser mais eficaz; procura com o utente e família impulsionar uma progressiva reorganização funcional adaptativa, um aumento no reconhecimento e expressão da sua experiência emotiva, com ganho de *insight* e uma maior capacidade para aliviar o sofrimento psíquico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alflen, M.; Nunes, A. L. P. (2016). Oficinas terapêuticas: Um espaço de acolhimento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 8 (18). Acedido a 20/12/2017. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4441/4752>.
- Almeida, J. M. C.; Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Alto Comissariado para a Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Alvin, J. (1998). *Music therapy*. Londres: Stainer & Bell.
- Alzina, R. B.; Escoda, N. P. (2007). *Las competencias emocionales*. *Educación XXI*. 10, 61-82.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5* (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ª edição). Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bomar, P. J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Filadélfia: Saunders.
- Brito, M. L. S. (2011). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5702>.
- Bulechek, G. M.; Butcher, H. K.; Dochterman, J. M.; Wagner, C. M. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)*. Missouri: Elsevier.
- Candeias, V. S. D. (2016). *Promoção do bem-estar psicológico no adulto jovem com alterações da saúde mental em processo de transição*. (Relatório de Estágio). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16758/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_Vanessa%20Candeias.pdf.

Carneiro, L.; Rosenbaum, S.; Mota, M. P.; Schuch, F.; Ward, P. B.; Vasconcelos-Raposo, J. (2017). Exercise as an essential therapeutic tool in mental health: Closing the gap from research to practice, a portuguese perspective. *Acta Médica Portuguesa*. 30 (5), 354-355. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.8436>

Carrola, C. I. S. (2017). *Trabalho emocional na realidade do sobrevivente oncológico: do Distress à autorregulação emocional*. (Relatório de estágio). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21049>

Cartwright, A.; Solloway, A. (2015). *Inteligência emocional: Actividades de desenvolvimento pessoal e profissional*. Lousã: Monitor.

Carvalho, J. C. M. (2012). *Esquizofrenia e família: Repercussões nos filhos e cônjuge*. (Tese de Doutoramento). Acedido em 18/03/2018. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/63724>.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1. Loures: Lusodidacta.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. CNRSSM. Acedido em 18/03/2018. Disponível em: <http://www.hmlemos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>.

Conselho Internacional dos Enfermeiros (2005). *CIFE: Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.

Costa, A. et al (2009). *Manual de diagnósticos e intervenções de enfermagem CHPL: Revisão Nº 1*. Acessível no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Crouch, R.; Alers, V. (2014). *Occupational therapy in psychiatry and mental health*. Reino Unido: Wiley Blackwell.

Damásio, A. (2012). *Ao encontro de Espinosa*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Damásio, A. (2015a). *O erro de Descartes*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Damásio, A. (2015b). *O sentimento de si*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas: A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Decreto-Lei nº 8/2010. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. *Diário da República I Série*, Nº 19 (28/01/2010). 257-263. Acedido em: 24/04/2018. Disponível em: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/8/2010/01/28/p/dre/pt/html>.

Despacho nº 8932/2017. Determina que, no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Direção-Geral da Saúde, é dada prioridade ao desenvolvimento de três objetivos estratégicos para a intervenção ao nível da promoção da atividade física, através da realização de projetos piloto em unidades funcionais de Agrupamentos de Centros de Saúde, estabelecimentos hospitalares do SNS e unidades locais de saúde. *Diário da República I Série*, Nº 195 (10/10/2017). 22878-22879. Acedido em 10/03/2018. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108275649/details/normal?l=1>.

Direção-Geral de Saúde (2014). *Portugal saúde mental em números: 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS. Acedido em: 10/10/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-357869-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

Direção-Geral de Saúde (2016). *Portugal saúde mental em números: 2015*. Lisboa: DGS. Acedido em: 10/12/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde [s. d.]. *A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Acedido a 8/12/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-actividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.aspx>.

Docter, P. (2015). *Divertida-mente (Inside Out)*. (vídeo). [S.l.]: Pixar Animation Studios.

Farias, I. D.; Thofehrn, M. B.; Andrade, A. P. M.; Carvalho, L. A.; Fernandes, H. N.; Porto, A. R. (2016). Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 12 (3), 147-153. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i3p147-153.

Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (2007). *Saúde mental: Posições de EUFAMI: Necessidades dos cuidadores familiares, medicamentos, tratamento e cuidados, reabilitação e “recovery”*. Lisboa: FNAFSAM.

Felícia, F. M. P. (2016). *Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença Mental Grave*. (Relatório de Estágio). Acedido em: 3/03/2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18154>.

Figueiredo, M. H. J. S.; Vilar, A. I. P.; Sousa, C. N. (2009). Resiliência: Abordagem apreciativa da família como sistema social. In *Livro de Actas do Fórum A Saúde Mental e a Vulnerabilidade Social, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Junho 2009, 96-102.

Filella, G.; Cabello, E.; Pérez-Escoda, N.; Ros-Morente, A. (2016). Evaluación del programa de educación emocional “Happy 8-12” para la resolución asertiva de los conflictos entre iguales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 14 (3), nº 40, 582 - 601. DOI: <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.40.15164>.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (2ª edição). Loures: Lusociência.

Fragoso, V.; Chaves, M. (2012). *Educação emocional para seniores*. Viseu: PsicoSoma.

Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas & Debates.

Goleman, D. (2000). *Trabalhar com inteligência emocional*. (2ª edição). Lisboa: Temas & Debates.

Gomes, A. (2005). A expressão das emoções e a sua importância na evolução da esquizofrenia. *Empatia*. Nº 4, 3-4.

Gomes, I. D. et al (2017). Grupo de Suporte a Familiares de Pessoas com Doença Mental Grave: Reequilíbrio da Identidade no Quotidiano. *Pensar Enfermagem*. 21 (1), 3-19. Acedido a 26/01/2018. Disponível em

[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%201%20Pages%20from%20PE21_1sem2017\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%201%20Pages%20from%20PE21_1sem2017(1).pdf).

Gonçalves-Pereira, M. et al. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 19 (1), 1-8.

Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M.; Fadden, G. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*. 2 (XXV), 241-255.

Grácio, J. (2014). *Key-elements of family interventions for psychosis: a qualitative research*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/15223>.

Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M.; Leff, J. (2015). What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review. *Family Process*. 55 (1), 79-90. DOI: 10.1111/famp.12155.

Grau, C. F. et al (2008). *El mundo del cuidador familiar una visión teórica y un modelo práctico para el cuidado*. Tarragona: Silva Editorial.

Gulanick, M.; Myers, J. L. (2007) *Nursing care plans: Nursing diagnosis and intervention*. Missouri: Mosby Elsevier.

<http://www.cinematherapy.com/index.html>. Acedido a 8/12/2017.

Institute for Systems and Computer Engineering, Technology and Science (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros e INESCTEC. Acedido a 14/04/2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf.

Internacional Council of Nurses (2017). *Enfermeiros: Uma voz de liderança: Alcançar os objectivos de desenvolvimento sustentável*. Suíça: ICN. Acedido a 10/11/2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KitDIE2017_VF_COM%20CAPA.pdf.

Izard, C. (2007). Basic emotions, natural kinds, motion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science*. 2 (3), 260-280. DOI: [10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x)

Leuschner, A. (coord.) (2017). *Relatório da avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Acedido a 4/03/2018. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>.

Lobban, F.; Barrowclough, C. (2016). An interpersonal CBT framework for involving relatives in interventions for psychosis: Evidence base and clinical implications. *Cognitive Therapy and Research*. 40, 198–215. DOI: 10.1007/s10608-015-9731-3.

McFarlane, W. R.; Dixon, L.; Lukens, E.; Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. 29 (2), 223-241.

Melo, L. G. do S. C.; Oliveira, K. R. da S. G.; Vasconcelos-Raposo, J. (2014). A educação física no âmbito do tratamento em saúde mental: um esforço coletivo e integrado. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 17(3), 501-514. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p501-8>.

Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2014). *Tratado da regulação das emoções*. Lisboa: Edições Piaget.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. L.; Swason, E. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (3ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. L.; Swason, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (4ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Moreira, P.; Oliveira, J. T.; Crusellas, L.; Lima, A. (2012). Inventário de identificação de emoções e sentimentos (IIES): Estudo de Desenvolvimento e de Validação. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. 3 (1), 39-66.

Moreno, J. L. (2006). *Psicodrama* (10ª ed.). São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix.

Nascimento, L. C.; Rocha, S. M. M.; Hayes, V. E. (2005). Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14 (2), 280-286.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. Acedido a 16/01/2018. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>.

Navarini, V.; Hirdes, A. (2008). A Família do portador de transtorno mental: Identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 17 (4), 680-688.

Neuman, B.; Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. (5ª edição). Boston: Pearson.

Oliva, V. H. S.; Vianna, A.; Neto, F. L. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37 (3), 138-144. Acedido a 29/9/2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000300008.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Acedido a 8/03/2018. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudental.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Palha, M. (2016). *Uma caixa de primeiros socorros das emoções*. Barcarena: Manuscrito Editora.

Pasadas, C.; Manso, F. (2015). Psychoeducation: A strategy for preventing relapse in patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing*. 2 (1), 89-102. Acedido a 14/05/2018. Disponível em http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol_2_No_1_June_2015/10.pdf.

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª edição). Loures: Lusociência.

Peluso, M. A. M.; Andrade, L. H. S. G. (2005). Physical activity and mental health: The association between exercise and mood. *Clinics*. 60 (1), 61-70.

Pereira, C. N.; Valcárcel, R. R. (2018). *Emocionário* (2ª edição). Alfragide: Texto Editores.

Pereira, M. G.; Almeida, J. C. (1999). Repercussões da doença mental na família. Um estudo de familiares de doentes psicóticos. *Acta Médica Portuguesa*. 12, 161-168.

Pereira, M. G.; Sampaio, D. (2011). Trabalho com famílias em psiquiatria geriátrica. *Acta Médica Portuguesa*. 24 (S4), 819-826.

Pereira, M. G.; Xavier, M.; Neves, A.; Barahona-Correa, B.; Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 19, 1-8.

Pereira, M. H.; Gomes, J. C. (2012). Terapia de grupo para familiares de pessoas com perturbação mental grave: Estudo de caso múltiplo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 8, 38-44.

Pereira, V. M. P. (2015). *Programa de Psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia*. (Dissertação de Mestrado).
<https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/3581>.

Petrakis, M.; Laxton, S. (2017). Intervening early with family members during first-episode psychosis: An evaluation of mental health nursing psychoeducation within an inpatient unit. *Archives of Psychiatric Nursing*. 31, 48-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.015>.

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

Pinto, V. A. M.; Moreira, L. H. O. (2010). Qualidade das oficinas terapêuticas em saúde mental na perspectiva dos usuários: Um estudo de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. Acedido a 18/03/2018. Disponível em: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30145-5/pdf](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30145-5/pdf).

Saad, M., Masiero, D., Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*. 8 (3), 107-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20010003>.

Salovey, P.; Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition, and personality*. 9, 185-211. DOI: 0.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.

Sampaio, F.; Gonçalves, P. (2017). Diagnósticos e intervenções exclusivas dos enfermeiros especialistas em enfermagem saúde mental. In *VIII Congresso Internacional ASPESM*, Instituto Politécnico de Leiria, 26-27 Outubro 2017.

Sampaio, F.; Peres, M.; Ribeiro, G.; Barreto, A.; Teixeira, M.; Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: Implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial*. 5, 87-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0173>.

Santana, A. F. O. (2011). Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares. Acedido a 8/03/2018. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>.

Seal, F. (2004). Cinema therapy: Unique psychotherapy technique. *Positive Health*. 100, p.9-11. Acedido a 1/10/2018. Disponível em <http://www.positivehealth.com/article/psychospiritual/cinema-therapy-unique-psychotherapy-technique>.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.

Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2009). *Manual de boas práticas canadianas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Porto: ASPESM.

Sousa, Y. G.; Medeiros, S. M. (2017). Oficinas terapêuticas ressignificando o cuidar de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. *Enfermagem Revista*. 20 (1), 23-30. Acedido a 18/03/2018. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/15412>.

Strongman, K. T. (2004). *A psicologia da emoção*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Stuart, G. W.; Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7ª ed.), St. Louis: Mosby Elsevier.

Thorsen, G. R. B.; Grønnestad, T. G.; Øxnevad, A. L. (2006). *Family and multi-family work with psychosis: A guide for professionals*. London: Routledge.

Tolletti, G. (2011). Contributo dos enfermeiros na implementação de intervenções psicossociais (IPS) dirigidas a pessoas com doença mental grave. *Revista Portuguesa*

de *Enfermagem de Saúde Mental*. 5, 7-15. Acedido a 15/05/2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n5/n5a02.pdf>.

Trzepac, p.; Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vasconcelos-Raposo, J.; Teixeira, C. M.; Pinto, A. F.; Pereira, C. A.; Fernandes, M. G.; Pinto, M. (2014). Atividade física, satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares em adolescentes. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 14 (3), 15-32. Acedido em: Disponível em: http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos_soltos/2014-3/01.pdf.

Veiga Branco, A. (2004). *Competência emocional: Um estudo com professores*. Coimbra: Editora Quarteto.

Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: Um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência.

World Health Organization (2016). *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*. World Bank Group & WHO. Acedido em: 18/09/2017. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>.

World Health Organization (2018). *Mental disorders Factsheet*. Acedido a 14/04/2018. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.

Wright, L; Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª Edição). São Paulo: Roca.

Yazici, E.; Ulus, F.; Selvitop, R.; Yazici, A. B.; Aydin, N. (2014). Use of movies for group therapy of psychiatric inpatients: Theory and practice. *International Journal of Group Psychotherapy*. 64 (2), 254-270. DOI: <https://doi.org/10.1521/ijgp.2014.64.2.254>

Zanetti, A. C. G., et al (2018). Expressed emotion and family burden in relatives of patients in first-episode psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32, 390-395. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.003>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Cronograma

		2017														2018					
		Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro					Fev
Semanas		18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	1	8	15	22	29	5
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atividades		22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	30	7	15	22	5	12	19	26	2	9
EC CHPL Grupo de Famílias		20 S. 1		4 S. 2		18 S. 3				15 S. 4			6 S. 5		3 S. 6		17 S. 7				7 S. 8
EC CHPL Pretrarca																				F Enf	
EC internamento			F		PES	SR	F Enf	S													
Revisão Crítica da Literatura																					
Desenvolvimento de Competências do EESMP																					
Elaboração do Relatório																					
Elaboração de um Poster para Divulgação dos Dados																					
OT					16					13				11				15			5

Legenda:

F – Visualização do filme “Divertida-mente” (Docter, 2015)

PES – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis (Caminhada ao exterior com grupo de utentes)

SR – Sessão de relaxamento com grupo de utentes

S – Treino de competências básicas (confeção de uma sobremesa pelos utentes, supervisionada pela enfermeira)

S. – Sessão do Programa de Competências Emocionais

F Enf – Formação à equipa de Enfermagem do serviço

APÊNDICE 2 – PLANO DA SESSÃO DE CINEMATERAPIA

Plano de Sessão

Atividade: Visualização do Filme “Divertida-mente” (Docter, 2015)

Público-alvo: Utentes do Serviço de Internamento de Psiquiatria de um Hospital da Grande Lisboa

Data: 29 de Setembro de 2017

Hora: 10h15

Duração: 120 minutos

Local: Sala da Terapia Ocupacional

Enfermeira: Maria Manuel Alves

Atividades	Objetivos	Métodos	Recursos	Duração
<p>Aquecimento: 1. Estabelecimento de regras: - Os utentes comprometiam-se a tentar aguardar pelo intervalo para fumar; - Seria realizado um intervalo aproximadamente a meio do filme, para coincidir com a refeição servida a meio da manhã, pelas 11h; - Os utentes que saíssem durante a sessão não regressariam, para não interromper o grupo; - Ainda antes do início da sessão houve a intenção que os utentes com perturbação de comportamento alimentar se sentassem nas cadeiras com revestimento mais repleto e confortável; que quem tivesse soros em suporte ficasse mais perto da porta e no fim das filas; e que os mais altos se sentassem na fila de trás por forma a não obliterar a visão aos demais. 2. Síntese do filme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar o envolvimento de todos os participantes; - Favorecer a coesão do grupo; - Sensibilizar para a temática do filme. 	Expositivo e participativo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Televisão; - Coluna de som portátil. 	10 minutos
<p>Cinematerapia – Primeira parte do filme “Divertida-mente” (Docter, 2015); Resumo da primeira parte: Relatada a mudança de residência, cidade, escola e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação terapêutica com o grupo de utentes; 	Expositivo e participativo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Televisão; - Coluna de som portátil. 	40 minutos

<p>amigos da menina do filme, Riley, e de como estas mudanças geraram diversas alterações emocionais, nomeadamente a raiva, o medo e a repulsa. Foi realçado o papel dominante da alegria e a importância no bem-estar no comando da tomada de decisões, com influência na personalidade e humor da personagem.</p> <p>Os utentes foram alertados para, na segunda parte, estarem atentos à possibilidade de não ser sempre a alegria a gerir as decisões, e o que resultaria daí.</p>	<p>- Sensibilizar os utentes para a dimensão emocional dos seres humanos.</p>			
<p>Intervalo</p>				<p>10 minutos, com tolerância de mais 10</p>
<p>Cinematoterapia – Segunda parte do filme “Divertida-mente” (Docter, 2015); Partilha Avaliação Final</p>	<p>- Avaliar o grau de satisfação dos participantes; - Sintetizar e esquematizar conteúdos abordados para utilização futura individual.</p>	<p>Participativo</p>	<p>- Computador; - Televisão; - Coluna de som portátil; - Questionário de registo da sessão (Barreto, Carvalho e Pereira, 2014, <i>in</i> Pereira, 2015) – Anexo 1.</p>	<p>60 minutos</p>

**APÊNDICE 3 – PLANO DA SESSÃO DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA
SAUDÁVEIS**

Plano de Sessão

Atividade: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

Público-alvo: Utentes do Serviço de Internamento de Psiquiatria de um Hospital da Grande Lisboa

Data: 9 de Outubro de 2017

Hora: 10h15

Duração: 90 minutos

Local: Jardins de um Hospital da Grande Lisboa

Enfermeira: Maria Manuel Alves

Atividades	Objetivos	Métodos	Recursos	Duração
Aquecimento: 1. Estabelecimento de regras: que o grupo se manteria unido, e que alguma saída com motivação pessoal teria de ser validada pelo Enfermeiro orientador. 2. Pausa para os utentes comprarem café em máquinas automáticas ou no café do Jardim.	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar o envolvimento de todos os participantes;- Favorecer a coesão do grupo.	Expositivo		15 minutos
Atividade Física Caminhada pelo recinto relvado do Centro Hospitalar. Espaço Socioterapêutico: Coloquei uma questão: se haveria um lugar e um tempo para mostrar as emoções, e a partir desta gerou-se um debate mediado por mim. Promoveu-se a partilha de sentimentos e crenças em grupo; a identificação das emoções; identificaram-se padrões usuais de resposta emocional; estimulou-se a expressão das emoções e a perseverança face aos objetivos; foi incentivado um registo cognitivo e emocional congruente a longo	<ul style="list-style-type: none">- Estabelecer uma relação terapêutica com o grupo de utentes;- Facilitar o reconhecimento e expressão emocional relacionada com eventos diários;- Facilitar a autorregulação emocional;- Promover competências sociais.	Participativo		60 minutos

prazo para a consecução do projeto terapêutico dos utentes.				
Partilha Avaliação Final	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de satisfação dos participantes; - Sintetizar e esquematizar conteúdos abordados para utilização futura individual. 	Participativo	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de registo da sessão (Barreto, Carvalho e Pereira, 2014, <i>in</i> Pereira, 2015) – Anexo 1. 	15 minutos

APÊNDICE 4 – PLANO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO

Plano de Sessão

Atividade: Sessão de Relaxamento

Público-alvo: Utentes do Serviço de Internamento de Psiquiatria de um Hospital da Grande Lisboa

Data: 16 de Outubro de 2017

Hora: 11h

Duração: 60 minutos

Local: Refeitório do Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeira: Maria Manuel Alves

Atividades	Objetivos	Métodos	Recursos	Duração
Aquecimento: 1. Estabelecimento de regras; 2. Explicação dos efeitos pretendidos e possíveis reações que os utentes viessem a ter.	- Fomentar o envolvimento de todos os participantes; - Favorecer a coesão do grupo.	Expositivo	- Lençóis; - Almofadas; - Colchões finos; - Poltronas; - Coluna de som portátil; - Telemóvel ⁴ .	5 minutos
Sessão de Relaxamento: Guião da Sessão, explicitado seguidamente	- Facilitar o relaxamento do grupo de utentes; - Facilitar a autorregulação emocional.	Expositivo, Demonstrativo e Participativo	- Lençóis; - Almofadas; - Colchões finos; - Poltronas; - Coluna de som portátil; - Telemóvel.	45 minutos
Avaliação Final	- Avaliar o grau de satisfação dos participantes; - Sintetizar e esquematizar conteúdos abordados para utilização futura individual.	Participativo	- Questionário de registo da sessão (Barreto, Carvalho e Pereira, 2014, <i>in</i> Pereira, 2015) – Anexo 1.	10 minutos

⁴ A música utilizada foi <https://www.youtube.com/watch?v=1ZYbU82GVz4&t=4113s>.

Guião de Sessão

Concentre-se no ritmo natural da sua respiração... inspira pelo nariz, expira pela boca... inspira, enche bem o peito de ar, expira pela boca... inspira fundo... expira devagar...enche os seus pulmões suavemente ... e ... expire lentamente, libertando as suas tensões com o ar ... e agora deixe que a sua respiração volte ao ritmo normal... agora coloque uma mão sobre a parte superior do abdómen e repare na suave dilatação e retração por debaixo dela... mantenha o seu ritmo... e deixe apenas que a respiração siga por si própria...

Vamos agora passar a nossa atenção para o braço direito... Contraia os músculos da mão direita e parte inferior do braço, fechando a mão em punho cerrado. Agora ... contraia a mão ... mantendo apertado... sinta a tensão dos músculos ao apertar... e ... relaxe... liberte a tensão de uma só vez à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão... atente nas sensações dos músculos da parte inferior do braço, ao eliminar a tensão... sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados... Ainda com o braço direito, vou pedir que lentamente contraia todos os músculos de modo a que o braço fique rígido. Comece com uma ligeira tensão nos dedos... deixe que ela cresça até os dedos se juntarem à palma em forma de punho. De seguida estique o braço, criando uma tensão no antebraço e braço até este ficar rígido... agora sinta a tensão ao longo do braço, mas sem exagerar... e ... relaxe... deixem-no cair pesadamente... sinta os músculos a soltarem-se e o braço a ficar mole... deixe o braço continuar a relaxar... e a relaxar mais um pouco... imagine o último vestígio de tensão a fluir sobre os dedos... repare como sente os músculos do braço quando estão totalmente relaxados.

Vamos continuar com a mão e a parte inferior do braço esquerdo. Vou pedir que contraia os músculos da mão esquerda e parte inferior do braço, fechando a mão em punho cerrado. Agora ... contraia a mão ... mantendo apertado... sinta a tensão dos músculos ao apertar... e ... relaxe... liberte a tensão de uma só vez à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão... sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais e mais profundamente relaxados... completamente relaxados... Ainda com o braço esquerdo, lentamente contraia todos os músculos de modo a que o braço fique rígido. Comece com uma ligeira tensão nos dedos... deixe que ela cresça até os dedos se juntarem à palma em forma de punho. De seguida estique o braço, criando uma tensão no antebraço e braço até este ficar rígido ... agora sinta a tensão ao longo do braço, mas sem exagerar... e ... relaxe... deixem-no cair pesadamente... sinta os músculos a soltarem-se e o braço a ficar mole... repare no alívio, deixe o braço continuar a relaxar... imagine o último vestígio de tensão a fluir sobre os dedos... repare como sente os músculos do braço quando estão totalmente relaxados.

Voltando a sua atenção para as pernas, aponte os seus pés para a cara, mantendo a parte de trás dos joelhos no chão... mantenha a posição e inspire... e a seguir... relaxe, expirando... à medida que liberta os músculos das pernas, sinta a tensão a escoar... e a continuar a escoar enquanto as suas pernas e pés ficam cada vez mais e mais relaxados... Agora aponte os pés para baixo, como se os estivesse a utilizar para indicar algo. Não exagere no esforço ... agora... mantendo a posição, repare nas tensões na barriga das pernas... e de seguida relaxe... deixe ir... deixe que a tensão se dilua... sinta o conforto a voltar à parte inferior das pernas...repare nas sensações que se obtêm com o relaxamento dos músculos... continue a deixar ir até sentir que não relaxa mais...

Foque a sua atenção nos dedos dos pés. Curve os dedos para baixo, restringindo a ação apenas aos dedos... agora... sinta a tensão nas solas dos pés e na barriga das pernas... de seguida... relaxe... deixe-se ir... sinta os músculos a afrouxar à medida que a tensão desaparece... repare como se sente com os músculos relaxados.

Passando à região do pescoço, gostaria que levantasse os ombros... empurre-os para cima como se quisesse tocar nas orelhas... agora... sinta a sensação... e relaxe... deixe os ombros cair... e continue a deixá-los cair... mais e mais à medida que a tensão se esvai... sinta os ombros completamente relaxados... repita, os ombros para cima, inspira... expire e relaxe... deixe os ombros cair... sinta os ombros completamente relaxados...

Com os olhos abertos, erga as sobrancelhas... sinta a tensão... e liberte a tensão... franza as sobrancelhas... sinta a tensão... e liberte... feche os olhos firmemente... sinta a tensão... e deixe ir... inspire, retenha o ar no abdómen, expire... Junte os maxilares com firmeza, reparando na sensação gerada por essa ação... mantenha... e... suspenda... deixe o maxilar à vontade... sinta a tensão a abandoná-los... e ainda mais... agora repita a ação... De seguida, mostre os dentes... sinta a tensão nas maçãs do rosto... mantenha-se assim durante alguns segundos... e liberte a tensão...

Dentro de um momento, vou pedir que foque a sua atenção novamente na respiração e, particularmente, no movimento da parte superior do abdómen... note como sobe ligeiramente quando inspira e se afunda para dentro quando expira... não o altere... concentre-se neste padrão rítmico... sinta-se a relaxar com cada respiração... sinta os músculos a descontraírem a partir do topo da cabeça... a testa... sobrancelhas... pálpebras... bochechas... maxilares... garganta... língua... boca... sintam a cara toda relaxada... agora... pescoço... ombros... braços... deixe que a respiração continue ao seu próprio ritmo... agora relaxe as costas... ancas... coxas... joelhos... barriga das pernas... tornozelos... pés... dedos... ainda respirando suavemente e atentando no efeito relaxante de cada respiração... sinta-se a relaxar mais e mais...

E assim, vamos terminar a sessão... regressar lentamente à realidade e à nossa sala... abrir os olhos devagarinho, com calma, ao vosso ritmo... podem espreguiçar-se... abrir os olhos... respirar com calma...

APÊNDICE 5 – PLANO DA SESSÃO DE TREINO DE COMPETÊNCIAS BÁSICAS

Plano de Sessão

Atividade: Treino de Competências Básicas

Público-alvo: Utentes do Serviço de Internamento de Psiquiatria de um Hospital da Grande Lisboa

Data: 6 de Novembro de 2017

Hora: 10h45

Duração: 60 minutos

Local: Sala de Terapia Ocupacional

Enfermeira: Maria Manuel Alves

Atividades	Objetivos	Métodos	Recursos	Duração
Aquecimento: 1. Estabelecimento de regras; 2. Divisão de tarefas.	- Fomentar o envolvimento de todos os participantes, de forma organizada; - Favorecer a coesão do grupo.	Expositivo e Participativo.	- Sala de Terapia Ocupacional.	5 minutos
Atividade Terapêutica: Confeção de salame de chocolate	- Aproximar as pessoas que estão em contexto de internamento à realidade e à vida fora e posterior ao internamento; - Facilitar a autorregulação emocional.	Demonstrativo e Participativo	- Sala de Terapia Ocupacional; - Ingredientes: bolacha maria, açúcar, manteiga, chocolate em pó e ovo; - Taças; - Papel de alumínio; - Talheres; - Óleo para untar o papel de alumínio; - Frigorífico do Serviço de Internamento.	45 minutos
Momento de partilha de café; Avaliação Final.	- Avaliar o grau de satisfação dos participantes.	Participativo	- Sala de Terapia Ocupacional; - Questionário de registo da sessão (Barreto, Carvalho e Pereira, 2014, <i>in</i> Pereira, 2015) – Anexo 1.	10 minutos

**APÊNDICE 6 – CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES DO
PRETRARCA**

Consentimento Informado

O meu nome é Maria Manuel Alves, sou enfermeira e estou a realizar o Curso de Especialização na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nesse contexto, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação sobre a comunicação e a gestão emocional.

Uma vez que tem um familiar com doença mental, a sua colaboração é preciosa.

Pedimos-lhe que leia toda a informação presente neste documento e que coloque todas as questões que entender, antes de assinar.

A **finalidade** deste programa é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão. E prevê-se que haja uma ampla participação de todos, incluindo a sua.

Riscos e Benefícios de participar no Programa:

1. A sua participação não tem riscos.
2. A sua colaboração pode trazer contributos aos cuidados (ao doente e família) e à profissão de enfermagem.

Confidencialidade

As observações e os dados colhidos serão anónimos. Os dados tratados neste programa serão somente utilizados no contexto do presente projeto. Manter-se-á sempre a confidencialidade no que respeita à preservação de informações privadas e íntimas.

Natureza Voluntária do Programa

Tem plena liberdade na aceitação e possibilidade de abandono do estudo sem restrições ou consequências, se assim e quando o entender.

Afirmação do Consentimento

Eu, _____ li toda a informação anterior. Coloquei todas as questões e recebi as respostas. Eu aceito participar neste estudo.

Assinatura _____

Data ___/___/_____

Muito obrigada pela sua participação!

Contacto:

Nome: Maria Manuel Alves

Telemóvel: 96 449 82 02

Email: mariaalves@campus.esel.pt

**APÊNDICE 7 – CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES DO GRUPO
DE FAMÍLIAS**

Consentimento Informado

O meu nome é Maria Manuel Alves, sou enfermeira e estou a realizar o Curso de Especialização na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nesse contexto, venho convidá-lo a participar num projeto de investigação sobre a comunicação e a gestão emocional.

Uma vez que tem um familiar com doença mental, a sua colaboração é preciosa.

Pedimos-lhe que leia toda a informação presente neste documento e que coloque todas as questões que entender, antes de assinar.

A **finalidade** deste projeto é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão.

Prevê-se que haja uma ampla participação de todos, incluindo a sua, através de um treino de competências emocionais ao longo de 8 sessões de cerca de 60 minutos do Grupo de Famílias do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, desde 20 de Setembro de 2017 até 7 de Fevereiro de 2018 (cerca de cinco meses).

Riscos e Benefícios de participar no Programa:

1. A sua participação não tem riscos.
2. A sua colaboração pode trazer contributos aos cuidados (ao doente e família) e à profissão de enfermagem.

Confidencialidade

As observações e os dados colhidos serão anónimos. Os dados tratados neste programa serão somente utilizados no contexto do presente projeto. Manter-se-á sempre a confidencialidade no que respeita à preservação de informações privadas e íntimas.

Natureza Voluntária do Programa

Tem plena liberdade na aceitação e possibilidade de abandono do estudo sem restrições ou consequências, se assim e quando o entender.

Afirmação do Consentimento

Eu, _____ li toda a informação anterior. Coloquei todas as questões e recebi as respostas. Eu aceito participar neste estudo.

Assinatura _____

Data ___/___/_____

Muito obrigada pela sua participação!

Contacto:

Nome: Maria Manuel Alves

Telemóvel: 96 449 82 02

Email: mariaalves@campus.esel.pt

APÊNDICE 8 – QUESTIONÁRIO AOS PARTICIPANTES

Questionário aos Participantes

O meu nome é Maria Manuel Alves e estou a realizar a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Nesse contexto, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre a comunicação e a gestão emocional.

O presente questionário é confidencial e anónimo.

Muito obrigado pela sua colaboração!

PARTE I – Questionário Sociodemográfico

1. **Género:** Feminino Masculino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Vive:** Sozinho Acompanhado

4. **Estado civil:**
Solteiro Casado
União de facto Separado
Divorciado Viúvo

5. **Nível de escolaridade:**
Nenhuma (0 anos) Escola primária/1º Ciclo
3º Ciclo (7º - 9º anos) Ensino Secundário (12º ano)
Ensino Superior

6. **Situação laboral:**
Desempregado
Empregado por tempo parcial
Empregado por tempo total
Reformado

7. **Grau de parentesco/afinidade do cuidador com a pessoa com doença mental:**
Mãe Pai
Irmão Irmã
Filho Filha
Amigo Outra: _____

PARTE II – Questionário de Competência Emocional⁵

Pedimos que responda às afirmações seguintes espontaneamente. O que conta é a sua opinião sincera!

Leia atentamente as questões e as afirmações. Assinale a resposta sobre o número na quadrícula com um círculo, de acordo com a legenda:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Frequente	4 Algumas Vezes	5 Frequente	6 Muito Frequente	7 Sempre
-------------------	-----------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------------	--------------------

1. Perante uma situação/relação negativa, na minha vida, sinto que, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1 2 3 4 5 6 7
b) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1 2 3 4 5 6 7
c) Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	1 2 3 4 5 6 7
d) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	1 2 3 4 5 6 7
e) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	1 2 3 4 5 6 7
f) Outro:	1 2 3 4 5 6 7

2. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	1 2 3 4 5 6 7
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	1 2 3 4 5 6 7
c) Positiva, encaro a vida pela positiva.	1 2 3 4 5 6 7
d) Ruminativa, sempre a “matutar”.	1 2 3 4 5 6 7
e) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	1 2 3 4 5 6 7
f) Azarada, não tenho sorte na vida.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

⁵ Baseado na Escala Veiga de Competência Emocional (2010).

3. Imagine uma situação da sua vida (relacional, pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), toma normalmente uma atitude. Das afirmações que se seguem, assinale na escala de frequência (1-7) a(s) que lhe dizem respeito:

a) Procurei “acalmar”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1 2 3 4 5 6 7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	1 2 3 4 5 6 7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente.	1 2 3 4 5 6 7
d) Fiz exercício físico ativo (aeróbico).	1 2 3 4 5 6 7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	1 2 3 4 5 6 7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.	1 2 3 4 5 6 7
g) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

4. No que respeita ao meu **relacionamento com as outras pessoas** (relações pessoais, sociais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1 2 3 4 5 6 7
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1 2 3 4 5 6 7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	1 2 3 4 5 6 7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1 2 3 4 5 6 7
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1 2 3 4 5 6 7
g) Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1 2 3 4 5 6 7
i) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1 2 3 4 5 6 7

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Frequente	4 Algumas Vezes	5 Frequente	6 Muito Frequente	7 Sempre
-------------------	-----------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------------	--------------------

Muito Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE 9 – PROGRAMA DE COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS

Programa de Competências Emocionais

Sessão	Caracterização das Sessões do Programa de Competências Emocionais
1	<p>Data: 20/9/2017</p> <p>Nome: Emoções Vividas</p> <p>Objetivos: Apresentar a enfermeira, os objetivos do programa e a organização das sessões; Apresentar vantagens do programa; Garantir a confidencialidade da informação partilhada; Identificar expectativas dos participantes.</p> <p>Conteúdos: As emoções: alegria, tristeza, medo, zanga, nojo, surpresa e estados físicos (manifestações em diferentes partes do corpo e face); As emoções primárias e secundárias; As diferentes emoções e as formas de comunicação; Emoções abordadas pelos participantes; Stressores intra, inter e extrapessoais.</p> <p>Metodologia: Expositiva e Participativa</p> <p>Instrumentos: Consentimento Informado e Questionário aos Participantes; Notas de campo; Computador e projetor.</p> <p>Questões a explorar:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Há quantos anos lida com a doença do seu familiar?2. Quando foi a última crise do seu familiar?3. Como se manifestou o seu sofrimento na crise?4. Que dificuldades sentiu?5. Numa situação de zanga/frustração/tristeza, como gere estes momentos?6. Como sente ao nível do corpo estas emoções?7. E nas suas relações com os familiares e com os outros?

Data: 4/10/2017

Nome: Rumo ao conhecimento

Objetivos:

Avaliar os fatores protetores e recursos das famílias;
Despertar consciência emocional dos participantes.

Conteúdos:

Competência Emocional: consciência emocional;
Reações face à doença dos familiares e estratégias;
Estimulação da esperança.

Metodologia: Expositiva e Participativa

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor.

2

Questões a explorar:

1. As emoções verbalizadas na sessão anterior foram (indicar)
2. Que estratégias costuma utilizar (Ex: na ansiedade/tristeza/raiva)?
3. Que impacto tem em si?
4. Quem na família é a pessoa mais afetada pela doença?
5. Quem se preocupa mais?

Data: 18/10/2017

Nome: Consciência Emocional

Objetivos:

Estimular a consciência emocional dos participantes.

Conteúdos:

Identificação dos estados emocionais próprios e tentativa de identificação das emoções dos outros face aos eventos diários;

Associação das emoções à linguagem não-verbal (fácies, linguagem corporal, contacto ocular, tom de voz);

Associação de emoções a diversos estados físicos;

Exercício de reconhecimento de emoções.

Metodologia: Expositiva e Participativa

3

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor.

Questões a explorar:

1. Como se tem sentido ao longo das últimas duas semanas?
2. A minha proposta para hoje é trabalharmos em conjunto alguma situação vivida com o vosso familiar que gerasse emoções mais desconfortáveis ou que vos incomode/preocupe?
3. O grupo vai propor outra forma alternativa de lidar com a situação

No final da sessão:

4. Como se sente agora?
5. Como pensa que o seu familiar se sentia nesta situação?

Data: 15/11/2017

Nome: Autorregulação Emocional

Objetivos:

Identificar as emoções em si e nos outros;

Compreender a importância de identificar eficazmente as emoções.

Conteúdos:

A importância de identificar eficazmente as emoções;

Consciência das emoções negativas e positivas sentidas, e do seu impacto na vivência intra e interpessoal.

Metodologia: Expositiva e Participativa

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor

4

Questões a explorar:

1. Como se têm sentido no último mês?
2. Conseguiu identificar as emoções do seu familiar?
3. Que situações vos fazem sentir calmos, seguros ou felizes?
4. Que situações vos fazem sentir ansiosos, zangados ou tristes?
5. Que eventos têm sido mais difíceis de gerir?
6. Dúvidas que tenham na forma de verbalizar as vossas emoções?
Dificuldades?

Data: 6/12/2017

Nome: Comunicação Emocionalmente Assertiva

Objetivos:

Identificar os sinais não-verbais do corpo humano acerca das emoções;
Consciencializar para situações emocionalmente negativas;
Prevenir conflitos.

Conteúdos:

Os sinais não-verbais descodificadores das emoções: expressão facial, movimentos corporais e tom de voz e outras alterações corporais associadas a situações stressantes;
Tipos de Comunicação: assertiva, agressiva, passiva, manipuladora;
Congruência verbal e não-verbal;
Identificação do que é sentido ou expresso como sendo uma emoção negativa;
Expressão de emoções negativas de uma forma saudável, prevenindo conflitos;
Relembrar emoções sociais;
Antecipação de emoções ou eventos desconfortáveis associados à festa do Natal.

5

Metodologia: Expositiva e Participativa

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor

Questões a explorar:

1. Aproxima-se o Natal, época festiva: que expectativas têm para as festas e reuniões familiares que se aproximam?
2. Como prevê o Natal lá em casa com os seus familiares?
3. Numa situação festiva semelhante o que vos agradou e o que mais incomodou?
4. Podemos analisar aqui algumas estratégias para melhor as gerir?
5. Que situações vos fizeram sentir mais ansiosos, zangados ou tristes?
6. Como poderia ser sido mais assertivo?

Data: 3/01/2018

Nome: Autorregulação Emocional

Objetivos:

Incentivar os participantes sobre a importância da autorregulação emocional.

Conteúdos:

Treino de autorregulação emocional;

Avaliação da regulação emocional e competência social face às festas do Natal e Ano Novo;

Reflexão sobre as situações vividas e as emoções associadas.

Metodologia: Expositiva e Participativa

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor

6

Questões a explorar:

1. Como se têm sentido?
2. Como correu o Natal e a Passagem de Ano?
3. O que representou esta quadra para o vosso familiar?
4. Que momentos foram mais difíceis de gerir?
5. Como se sentiram?
6. O que aconteceu/fizeram?
7. O que gostariam de ter feito?

Data: 17/01/2018

Nome: Comunicação Emocionalmente Assertiva

Objetivos:

Experimentar formas de comunicação diversas;

Estimular a empatia;

Incentivar a assertividade.

Conteúdos:

Diferenciação de formas de comunicação;

Empatia e Competências Sociais;

Treino de competências emocionais;

Preparação para o término do Programa.

Metodologia: Dinâmica através de um *role-play*: Atividade Expressão da Emoção

7

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor; Vinhetas com as situações 1, 2 e 3 (abaixo)

Atividade Expressão da Emoção

Divide-se o grupo de familiares em dois subgrupos, um representando os familiares da pessoa com doença mental e o outro representando as pessoas com doença mental. Aos elementos do primeiro grupo, dividido em 3 equipas, é entregue um texto que evidencia uma forma de comunicação não assertiva com elevado índice de emoção expressa.

Com recurso aos textos fornecidos, são desenvolvidos momentos de *role-play* entre os participantes.

Depois de cada *role-play*, os participantes dão o feedback das emoções sentidas durante o *role-play*, e o grupo alargado trabalha em conjunto para transformar cada comunicação em assertiva; no caso de não haver sugestões fornece-se uma hipótese de transformação.

O grupo reavalia e expressa as emoções sentidas no momento em comparação com o que sentiu anteriormente.

Situação 1 - “Tens o quarto todo desarrumado, outra vez! Estou farta de te mandar arrumá-lo!”

Transformação proposta para a situação 1 - “Quando chego a casa cansada do trabalho e vejo que o teu quarto não sofreu alterações, sinto-me frustrada. Gostaria que o quarto estivesse arrumado e arejado. Penso que te poderias sentir melhor com isso e acredito que és capaz de o fazer. Faz-te sentido o que estou a dizer? Precisas de ajuda?”

Situação 2 - “Achas que te quero envenenar? Realmente estás mesmo maluco!”

Transformação proposta para a situação 2 - “Quando dizes que te quero envenenar, sinto-me muito triste por pensares que te quero fazer mal. Tudo o que gostaria era que confiasses em mim e que fosses feliz. Como é que te posso ajudar neste momento?”

Situação 3 - Um dos participantes dirigirá ao seu colega do lado o criticismo referente ao seu familiar com doença mental, falando deste e não com ele: “Ele é preguiçoso!”

Transformação proposta para a situação 3 - “Quando tu não colaboras em casa, sinto-me muito frustrada e zangada. Gostaria que conseguisses ajudar um pouco mais. O que te parece? Em que aspeto gostarias mais de ajudar?”

Questões a explorar:

1. Qual a reação da pessoa na primeira resposta?
2. Porquê?
3. E na resposta mais assertiva?

Data: 7/02/2018

Nome: Avaliação Final

Objetivos:

Incentivar à partilha emocional de cada participante;
Agradecer a participação dos participantes no programa;
Avaliar o programa.

Conteúdos:

Síntese dos conteúdos abordados;
Avaliação da consciência, regulação emocional e competência social que os familiares detêm;

- 8 Avaliação do Programa de Competências Emocionais;
Entrega de panfleto informativo sobre as Competências Emocionais aos familiares;
Despedida.

Metodologia: Expositiva e Participativa

Instrumentos: Notas de campo; Computador e projetor; Folheto sobre as Competências Emocionais

Guião:

1. Como acha que tem sido a expressão das suas emoções?
2. Como gostaria de as ter expresso?
3. Quem na família melhor expressa as suas emoções?

**APÊNDICE 10 – REGISTO DE ASSIDUIDADE DOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE
FAMÍLIAS**

Registo de Assiduidade dos Participantes do Grupo de Famílias

Participantes	Sessões								Total de Presenças	Média de Presenças
	1	2	3	4	5	6	7	8		
P1	X								1 (12,5%)	43,75%
P2	X		X				X		3 (37,5%)	
P3	X	X	X	X		X			5 (62,5%)	
P4	X	X		X				X	4 (50%)	
P5	X		X	X					3 (37,5%)	
P6	X		X	X		X		X	5 (62,5%)	
Participantes por sessão	6	2	7	9	2	2	7	4		

APÊNDICE 11 – ESTUDO DE CASO

Índice

Introdução	42
1. Identificação do cliente e informações gerais	43
2. História de Enfermagem	43
2.1 História pessoal sumária	43
2.2 Antecedentes pessoais de saúde	43
2.3 Antecedentes familiares e caracterização familiar	43
2.4 História de saúde atual	45
3. Caracterização e fundamentação da situação clínica	46
4. História de enfermagem atual	49
4.1 Análise segundo a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman	49
4.2 Apreciação da Variável Fisiológica	50
4.3 Apreciação da Variável Psicológica	51
4.4 Apreciação da Variável Sociocultural	53
4.5 Apreciação da Variável Desenvolvimento	54
4.6 Apreciação da Variável Espiritual	55
4.7 Fatores de Stress – Stressores	55
4.8 Fatores de Reconstituição	57
5. Tratamentos relacionados	57
5.1 Terapêutica farmacológica	57
5.2 Abordagem não farmacológica	58
6. Plano de Cuidados	61
7. Considerações finais	65
8. Referências bibliográficas	

Introdução

No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialidade e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi-me proposta a realização de um estudo de caso no contexto do estágio, ou seja, da prestação de cuidados que se pretendem especializados à pessoa e família.

Ao longo deste trabalho procurarei integrar conhecimentos e experiências prévias para sistematizar e fundamentar intervenções de excelência, na procura da aquisição de competências previstas pela Escola e pela Ordem dos Enfermeiros no perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Este estudo de caso teve início com os dados adquiridos através da anamnese realizada através de entrevista de avaliação inicial a um utente internado no Serviço de Psiquiatria de uma instituição do Distrito de Lisboa. A sua situação clínica, por ser pouco frequente, suscitou-me interesse em estudar e poder cuidar do senhor.

Regendo-me pelo modelo de sistemas de Betty Neuman, utilizei diversos instrumentos já testados aprovados para a realidade portuguesa, como o genograma, ecomapa, escala de avaliação do estado mental (Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein) e escala de avaliação da depressão geriátrica (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta).

Por fim, apresento os diversos tratamentos implementados em equipa multidisciplinar e o plano de cuidados desenvolvido considerando o utente. Neste plano é também considerado o meu projeto de estágio, nomeadamente através da avaliação das competências emocionais do utente.

1. Identificação do cliente e informações gerais

O utente tem o nome protegido pelas suas iniciais por questões éticas e de privacidade: Sr. M. N. F. Tem 70 anos de idade. É do género masculino, caucasiano.

Deu entrada pelo serviço de urgência a 16 de Setembro de 2017, tendo ficado internado no Serviço de Psiquiatria a 17 de Setembro de 2017.

A razão do internamento prendeu-se com sintomatologia depressiva associada a sintomatologia psicótica com duração de dois meses, e abandono da terapêutica com duração de uma semana. Daqui resultou uma recusa alimentar e uma perda ponderal de cerca de 25 kg em 2 meses.

2. História de Enfermagem

2.1. História pessoal sumária

O Sr. M. é um senhor de 70 anos de idade, natural de Peniche, pescador desde os 15 anos, presentemente reformado. Nasceu a 11 de Maio de 1947. Tem o quarto ano de escolaridade.

É casado e vive com a esposa, D. A. Tiveram quatro filhos, tendo a mais velha, O., falecido com 34 anos devido ao que o utente designa de “problemas nos rins.”

Dos restantes três filhos, apenas o mais novo vive em Portugal, no Algarve.

2.2. Antecedentes pessoais de saúde

O Sr. M. tem como antecedentes médico-cirúrgicos: diabetes melitus não insulino dependente, dislipidémia e cirurgia ao joelho direito.

Nega alergias, alimentares ou medicamentosas.

2.3. Antecedentes familiares e caracterização familiar

Sr. M. nega antecedentes familiares psiquiátricos. Os pais terão morrido de morte natural, segundo refere. O pai era pescador em Peniche, tal como o utente, e a mãe trabalhava numa fábrica de conservas de peixe na zona.

É o mais velho de uma fratria de quatro irmãos, sendo que o segundo, L. morreu com 15 anos de idade, não sabendo o Sr. M. especificar as causas da morte. O terceiro irmão é A., e o quarto A., todos do género masculino.

Segundo os filhos, a esposa, D. A, apresentará sintomatologia depressiva, encontrando-se medicada.

Dos três filhos vivos: A. C., de 45 anos, vive nos Estados Unidos da América e trabalha nas limpezas. É viúva e tem dois filhos, M. e P. que o Sr. M. já conheceu quando foi visitar a filha à América.

A segunda filha, M., tem 43 anos, é casada e vive com o marido e três filhos em França. Segundo o Sr. M. não trabalha pois “é doente do fígado” (sic), que não soube especificar. O utente já foi a França visitar a família da filha, mas só conheceu ainda os dois netos mais velhos.

Por fim, o seu último filho tem 34 anos, chama-se M. J. (M. como ele), vive no Algarve com a esposa e dois filhos. Trabalha como empregado num restaurante.

Vive atualmente só com a esposa, com quem tem uma relação muito forte. Com os filhos a relação é forte. Nega conflitos na família.

Para melhor ilustrar a composição familiar, apresenta-se genograma abaixo.

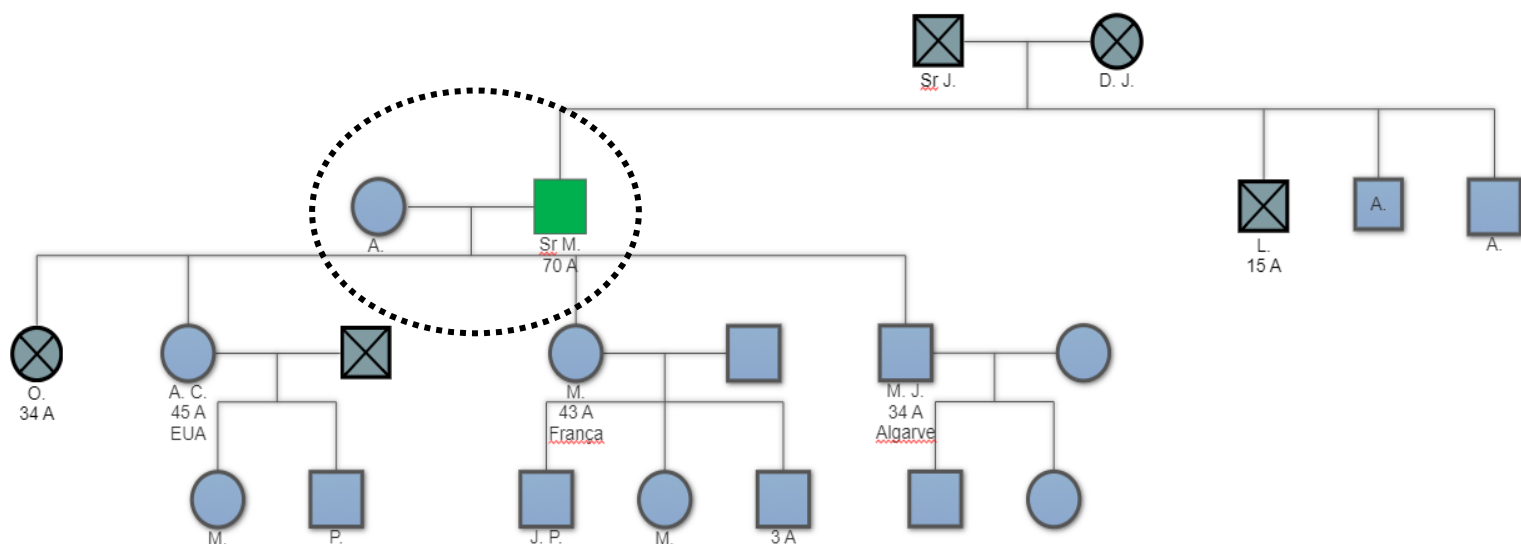


Figura 1 – O genograma do Sr. M.

2.4 História de saúde atual

O Sr. M. dirigiu-se, na companhia e por insistência do filho mais velho, M. J., ao Centro Hospitalar do Oeste, Hospital de Peniche, pertencente à área de residência do utente.

Referia possuir uma infeção grave, que afetaria os netos, e apresentava perda ponderal de 25 kg resultante de recusa alimentar. Mencionava ainda obstipação, referindo que os intestinos não funcionavam há 38 dias, e usou canadianas como auxiliares de marcha. Este quadro teria já dois meses de evolução sendo que, na semana prévia, o utente abandonara a terapêutica de ambulatório: metformina 1000 mg e sinvastatina 20 mg.

Deste Centro Hospitalar foi transferido em maca para o Serviço de Urgência de outra instituição de saúde mental da região de Lisboa, na companhia do filho e de assistente operacional, a 16 de setembro de 2017. No dia seguinte é internado no Serviço de Psiquiatria.

A 19 de setembro do corrente ano, por quadro de agitação psicomotora, com heteroagressividade e necessidade de contenção, foi ativado internamento compulsivo com base nos seguintes factos, disponíveis no processo clínico do utente:

“- O internando sofre de alterações do comportamento compatíveis com anomalia psíquica grave;

- O internado apresenta necessidade de tratamento.

O internamento de acordo com o artigo 12º da Lei de Saúde Mental refere que o portador de anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência sempre que crie, por força desta, uma situação de perigo iminente para bens jurídicos de relevo, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse submeter-se a tratamento médico ou não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento quanto a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.”

Ao longo do seu internamento e do meu estágio, o utente apresentou uma evolução pouco significativa. Foram-lhe realizadas análises à urina e ao sangue, bem como diversos meios complementares de diagnóstico e/ou consultas, nomeadamente:

- Ecografia abdominal a 27/09/2017, sem alterações;

- TAC crânio-encefálica a 1/10/2017, no seguimento da queda que sofreu na noite de 29 de Setembro de 2017, da qual resultou ferida incisa a nível supra ciliar

esquerdo que foi suturada com 6 pontos. Este exame revelou fratura do complexo zigomático-maxilar à esquerda;

- Consulta de Oftalmologia a 2/10/2017, revelou equimose palpebral esquerda, hemorragia subconjuntival do olho esquerdo, isocória, cataratas, sem evidência de patologia ou glaucoma;

- Endoscopia a 4/10/2017, sem lesões ou alterações;

- Retossigmoidoscopia flexível a 10/10/2017, que revelou divertículos a nível do cólon sigmoide. A progressão foi realizada até 40 cm da margem anal por existência de fezes moldadas no lúmen;

- TAC abdominal a 23/10/2017, a qual detetou uma pequena quantidade de líquido intraperitoneal no hipogastro entre ansas a manter sob controlo evolutivo, mas sem relevância clínica de acordo com o médico de Medicina Interna que consultou o utente a 8/11/2017.

Destes exames foi concluída ausência de causa orgânica, e portanto considerado como diagnóstico médico perturbação depressiva major com características psicóticas, nomeadamente ideação hipocondríaca – surto inaugural, explanado seguidamente.

3. Caracterização e fundamentação da situação clínica

A depressão major, como perturbação do humor, é a segunda patologia psiquiátrica mais frequente em Portugal a seguir às perturbações da ansiedade (DGS, 2014), com uma prevalência de 7.9%, de acordo com o 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013).

Equivale ao diagnóstico médico “episódio depressivo grave com sintomas psicóticos”, ou F32.3, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5, como critérios diagnósticos devem existir, durante duas semanas, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Para além destes, cinco ou mais dos sintomas seguintes também devem existir:

“1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo [...] ou por observação feita por outras pessoas [...] 2. Acentuada diminuição do

interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias [...] 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. [...] 4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias. 5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.” (DSM-5, 2014, p.190).

A depressão é a doença psiquiátrica mais antiga e mais frequente, podendo ter início em qualquer idade, (Stuart & Laraia, 2001). A depressão psicótica, no entanto, é rara, representando cerca de 10% de todas as depressões.

O choro compulsivo nem sempre acompanha a depressão, e assim é com o senhor em análise, que manifesta mais apatia sem lágrimas, irritabilidade ou raiva (Kaplan & Sadock, 1999), traduzidas nos momentos de hostilidade/querela.

Nas depressões graves podem surgir aspetos psicóticos “tipicamente com temas depressivos como culpa, punição e decadência” (Kaplan & Sadock, 1999, p.714), preocupações com a saúde, segurança e o bem-estar “elevadas pelo humor depressivo até à ruína, à catástrofe, à doença, à culpa com uma intensidade já distante do real e não susceptível de correcção pela evidência dos factos” (Cordeiro, 2009, p.578).

Os fatores de risco para esta doença são pertencer ao sexo feminino, história de doença psiquiátrica em familiares de primeiro grau ou antecedente de depressão da própria pessoa (Stuart & Laraia, 2001), a que o Sr. M. é alheio. No entanto, Kaplan & Sadock (1999) destacam como fator de risco acontecimentos vitais negativos, a que o Sr. M. não é atreito, como explanado no capítulo seguinte.

O 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013) destaca a depressão major como a entidade nosológica mais prevalente em pessoas com mais de 65 anos.

No caso da depressão psicótica surgir pela primeira vez após os 50 anos, como é o caso do Sr. M., Kaplan & Sadock (1999) distinguem alguns aspetos, dos quais destaco preocupações hipocondríacas e perda de peso.

No caso do Sr. M., existe uma perturbação depressiva major com características psicóticas congruentes com o humor: “o conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou castigo merecido” (DSM-5, 2014, p.196).

A DSM-5 designa as características psicossintomatológicas positivas da doença, nomeadamente os delírios: “crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza)” (2014, p.87). Os “delírios somáticos concentram-se em preocupações referentes à saúde e à função dos órgãos” (DSM-5, 2014, p. 87), onde se enquadram os delírios hipocondríacos.

Também existe a sintomatologia negativa da doença psicótica, dos quais são particularmente recorrentes a expressão emocional diminuída e avolia:

A “expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. A avolia é uma redução em atividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade. Outros sintomas negativos incluem alogia, anedonia e falta de sociabilidade. A alogia é manifestada por produção diminuída do discurso. A anedonia é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A falta de sociabilidade refere-se à aparente ausência de interesse em interações sociais, podendo estar associada à avolia, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais.” (DSM-5, 2014, p.88).

Através de uma pesquisa bibliográfica pelas bases de dados B-on e Ebsco, foi encontrado um artigo publicado em 2016 por colaboradores do Serviço de Psiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira, os quais abordam justamente a depressão psicótica no idoso pelas suas componentes de (1) desafio diagnóstico médico, (2) surto inaugural e (3) dificuldade de tratamento psicofarmacológico. Neste caso, optou-se pela eletroconvulsivoterapia (ECT) com efeitos remissivos ao fim de 8 sessões de tratamento e outras de manutenção.

Richards & Perri (2002) consideram a ECT como um tratamento que frequentemente ajuda o paciente geriátrico severamente deprimido.

A pessoa apresentada assemelha-se bastante à estudada neste estudo de caso, como explanado em tabela abaixo:

	Artigo	Estudo de Caso
Sexo	Masculino	Masculino
Idade	69 anos	70 anos
Orientação	Mantida	Mantida
Memória	Conservada	Conservada
Humor	Depressivo	Depressivo
Evolução rápida do quadro psicótico	6 meses (com emagrecimento, obstipação acentuada, insónia inicial, ansiedade psíquica)	2 meses (emagrecimento de 25 kg, obstipação, anorexia)
Delírios	Hipocondríacos (“doença grave, provavelmente intestinal”) e de ruína	Hipocondríacos (“infecção grave, que afetaria os netos”)
Situação profissional/social	Baixa profissional	Abandonou ocupação piscatória com amigos

Quadro 1 – Comparação entre avaliações do estado mental e psicossintomatologia entre as pessoas estudadas no artigo e neste estudo de caso.

4. História de enfermagem atual

4.1. Análise segundo a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

Relativamente ao Sr. M., analisam-se seguidamente as suas diversas variáveis de acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman (Tomey & Alligood, 2004): fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Estas variáveis interagem de forma dinâmica e aberta ao ambiente, enfrentando os stressores que podem ser de ordem intrapessoal, interpessoal ou extrapessoal – também evidenciados abaixo –, com a finalidade de atingir o bem-estar.

Existindo uma doença diagnosticada, como é o caso, este bem-estar está alterado e por conseguinte as necessidades do sistema não estão totalmente

satisfeitas, nem o estão de forma completamente autónoma. A resposta aos stressores e ao stress determina a capacidade de reconstituição.

No plano de cuidados, no capítulo 6, pretende-se plasmar as intervenções implementadas pela enfermeira estudante na prevenção para potenciar a reconstituição do Sr. M. O tipo de intervenção será principalmente secundário e terciário, de tratamento de sintomas e de readaptação, respetivamente, como define Neuman (2011). O diagnóstico levantado de risco é de prevenção primária, para reduzir a possibilidade de encontro com os stressores (Neuman, 2011).

4.2 Apreciação da Variável Fisiológica

O Sr. M. tinha, previamente ao internamento, 1,73 m e 88 kg, do que resultava um índice de massa corporal (IMC) de 29,4 kg/m², que se encontrava acima do normal.

A 3/10/2017 pesava 65 kg, com um IMC de 21,71 kg/m², valor normal para o senhor.

A 8/11/2017 o seu peso era de 63 kg, o que constitui um IMC de 21,04 kg/m², valor ainda normal, sendo importante realçar a manutenção da perda ponderal motivada pela anorexia.

Como parâmetros vitais, apresenta, a 3/10/2017, e como valores médios:

Tensão arterial: 114/63 mmHg

Frequência cardíaca: 86 bpm

Temperatura axilar: 36,3 °C

Frequência respiratória: 17 cpm

Dor: ligeira no hipocôndrio direito

Ao exame físico, realçam-se algumas cicatrizes: (1) na face externa do joelho direito, resultante de artroscopia; (2) supraumbilical até ao esterno, sugestiva de cirurgia abdominal, da qual o utente não quer falar, por vezes assumindo-o, outras negando saber a causa; (3) a nível da sobrelha esquerda, resultante de queda no período noturno de 1/10/2017 em contexto do presente internamento.

Face aos exames realizados em internamento, presume-se que a cirurgia abdominal tenha servido para colocação de clips cirúrgicos de cirurgia de correção de refluxo gastroesofágico, como detetado na TAC abdominal que o senhor realizou no internamento.

O senhor apresenta falta de diversas peças dentárias, e refere que usava prótese dentária, que presentemente se encontra larga/desajustada.

4.3 Apreciação da Variável Psicológica

Nível de consciência

Vigil e tendencialmente calmo, com períodos de ligeira inquietação psicomotora aquando das refeições.

Idade aparente

Ligeiramente superior à real.

Posição e Postura

Posição cabisbaixa associada a postura de oposição, nomeadamente realizando força contrária à do movimento; ou apresentando mutismo durante entrevista. Tangencialmente hostil ou evitante por vezes.

Ombros ligeiramente descaídos.

Vestuário e cuidado no vestir

O Sr. M., em regime de internamento compulsivo, usa pijama do hospital e chinelos abertos próprios, com sola antiderrapante.

Contacto com o olhar

Dirigido, por vezes. Tendencialmente baixo e perplexo.

Características físicas proeminentes

O Sr. M. é um senhor caucasiano, pálido, aspeto emagrecido.

Expressão facial

Fácies hipomímico, mas tendência à tristeza.

Atitude

A atitude do Sr. M. sofre variações, sendo:

- Apelativa, com episódios demonstrativos, como uma manhã em que, estando ambos sentados à espera de vaga na casa de banho para que o Sr. M. tomasse duche, este descaiu o tronco para o meu lado, enquanto referia: “ai, está a ver, estou a cair!” (sic). Frisou que eu deveria avisar os enfermeiros do serviço, e ele próprio também o fez, referindo então: “ia desmaiando” (sic), sem juízo crítico.
- Colaborante por períodos, como da primeira que lhe proponho realizar uma escala para avaliação do seu nível de depressão.

- Evitante ou hostil, sobretudo aquando do período das refeições, ou quando se impacienta com a duração das entrevistas, em que deixa de falar, ou refere “já chega” (sic).

Atividade

Sem tiques ou maneirismos.

Com tendência à clinofilia, evidenciando-se anedonia.

Humor

Deprimido. Regista-se desesperança.

Emoções

Aplanamento afetivo. Afetos não reativos.

Discurso

Discurso sem alterações da forma, centrado em temáticas hipocondríacas. Hipofónico, com ligeiro aumento do tempo de latência à resposta. Tende a ser lacónico, autocentrado, provocado, circunstancial e por vezes tangencial, sendo que de forma espontânea verbaliza queixas subjetivas.

Pensamento

Pensamento ruminante, algo pobre, sem bloqueios de pensamento.

Quanto ao conteúdo é negativista, marcado por desesperança e pessimismo, quase delirante do tipo niilista e delirante hipocondríaco.

Sem ideação suicida.

Perceção

Refere alterações da perceção: “não consigo engolir, não me consigo mexer” (sic), que me parecem ser interpretações deliróides psicossomáticas associadas ao delírio hipocondríaco principal.

Nega qualquer outra alteração da perceção.

Orientação alopsíquica e autopsíquica, temporal e espacial

Mantidas

Atenção

Captável e fixável.

Memória

Sem aparentes alterações; evidenciaram-se no entanto queixas cognitivas subjetivas não objetiváveis através de escala de avaliação do estado mental – em apêndice 1. Corroborando a escala, o Sr. M. costuma referir não saber que dia é ou identificar a

enfermeira estudante, mas após incentivo, estimulação e distração consegue sempre orientar-se no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.

Insight

Diminuído.

Juízo Crítico

Ausente.

Sentimentos despertados em mim como enfermeira

Frustração, compaixão e tristeza.

4.4 Apreciação da Variável Sociocultural

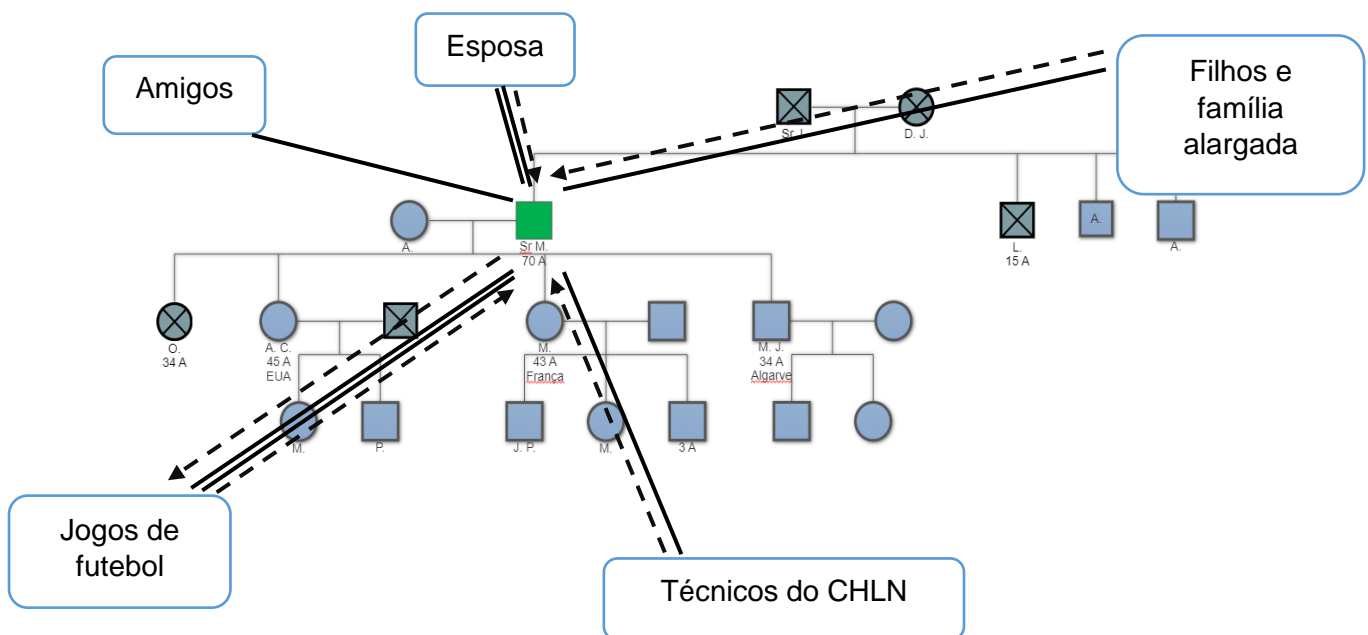


Figura 2 – Ecomapa do Sr. M.

Atualmente, no contexto da doença que motivou o internamento, o Sr. M. perdeu interesse nas atividades que previamente desempenhava com gosto.

Frequentou a escola até ao 4º ano de escolaridade, altura em que passou a ajudar a família em casa, e os irmãos. Tornou-se pescador na companhia do pai, e trabalhou até aos 55 anos, altura em que deixou de embarcar e pescar no mar alto com redes, mas passou a pescar na maré baixa com alguns colegas.

Após alguma insistência, o Sr. referiu que gostava, previamente, de assistir aos jogos do seu clube de futebol de eleição – Benfica – com os amigos, nomeadamente ex-pescadores. Já foi com eles a Lisboa, assistir a jogos ao próprio Estádio da Luz. Era com estes colegas que jogava às cartas, com agrado: bisca e sueca, entre outros.

4.5 Apreciação da Variável Desenvolvimento

O Sr. M., quando interrogado acerca da sua infância, refere imediatamente: “foi pobre” (sic), chegando a passar algumas necessidades, sendo que comida não abundava mas sendo o pai pescador, não faltava. No entanto, refere ter sido feliz, e que brincava muito na rua.

A nível da adolescência, destaca que nadava no mar em Peniche, local de residência, como fator positivo.

Realço que sobre esta variável o senhor se mostrou particularmente lacónico.

A esposa, D. A., foi a “primeira rapariga com quem namorei e com quem casei” (sic), vivendo atualmente com ela.

Nunca fumou.

Bebia um a dois copos de vinho às refeições, sobretudo tinto, ao almoço e jantar.

Ocasionalmente bebia uma aguardente com os amigos.

Nega ter experimentando substâncias psicoativas ilegais.

Ex-combatente da Guerra do Ultramar.

Complementarmente, através de entrevista telefónica com o filho M. J., que vive no Algarve, apurou-se que a personalidade pré-mórbida do Sr. M. era já tendencialmente negativista. O filho confirma que o utente sempre teve uma vida com dificuldades. Elencou alguns stressores que relevo, associando a minha perceção à do senhor:

- Perdeu o pai quando tinha 16 anos, sendo que nessa altura o Sr. M. “foi obrigado a trabalhar e a cuidar dos irmãos” (sic), assumindo aparentemente uma figura parental para a restante fratria;

- Perdeu a filha mais velha no seguimento de doença renal;

- Teve um acidente de trabalho do qual resultou a artroplastia ao joelho, seis meses antes de se reformar, o que influenciou o valor do rendimento mensal pós-reforma;

- Nos seis meses prévios ao internamento, o Sr. M. já manifestava sintomatologia depressiva: “estava sempre fechado em casa, passava da cama para o sofá para ver a televisão, e assim ficava o dia todo” (sic).

Considerando tudo isto, parece-me evidente que a depressão neste senhor surgiu como “uma resposta visando obter socorro e auxílio”, baseada na expressão emocional da tristeza que “provoca comportamentos complementares nas outras pessoas que reforçam os vínculos dentro do grupo (...), contribuem para limitar os efeitos das respostas de perda [conferindo] um sentido adaptativo também, uma função reguladora da comunicação” (Cordeiro, 2009, p.562).

Eventualmente aliada a falta de conhecimentos e consciência sobre problemas psiquiátricos, tem-se ainda de considerar o *treatment gap* e a falta de intervenções da linha da prevenção primária para reduzir o estigma e promover a saúde mental das pessoas.

4.6. Apreciação da Variável Espiritual

O Sr. M. refere ser católico, e que antes de adoecer costumava ir ocasionalmente à missa com a esposa. Da primeira vez que abordei o assunto, o senhor mostrou grande perplexidade, assumindo uma postura de escuta, apontou para o ouvido direito, calou-se e abanou negativamente o dedo.

Nunca mais mostrou esta atitude nem explicou o seu significado, que me pareceu de origem alucinatória.

Noutra ocasião em que este assunto foi abordado, o comportamento do senhor foi ajustado, sintónico, sem alterações.

4.7. Fatores de Stress – Stressores

Variáveis					
	Fisiológicas	Psicológicas	Socio culturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
Intrapessoais	Diabetes mellitus; Senhor emagrecido com anorexia	Depressão psicótica; Falta de juízo crítico e reduzido insight;			Sem esperança de melhoria ou de alta

		Personalidade negativista; Frac competência emocional			
Interpessoais		Filhos moram longe		Morte precoce do pai; Morte da filha O.; Filhos moram longe	
Extrapessoais			Poucos hobbies	Baixo valor da reforma	

Quadro 2 – Quadro de stressores do Sr. M., segundo o modelo de Betty Neuman.

Estes fatores de stress foram identificados pela enfermeira estudante e alguns vão ao encontro dos percecionados pelo filho M. J., durante a entrevista via telefónica.

Utilizando o modelo de Betty Neuman, é importante referir que, para o Sr. M., o seu maior problema é a doença e “não conseguir comer, andar e fazer a vida como normalmente” (sic), identificado a negrito no quadro acima a nível dos stressores intrapessoais.

O senhor reconhece que este problema afetou completamente o seu quotidiano e refere ter sido a primeira vez que acontece (o que é corroborado por relatos familiares, e daí o diagnóstico clínico mencionar ser inaugural).

Em termos de como é que o Sr. M. prevê o futuro em sequência deste problema, a perspetiva é nula: “não sei, não vejo saída disto” (sic), não identificando os técnicos do CHLN nem os amigos ou familiares como recursos potenciadores da sua reconstituição, mas assumindo no discurso locus de controlo externo para a melhoria.

Mais tarde no internamento, apresentando-se ligeiramente mais comunicativo, referiu que precisava de muita ajuda dos técnicos e também da família, “para tudo” (sic), mantendo-se a desesperança e parecendo aguçar-se a angústia e o humor deprimido.

4.8 Fatores de Reconstituição

Para o Sr. M., elencam-se os seguintes fatores potenciadores de reconstituição:

- Contacto com a família, que apesar de longe (Peniche) procura visitar o senhor em contexto de internamento. Quando não aparecem, ligam, e já falaram com o utente por esta via;
- Senhor com nível de autonomia mantido, necessitando de ajuda devido à patologia psiquiátrica de que sofre atualmente;
- Sr. M. é um homem inteligente que, vindo a adquirir juízo crítico, tem potencialidade para utilizar os seus recursos a seu favor.

5. Tratamentos relacionados

5.1 Terapêutica farmacológica

A terapêutica instituída, a 29/09/2017, era:

Medicamento	Dosagem	Toma	Via
Venlafaxina	150 mg	Pequeno-almoço e Jantar	Oral
Atorvastatina	10 mg	Jantar	Oral
Metformina	1000 mg	Jantar	Oral
Risperidona	4 mg	Deitar	Oral
Trazadone	150 mg	Deitar	Oral
Clonazepam	0,5 mg	SOS se insónia	Oral
Enoxaparina solução injetável 40 mg seringa	0,4 ml	SOS se imobilização prolongada	Subcutânea
Glucose 30% solução injetável ampola 20 ml	40 ml	SOS até 4x dia	Intravenosa
Insulina neutra solução injetável frasco/ampola 10 ml	4 UI se glicémia 200-299 mg/dl;	SOS até 4x dia	Subcutânea

	8 UI se glicémia 300-399 mg/dl; 10 UI se glicémia 400-500; 12 UI se glicémia > 500 mg/dl		
Paracetamol	1000 mg	SOS	Oral

A 13/10/2017, a terapêutica instituída teve alterações, passando a ser, ao nível da medicação psiquiátrica:

Medicamento	Dosagem	Toma	Via
Venlafaxina	75 mg	Pequeno-almoço	Oral
Clomipramina	75 mg	Jantar	Oral
Lítio	200 mg	Jantar	Oral
Risperidona	4 mg	Deitar	Oral
Trazadone	150 mg	Deitar	Oral
Clonazepam	0,5 mg	SOS se insónia	Oral

A 23/10/2017, a clomipramina sofreu alterações, passando a ser administrada ao jantar e ao deitar, num total de 150 mg, e o lítio foi suspenso.

A medicação psiquiátrica atual consta então de:

- Trazadone – antidepressivo derivado de triazolopiridina;
- Clomipramina – antidepressivo tricíclico;
- Risperidona – antipsicótico derivado de benzisoxazole;
- Clonazepam – benzodiazepina anticonvulsivante, empregue como indutora do sono.

60 Sr. M. tem também indicação médica para avaliação capilar de glicémia (BM teste) 4 vezes ao dia: antes das refeições do pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar; e avaliação dos sinais vitais 2 vezes ao dia.

5.2 Abordagem não farmacológica

Do ponto de vista da avaliação inicial, foram aplicadas duas escalas (validadas à realidade portuguesa, disponíveis ao utente, com o seu consentimento informado verbal:

- **Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein**, em que o Sr. M. atingiu um total de 23 pontos. Fica assim colocado na pontuação média (superior ou igual a 22 pontos, até 26 inclusive), indicadora de 1 a 11 anos de escolaridade. Este resultado aponta para uma manutenção da capacidade cognitiva, visto o Sr. ter apenas 4 anos de estudos primários.

De referir na realização desta escala algum tempo de latência na resposta, sobretudo aquando dos exercícios de cálculo.

De notar também que o Sr. se recusou a escrever uma frase, afirmando “não consigo” (sic).

- **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage**, versão curta, na qual o Sr. M. pontuou de acordo com a categoria depressão grave, com 12 pontos, sendo que a categoria varia entre 11 e 15 pontos.

Da aplicação desta escala, destaca-se que, relativamente à questão se se sente feliz na maior parte do tempo, o Sr. M. respondeu que não; no entanto, ressaltou que na companhia da família se sente “contente” (sic).

Ambas as escalas, como foram respondidas e pontuadas, apresentam-se digitalizadas, respetivamente, nos apêndices 1 e 2.

O Sr. M. recusou responder ao Questionário Veiga de Competência Emocional.

Como diagnósticos de enfermagem conjugando linguagem de Sampaio & Gonçalves (2017), da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2016) e Costa et al (2009) – que reúne NANDA com Townsend –, elencam-se:

1. Humor depressivo – emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia.
2. Delírio hipocondríaco – pensamento delirante (ideias falsas); incapacidade em se concentrar; hipervigilância; alteração da capacidade de atenção/distratibilidade; má interpretação da realidade; comandos; obsessões; capacidade de tomar decisões comprometida (resolução de problemas, razão, cálculo, conceptualizações ou abstrações); comportamento social inapropriado.
3. Interação social comprometida ou Isolamento social – triste; afeto aborrecido; ausência do apoio de pessoas significativas (família, amigos, grupo); isolamento; não mantém contacto visual; preocupação com os

próprios pensamentos (ações repetitivas e sem sentido); procura estar sozinho; assume posição fetal.

4. Fraco aporte nutricional ou Alimentar-se comprometido – perda de interesse na comida; perda de peso; conjuntivas e mucosas pálidas; pobre tonificação muscular; amenorreia; diminuição do turgor cutâneo; edema das extremidades; desequilíbrio eletrolítico; fraqueza; anemias; obstipação.
5. Défice no autocuidado ou Arranjar-se comprometido – alteração da capacidade para manter a pele, boca, cabelo e unhas limpos.
6. Risco de queda – risco de perda de segurança, especialmente para pessoas idosas e particularmente em contextos de longo internamento hospitalar.

6. Plano de Cuidados

Diagnósticos	Intervenções	Resultados
Humor depressivo	Estabelecer relação terapêutica com o Sr. M.; Envolver o Sr. M. no seu processo de reconstituição; Escutar o Sr. M.; Executar apoio emocional ao Sr. M.; Aumentar consciência emocional do Sr. M..	O Sr. M. mantém humor depressivo ao longo do estágio, mas evidencia sorriso no resultado de uma abordagem baseada no humor. A 8/11/2017 registou-se um aumento da ressonância afetiva, tendo referido saudades de casa e da família, “de todos” (sic).
Delírio hipocondríaco	Não discutir nem negar a convicção delirante do Sr. M.; Usar técnica de orientação para a realidade; Usar técnica da distração; Usar técnica de reestruturação cognitiva; Promover controlo do comportamento; Executar apoio emocional ao Sr. M.; Gerir o ambiente físico: segurança.	De forma geral o Sr. M. não evidenciou alteração do seu delírio, nem juízo crítico para o mesmo. No entanto realça-se que só evidencia os seus comportamentos demonstrativos aquando das refeições, já não ao longo do seu dia ou a subjetivar quedas como chegou a concretizar no início do estágio. A 8/11/2017 registou-se um menor dinamismo das ideias delirantes que foram verbalizadas de forma menos espontânea.
Interação social comprometida ou Isolamento social	Estabelecer relação terapêutica com o Sr. M.; Escutar o Sr. M.; Executar apoio emocional ao Sr. M.;	O Sr. M. evidencia estabelecimento de relação terapêutica e comunica mais cordial e verbalmente comigo (ao invés de

	<p>Promover a esperança; Treinar o comportamento assertivo; Treinar competências sociais; Realizar reforço positivo.</p>	<p>não verbalmente). Procura-me como elemento de referência, por vezes, estabelecendo contacto ocular.</p> <p>Mantém dificuldade na nomeação das suas emoções, e não consegue identificar padrão usual de resposta emocional.</p> <p>Sr. M. participou no início da sessão de cinematerapia (1ª Atividade socioterapêutica desempenhada por mim), tendo-se tornado inquieto e optado por sair.</p> <p>Recusou participar na caminhada ao exterior do Serviço, invocando a sua morbilidade.</p> <p>Acedeu ao meu convite para participar na sessão de relaxamento em grupo, mas optou por sair após os primeiros movimentos respiratórios referindo não se estar a sentir bem.</p> <p>Recusou participar no treino de competências sociais (confeção de uma sobremesa em grupo).</p> <p>A 8/11/2017 registou-se aumento da consciência emocional, tendo o senhor referido sentir-se “frágil, desamparado” (sic).</p>
<p>Fraco aporte nutricional ou Alimentar-se comprometido</p>	<p>Instruir o Sr. M. quanto à necessidade de se aumentar – aporte nutricional; Proporcionar ao Sr. M. alimentos nutritivos, ricos em proteínas e em calorias.</p>	<p>Ao pequeno-almoço de um turno típico: aceitou experimentar pão com manteiga, que cuspiu de imediato, ingeriu 1/3 de sopas de pão embebido em café com leite, seguido de Fresubin pudim que lhe foram dados a comer.</p>

	<p>Realizar reforço positivo quando o Sr. M. come, sobretudo se autonomamente;</p> <p>Permanecer com o Sr. M. durante as refeições.</p> <p>Incentivar gosto pessoal do Sr. M., incluindo-o na gestão do seu plano alimentar;</p> <p>Pesar o utente.</p>	<p>A 8/11/2017, comeu autonomamente a totalidade da papa do pequeno-almoço, tendo parado a meio mas prosseguido (verbalizando ligeiramente os delírios hipocondríacos) sob incentivo e supervisão. Realizado reforço positivo.</p> <p>Ao almoço de um turno típico: comeu ¼ de sopa seguido de Fresubin pudim, que por vezes cospe. Não se alimenta autonomamente.</p> <p>A 8/11/2017, comeu a sopa: parou a meio mas deixou retomar e ser alimentado sob reforço positivo e incentivo. Comeu autonomamente o iogurte. Recusou terminantemente o prato de comida mole e também o Fresubin, tendo-se tornado mais hostil e desadequado neste momento (agarrou o pudim com as suas mãos e passou a tratar-me por tu).</p> <p>Peso diminuiu ao longo do estágio (de 65 kg em Setembro para 63 kg para Novembro).</p>
<p>Défice no autocuidado</p> <p>Ou</p>	<p>Oferecer ambiente terapêutico;</p> <p>Providenciar os itens pessoais necessários;</p> <p>Auxiliar a prestação dos cuidados de higiene ao Sr. M.;</p>	<p>O Sr. M. necessita tendencialmente mais de supervisão/facilitação dos cuidados de higiene. No entanto é notória a avolia e falta de iniciativa para até se dirigir à casa</p>

Arranjar-se comprometido	Facilitar a prestação dos cuidados de higiene pelo S. M.; Monitorizar a integridade cutânea.	de banho/chuveiro, aguardando que o venham buscar ao leito/sala. Mantém integridade cutânea.
Risco de queda	Manter cama do Sr. M. com um plano baixo; Encorajar o uso dos chinelos próprios do Sr. M., com sola antiderrapante; Vigiar marcha; Encorajar o Sr. M. a caminhar um pouco pelo serviço.	Sem quedas no decorrer do estágio.

Este plano de cuidados inclui nomeadamente intervenções específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Sampaio & Gonçalves, 2017); NIC – Nursing Interventions Classification (2013); e Costa et al (2009) – que reúne NANDA com Townsend.

A nível da avaliação da satisfação do cliente quanto ao cuidado psicológico, apresenta-se, da avaliação com o Sr. M.:

	Nada satisfeito(a)	Um pouco satisfeito(a)	Moderadamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Completamente satisfeito(a)
Informações recebidas sobre as respostas emocionais à doença e ao tratamento	1	2	3	4	5
Discussão de estratégias para enfrentamento de dificuldades mentais/emocionais após a alta	1	2	3	4	5
Apoio emocional quando o doente se sente triste, deprimido, confuso ou ansioso	1	2	3	4	5
Aconselhamento para melhoria da estabilidade emocional	1	2	3	4	5
Apoio para a expressão de sentimentos	1	2	3	4	5
Apoio para trabalhar com os sentimentos de perda e pesar	1	2	3	4	5

Legenda: encontram-se a amarelo as respostas dadas pelo Sr. M.

7. Considerações finais

Realizar este estudo de caso representou um labor de compreensão complexa, que permitiu aumentar o meu conhecimento sobre conteúdos da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Destaco as intervenções de Enfermagem preconizadas e estudadas pela NIC, bem como as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, preconizadas pela OE e também estudadas por Sampaio & Gonçalves (2017).

Foi um desafio aliar a pessoa analisada neste estudo de caso ao meu projeto de estágio, sobre Competências Emocionais, e apreciei-o também por isso. Permite fortalecer o conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na saúde mental, como preconiza o Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 (DGS, 2017).

Encontrando-se a pessoa em fase psicótica da sua doença, o corte com a realidade é severo e intenso para se aceder e intervir ao nível da consciência, para o que urge existir *insight*. Só no fim do estágio é que o utente principiou a apresentar menor dinamismo da sua vertente psicótica, realçando-se a vertente do humor deprimido. Aqui foi possível intervir ao nível da consciência emocional, de forma simples e com pouca profundidade devido ao pouco tempo útil disponível.

Considerando os objetivos definidos em projeto, concretizei (1) o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa com doença mental; (2) facilitei o reconhecimento e expressão emocional relacionada com eventos diários, embora com pouca profundidade; e (3) promovi a competência social. Não consegui, pelo que expliquei acima, facilitar a autorregulação emocional.

Através deste trabalho foi possível também aumentar o meu autoconhecimento e monitorizar as minhas reações emocionais, permitindo desenvolver-me a nível académico e profissional e abordar intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas e socioterapêuticas, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

De acordo com Jane Austen, o autoconhecimento é o primeiro passo para a maturidade. Maturidade, pensando em Benner (2001), pode ser apelidada de experiência ou perícia no cuidar, sendo “intermediária entre o doente e um mundo mais normal” (p.92), num serviço competente, seguro e ético (ASPESM, 2009).

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5* (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Caldas de Almeida, J. M.; Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração do CESOP (Universidade Católica Portuguesa).

Coentre, R.; Santos, A.; Lopes, J.; Gracias, M. J.; Talina, M. (2016). Depressão Psicótica no Idoso: Desafio Diagnóstico e Papel da Eletroconvulsivoterapia. *Gazeta Médica*. Nº 1, vol 3, p.23-26. Acedido a 4/11/2017, disponível em <http://www.gazetamedica.pt/images/gazetas/1/05.pdf>.

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 4ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Costa, A. et al (2009). *Manual de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem CHPL Revisão Nº 1*. Acessível no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Direção-Geral de Saúde (2014). *Portugal Saúde Mental em Números – 2014 Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2016). *Portugal Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS.

Doyle, R. M. (2009). *Nursing 2009 Drug Handbook*. Lippincott Williams & Wilkins.

Duque, A. S.; Gruner, H.; Clara, J. G.; Ermida, J. G.; Veríssimo, M. T. (s. d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 29/09/2017, disponível em https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Gulanick, M.; Myers, J. L. (2007) *Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention*. Missouri: Mosby Elsevier.

Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. Volumes 1 e 2. 6ª edição. Porto Alegre: ArtMed.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta.

Nascimento, L. C.; Rocha, S. M. M.; Hayes, V. E. (2005). Contribuições do Genograma e do Ecomapa para o Estudo de Famílias em Enfermagem Pediátrica. *Texto Contexto Enfermagem*. 14 (2), p.280-286.

Neuman, B.; Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª edição. América: Pearson.

Richards, S.; Perri, G. (2002). *Depression: A primer for practitioners*. América: Sage Publications.

Sampaio, F.; Gonçalves, P. (2017). Diagnósticos e Intervenções exclusivas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Saúde Mental. In *VIII Congresso Internacional ASPESM*, Instituto Politécnico de Leiria, 26-27 Outubro 2017.

Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2009). *Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Porto: ASPESM.

Stuart, G. W.; Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 7ª edição, St. Louis: Mosby Elsevier.

Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência.

Trzepac, p.; Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ustun, T. B. et al (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 Casos Clínicos de Adultos As várias faces dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

**APÊNDICE 12 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL A PARTICIPANTE DO
GRUPO DE FAMÍLIAS**

P3 - D. H.

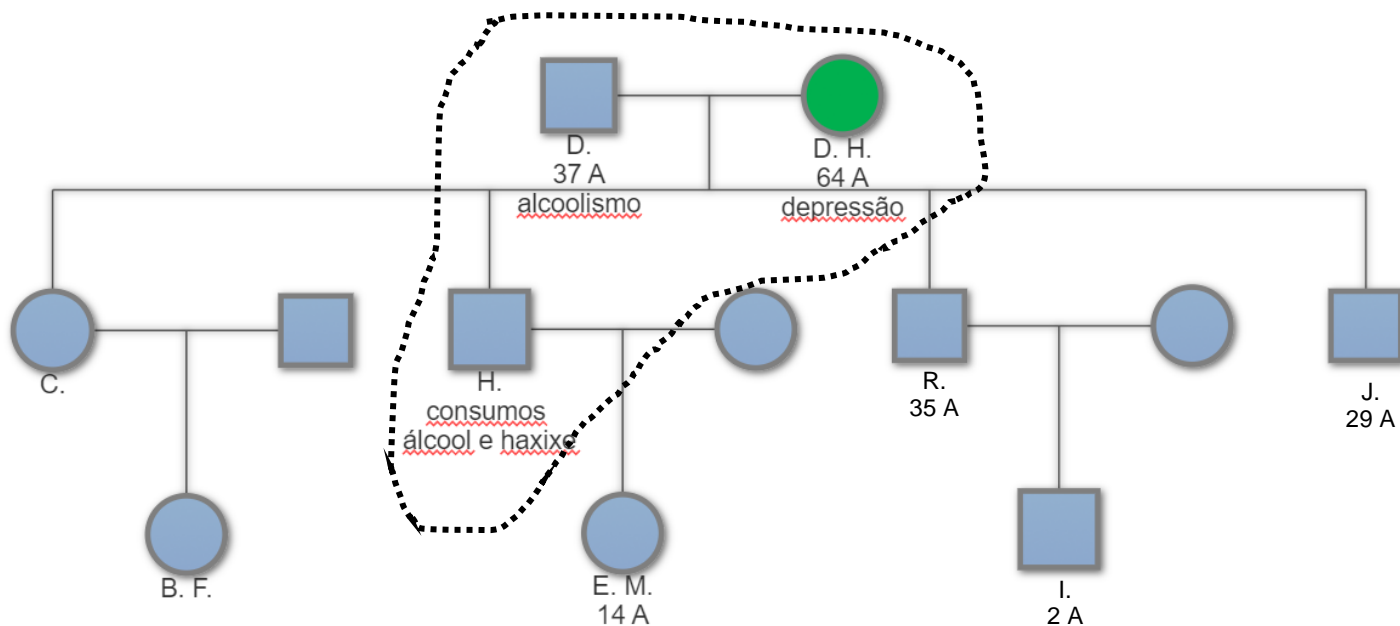


Figura 5 – Genograma da família da D.H., representada a verde.

Relações:

A relação da D. H. com o marido, Sr. D., é tensa e por vezes conflituosa, mas forte.

A relação da D. H. com a filha C. é muito forte, bem como com a filha desta, B. F., que estuda enfermagem, para orgulho da avó; e também com o filho J., que vive em casa com os pais.

A relação com o filho H. é bastante conflituosa mas forte.

A relação com a neta E. M. é conflituosa e fraca pois a mãe, senhora angolana que vive no apartamento no piso acima, não permite que a família do pai e o próprio pai vejam e se relacionem com a menina.

Ecomapa:

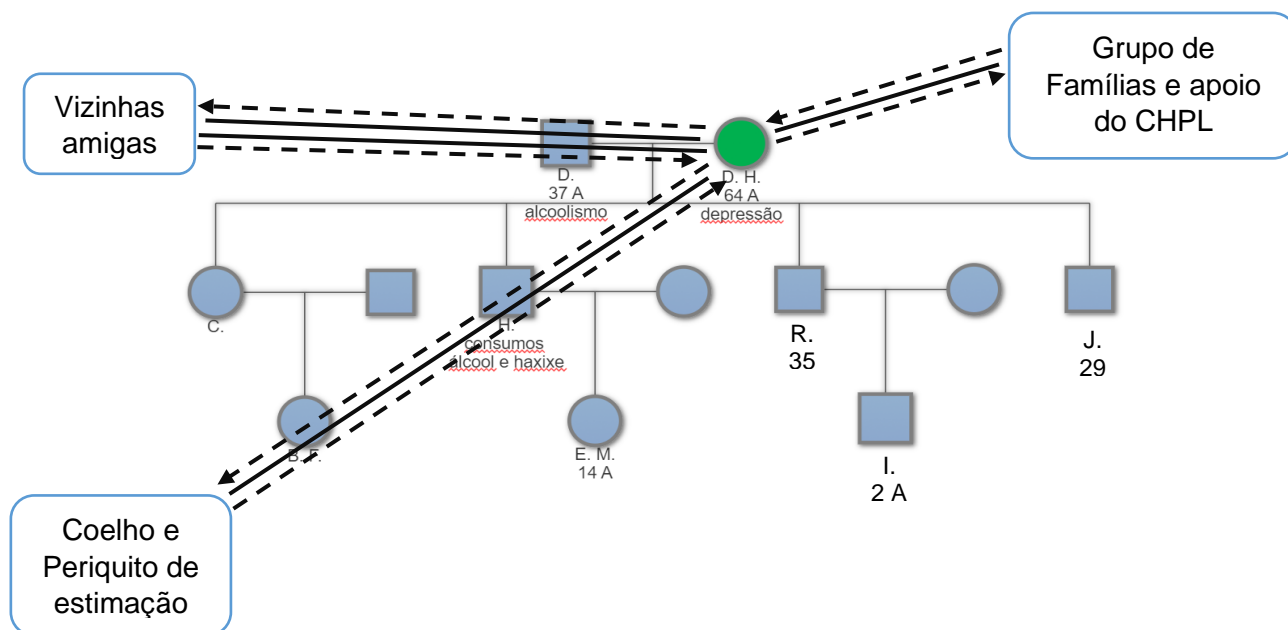


Figura 6 – Ecomapa da família da D. H., representada a verde.

Fatores Protetores:

- As vizinhas da D. H. são consideradas amigas. Saía com elas com agrado, antes de se sentir mais deprimida e impotente em relação à doença do filho H.;
- Neto I., “o meu príncipe” (sic), dá-lhe muita alegria;
- Tem um coelho e um periquito;
- Acompanhamento do Grupo de Famílias do CHPL.

Quadro de stressores de Neuman:

Variáveis	Stressores				
	Fisiológicas	Psicológicas	Socio culturais	Desenvolvimento	Espirituais
Intra Pessoais		Depressão Ansiedade Impotência			
Interpessoais		Marido e Filho H.	Neta E. M. e a sua mãe		
Extrapessoais					

APÊNDICE 13 – PLANO EESMP PARA UM UTENTE DO PRETRARCA

Nome do utente: P. R.

Diagnósticos	Intervenções
Risco de adesão à terapêutica comprometida	Avaliar com MAT; Executar entrevista motivacional*; Desenvolver estratégias que promovam a adesão à terapêutica (caixa de sapatos com as caixas de medicamentos, caixa com divisórias para a medicação preparada para uma semana, entre outras); Vigiar efeitos secundários; Monitorizar adesão à terapêutica.
Dependência do uso de tabaco*	Gerir ambiente físico; Treinar o controlo de impulsos*; Identificar com a utente fatores psicossociais que influenciam o uso de tabaco; Executar modificação do comportamento*; Identificar com a utente estratégias alternativas ao uso de tabaco; Alertar para existência de consulta antitabágica no CHPL;
Interação social comprometida ou Comportamento interativo comprometido*	Executar relação de ajuda*; Mostrar ao utente uma atitude de consideração positiva para com ele; Executar entrevista motivacional*; Executar apoio emocional*; Promover a esperança; Determinar metas mútuas; Treinar o comportamento assertivo*; Treinar competências sociais*; Encorajar atividades de distração; Facilitar a autodeterminação do utente no planeamento de atividades; Encorajar a utente a mudar de ambiente, saindo de casa; Realizar reforço positivo.
Stress do cuidador* Ou Stress do prestador de cuidados	Apoiar a família; Proporcionar informação que ajude o cuidador a cumprir as suas responsabilidades; Estimular a expressão de sentimentos; Promover dinâmica familiar; Promover envolvimento familiar; Promover integridade familiar; Potenciar fatores protetores de socialização da cuidadora; Estimular a participação em grupos de apoio compostos por membros com situações de vida semelhantes.

Este plano de cuidados inclui diagnósticos e intervenções específicos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Sampaio & Gonçalves, 2017), assinaladas com um asterisco (*); CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2016); NIC – Nursing Interventions Classification (2013); e Costa et al (2009) – que reúne NANDA com Townsend.

**APÊNDICE 14 – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL A PARTICIPANTE DO
PRETRARCA**

PC2 - D. R.

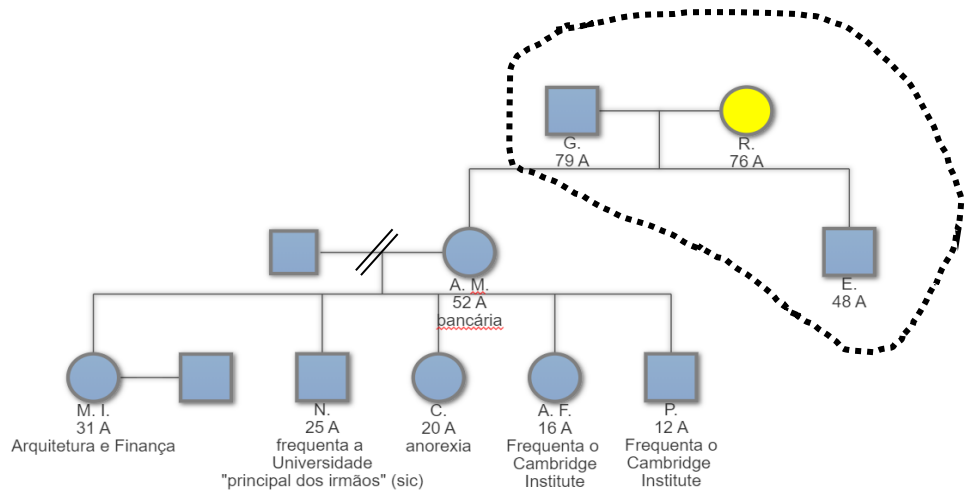


Figura 15 – Genograma da família da D. R., representada a amarelo.

Relações:

A relação da D. R. com o marido e com o filho é, presentemente, bastante forte. Por vezes a relação com o filho E. torna-se conflituosa.

A relação com a filha e os netos é forte.

A relação com o neto mais novo, P., é bastante forte, sendo que o menino faz a senhora muito feliz.

A D. R. sente que cuidar dos netos lhe confere muita energia e alegria.

Ecomapa:

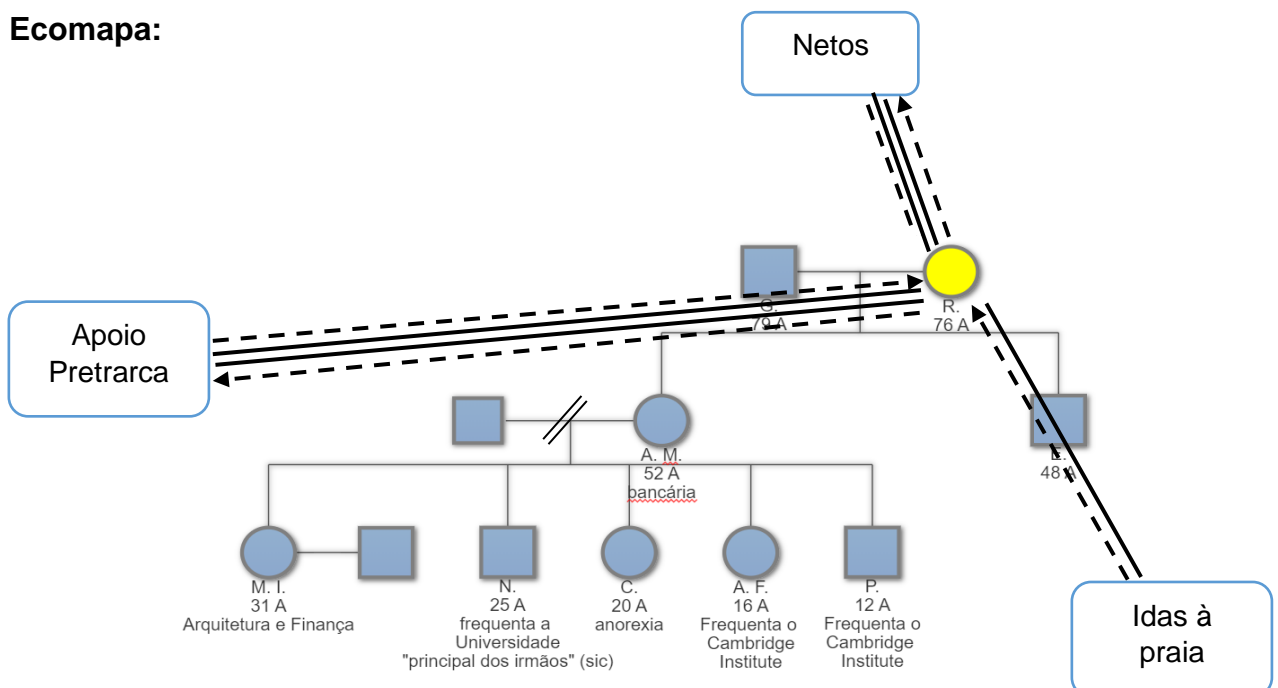


Figura 16 – Ecomapa da família da D. R., representada a amarelo.

Fatores Protetores:

- Conhecimento sobre a doença do filho;
- Considera que o filho tem boa memória e conduz bem;
- Cuidar dos netos dá-lhe muito prazer;
- A outra avó também ajuda a família (netos, nomeadamente) com dinheiro e dando-lhes explicações;
- Gosta de ir à praia.

Quadro de stressores de Neuman:

Variáveis					
	Fisiológicas	Psicológicas	Socio culturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
Intra Pessoais		Medo de adoecer			
Interpessoais				Envelhecimento e preocupação sobre quem cuidará do filho	
Extrapessoais		Filho e filha “não se dão muito bem” (sic)			

APÊNDICE 15 – DADOS E GRÁFICOS DO GRUPO DE FAMÍLIAS E DO PRETRARCA

Figura 1 – Género dos Participantes do estudo.

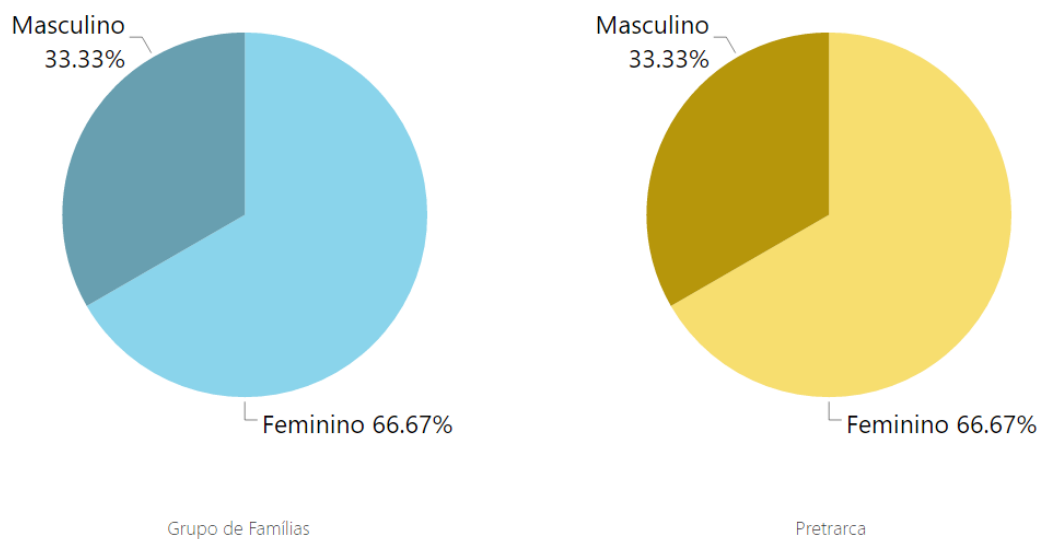


Figura 2 - Idades dos Participantes.

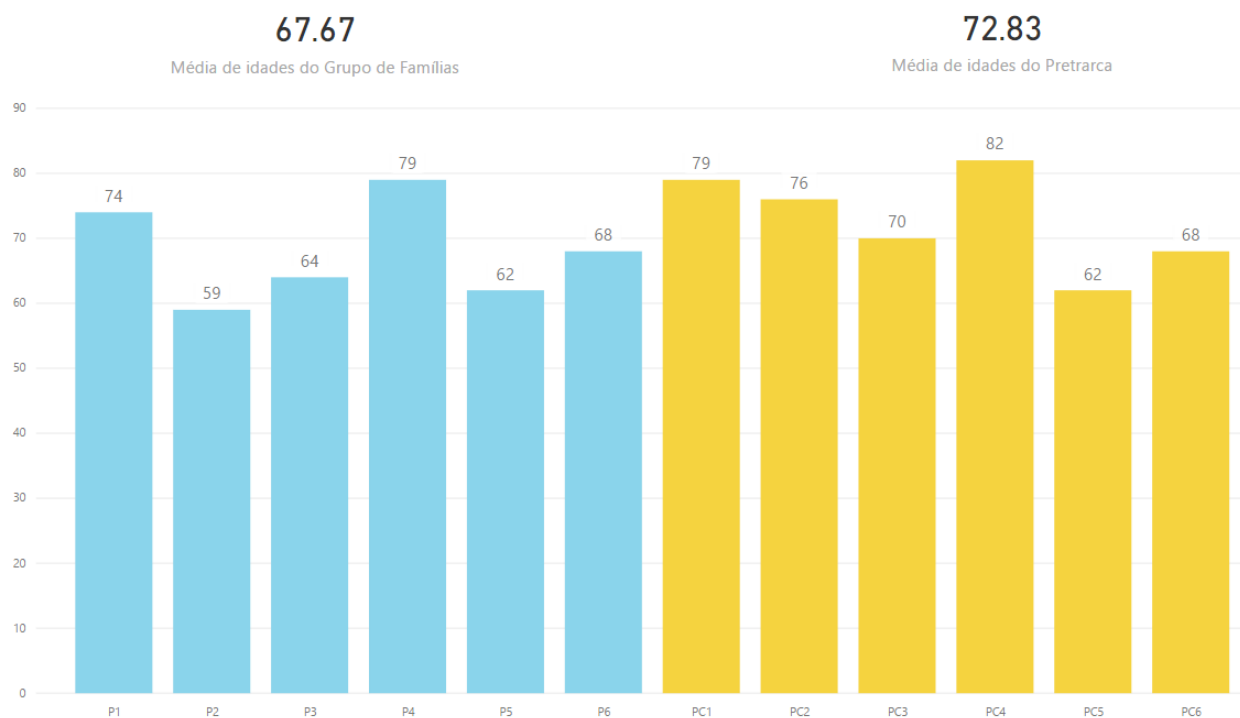


Figura 3 - Com quem vivem os Participantes.

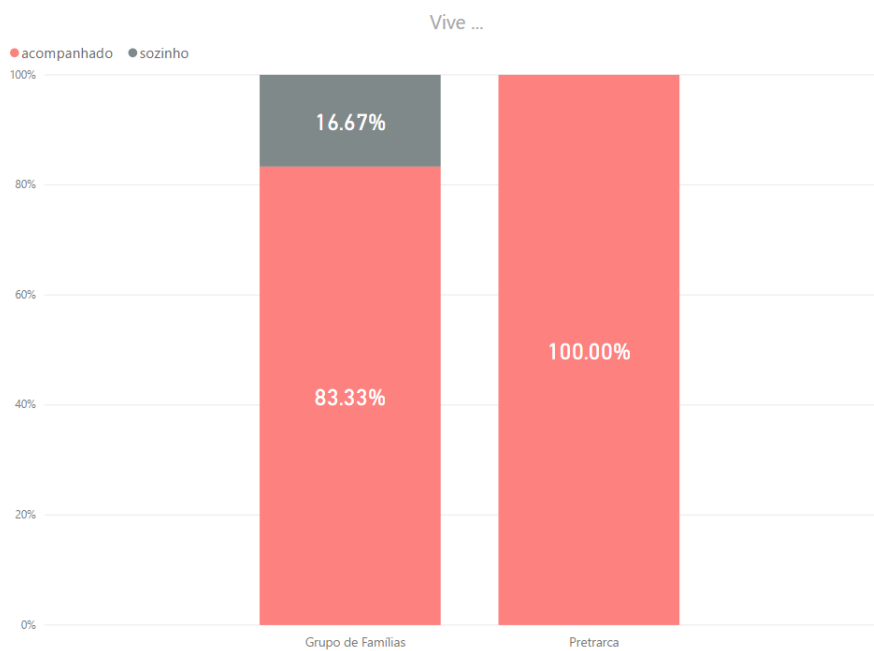


Figura 4 - Estado civil dos Participantes.

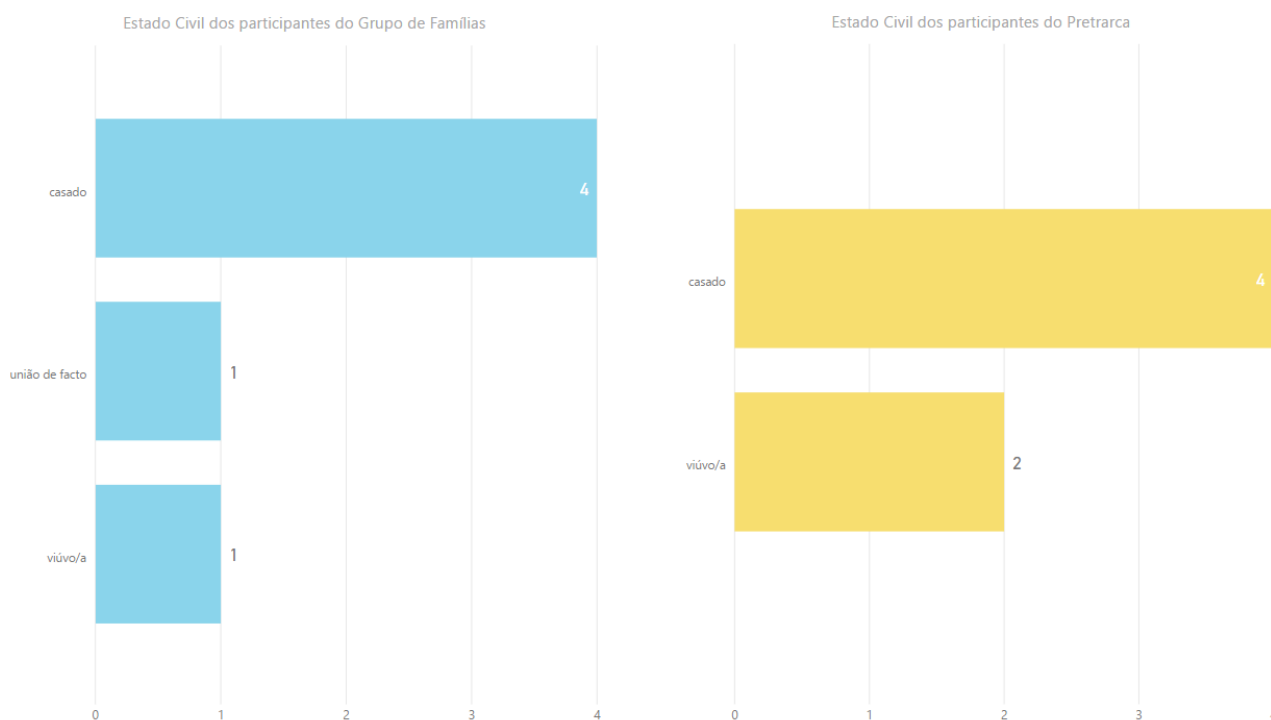


Figura 5 - Escolaridade dos Participantes.

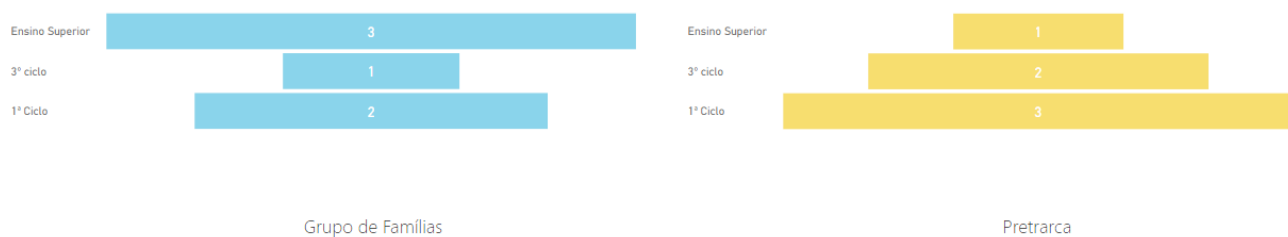


Figura 6 - Situação laboral dos Participantes.

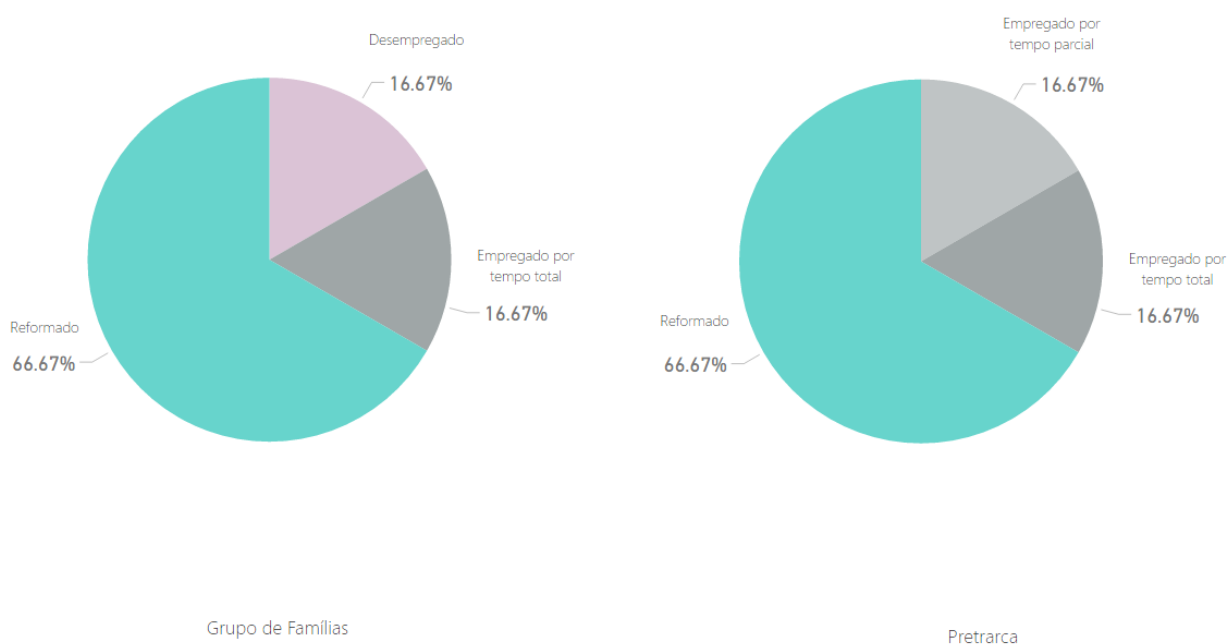


Figura 7 - Grau de parentesco dos Participantes com a pessoa com doença mental.

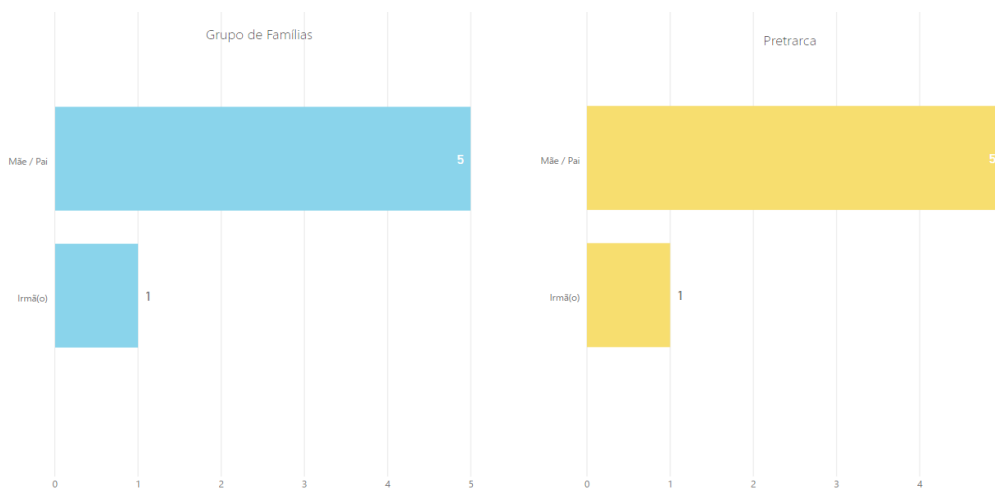


Figura 8 - Evolução da Competência Emocional dos Participantes.

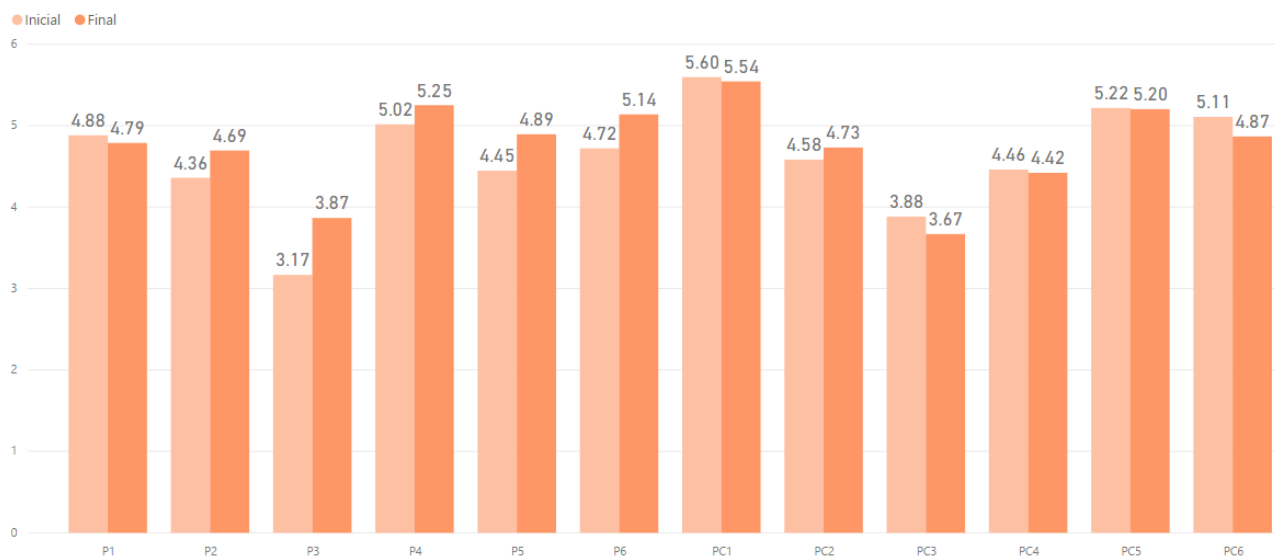


Figura 9 - Evolução da Competência Emocional dos Participantes (médias ponderadas).

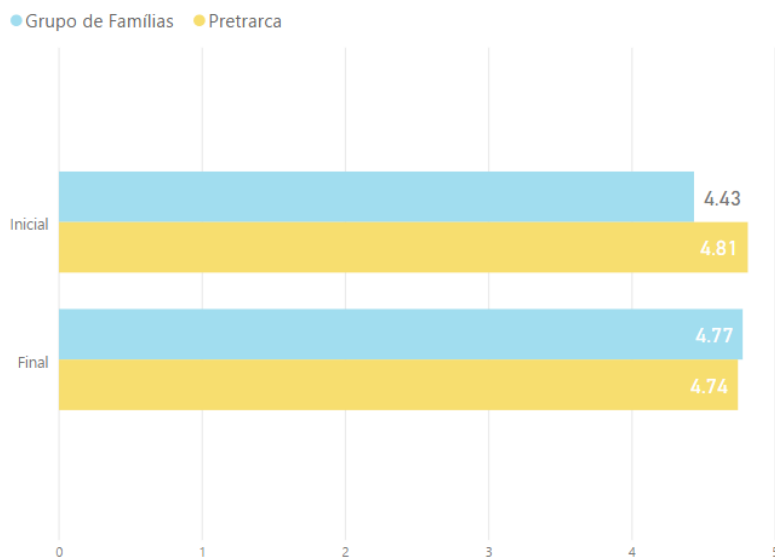


Figura 10 - Evolução da Consciência Emocional dos Participantes.



Figura 11 - Evolução da Regulação Emocional dos Participantes.



Figura 12 - Evolução da Competência Social dos Participantes.

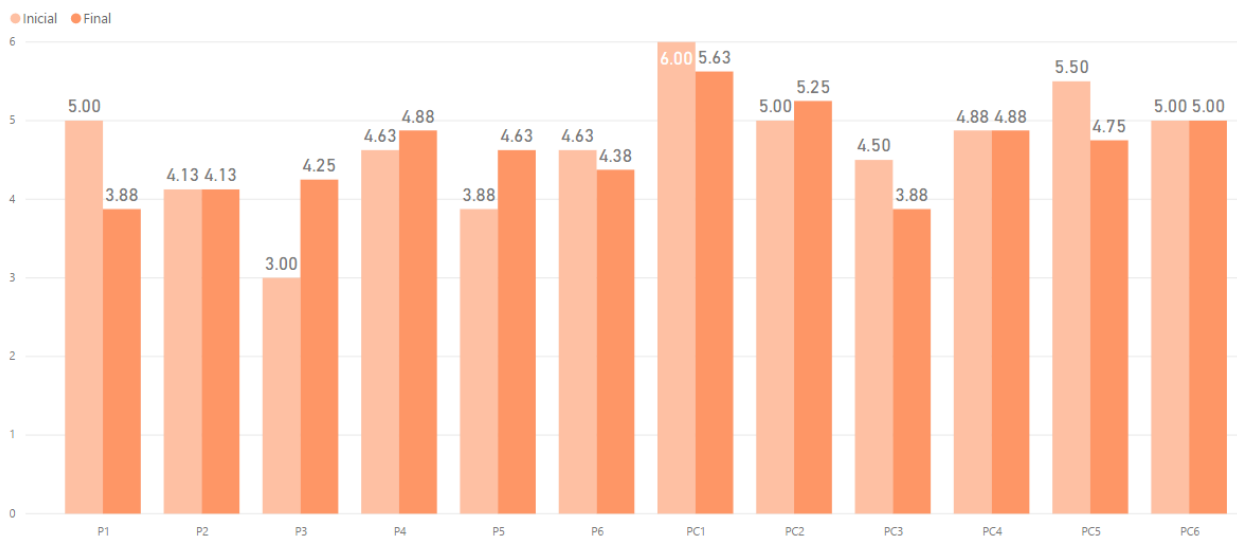


Figura 13 - Evolução dos valores médios das competências emocionais do Grupo de Famílias.

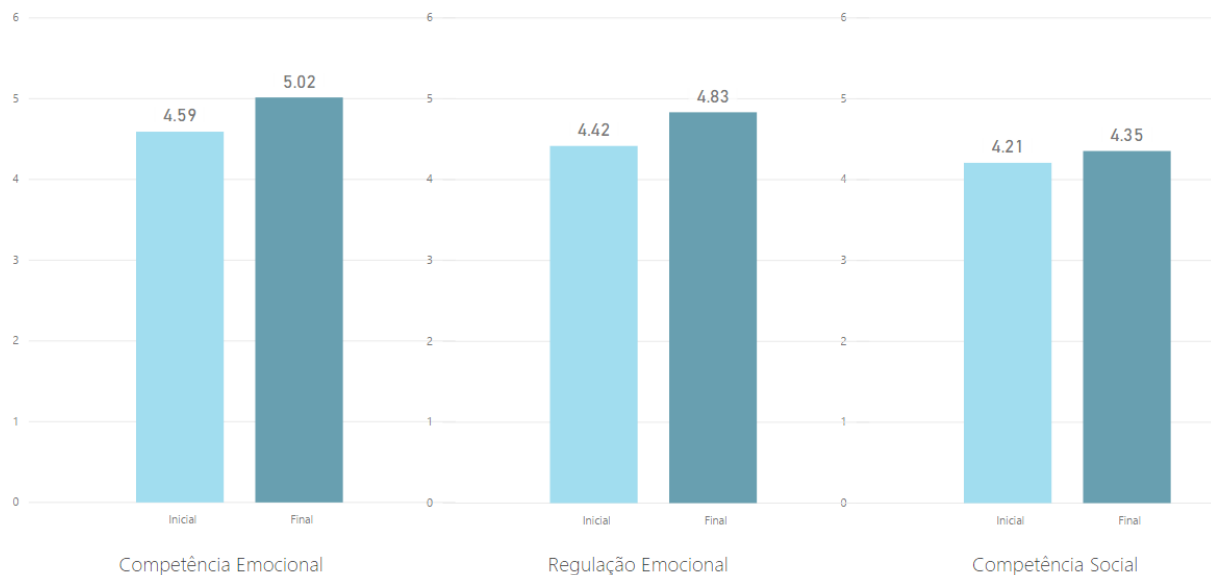
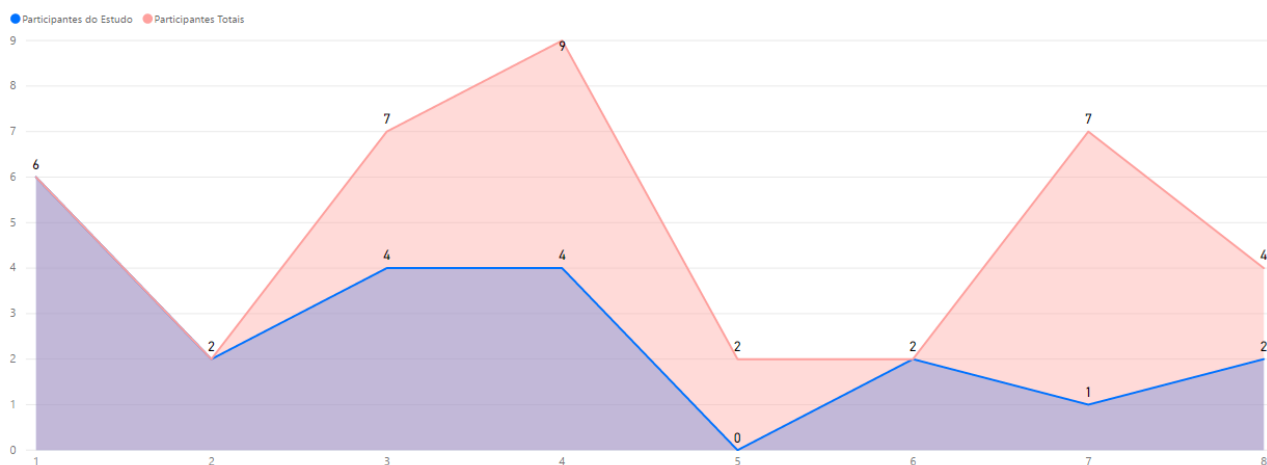


Figura 14 - Assiduidade dos Participantes das sessões do Grupo de Famílias.



APÊNDICE 16 – NOTA DE CAMPO DE UMA SESSÃO DO GRUPO DE FAMÍLIAS

Sessão 7: 17/01/2018

Notas de Campo

A Enfermeira Céu deu início à sessão pelas 13h40, estando 4 familiares presentes. Apresentou o plano da sessão, reservando espaço final para a apresentação do Programa de Competências Emocionais.

Deu seguidamente a palavra aos pais do P.

O pai referiu que este estava a frequentar o estágio e que por vezes apresentava episódios de stress ou ansiedade.

Referiu também que o médico psiquiatra o considera melhor, mas o pai considera-o pior. Acrescentou acreditar que o médico teve uma abordagem mais clássica, recorrendo a medicamentos mais antigos tipo haldol, clozapina, diazepam, sem progresso.

A Enfermeira Céu perguntou se já tinham tentado introduzir novos fármacos, o que o senhor assentiu mas lembrou que o filho não respondera bem, ao passo que com os atuais o filho mantinha sintomas clássicos da doença, como os delírios místicos. Revelou que o filho acreditava que a justificação da sua doença podia não ter que ver com Deus mas sim com o Diabo, ao que o senhor se riu ironicamente, defendendo que a manifestação era a mesma, só mudava a entidade.

A Enfermeira Céu passou então a questionar se o filho faria a medicação devidamente. O senhor assentiu, assumindo ser o “cuidador número 1” (sic), verificando os medicamentos da caixa e confrontando com o que prepara. A Enfermeira interrogou ainda se o filho poderia preparar a caixa, o que o senhor negou e acrescentou que o médico também concordava que assim fosse.

Análise

*A minha reação perante a descrição. O que senti?
Porquê? Que significado teve para mim?*

Percebi que a expectativa do senhor era que o filho pudesse recuperar mais da doença do que estava, que pudesse ter comportamentos e uma sintomatologia menos evidente, quiçá. Pareceu-me uma expectativa um pouco desajustada, da minha experiência, não conhecendo o filho do senhor.

Concordo com o senhor, e a sua narrativa releva conhecimento sobre a psicopatologia do filho.

A nível do comportamento social, o senhor referiu que o P. estaria mais expressivo e saía com amigos, tendo iniciativa para tal. Mencionou que o filho foi recentemente a um encontro budista, no qual o pai não sabe o que se falou, adiantou que possivelmente de meditação.

A Enfermeira Céu deu reforço positivo face à iniciativa mas atentou a que se verifique se o efeito desse grupo é positivo ou negativo no P., alertando para que se mantenha a vigilância e que não se anule o acompanhamento médico e a toma da terapêutica.

O pai concordou, referindo que de vez em quando “o P. volta ao ponto de partida” (sic), o que motivou a Enfermeira Céu a aludir sobre o curso psicopatológico expectável da doença.

O senhor vai ao encontro falando que o P. tem predominantemente duas formas de expressão da sua doença: os delírios e os comportamentos obsessivos ou de verificação.

Frequenta atividades numa associação, mas não tem apoio psicológico ou psicoterapia, é mais um grupo de ajuda mútua.

A Enfermeira Céu refere que assim também se trabalha o isolamento, elemento comum à doença.

O senhor confirma e fala das dificuldades que o filho tem evidenciado pelo estágio, sentindo a necessidade de sair do mesmo por umas quatro ou cinco vezes.

Seguidamente, a Enfermeira Céu deu a palavra à D. R. que referiu que a situação estava estabilizada, estando o filho a frequentar um curso de electricista. A nível de diálogo, “Não há muitas conversas” (sic). A senhora confessou não as incentivar, referindo conhecer o filho e receando poder desencadear os seus delírios, de que a mãe o quer controlar. Acrescenta que, por vezes, o filho

tem insónia terminal. Tem também dificuldade em cumprir horários, sendo que o facto de ir para a escola tem aspetos positivos, como conseguir levantar-se cedo e organizar-se.

Adianta também: “As características da doença dele estão lá todas, só que camufladas pela medicação”, “Tenho expectativas de que ele possa ser completamente independente na minha falta... mas não vejo isso!” (sic). Receia ainda que, no contexto da escola, o filho tenha voltado a beber: “Sinto que ele está a testar-se.” (sic).

A Enfermeira Céu questionou a senhora no sentido de saber por que motivo esta não inquiria o filho.

A senhora referiu que fala com ele, reconhece e faz-lhe ver que, apesar da tentação de beber poder ser grande, a interação com a medicação pode ser perniciosa.

A Enfermeira Céu reitera que terá de ser o filho a gerir a situação. Questionou quando teria consulta com o médico, ao que a senhora respondeu ter sido há duas semanas, acrescentando que o filho só se mantém relativamente equilibrado porque tem a mãe pela retaguarda.

A senhora insiste no seu problema, referindo que, após o curso, o filho irá ganhar dinheiro podendo gastá-lo mal.

A D. R. acrescenta ainda, no seguimento da sugestão de estabelecer uma comunicação autêntica com o filho, que este recentemente lhe disse: “Agora andas infeliz de manhã à noite.” (sic) e, ao médico, assumiu ter bebido.

Foram apresentadas estratégias que validam as suas emoções, preocupações e medos, e procuram autenticamente o outro. A senhora demonstrou várias expressões consentâneas com tensão, tristeza e preocupação, mas procurou integrar o aconselhamento.

Sinto a senhora com uma visão mais negativista do que na sessão a que compareceu anteriormente, menos esperançada. Em termos de consciência emocional, a senhora não se identificou, mas percebi-lhe medo (relativamente a um futuro em que não esteja presente com o filho) e tristeza.

Problemas de liberdade e autonomia; parece-me que quanto mais o filho as tem, mais a senhora tem medo de perder o controlo, o que pode representar uma projeção da mãe eventualmente baseada em situações semelhantes que ocorreram no passado. O medo, sendo uma emoção protetora e também inibidora, está a alertar esta senhora para proteger o filho de situações nefastas. Ao mesmo tempo, está a tolher-lhe a iniciativa, não partilhando abertamente esta situação com o filho, criando um impasse relacional e, paradoxalmente, espelhando o facto do filho não falar com a mãe acerca dos seus consumos. Isto remete-me para o programa de competências emocionais. Fico tristemente surpreendida por esta senhora, que em sessões anteriores afirmou ter tido anos de ajuda psicológica, estar neste impasse. Na verdade, quando confrontada com uma situação emocionalmente complexa e com várias ramificações (nas

Seguidamente a Enfermeira Céu deu a palavra ao Sr. A.. Este referiu que a conversa com o filho se estava a tornar muito cansativa, muito repetitiva e numa viagem que fizeram juntos a Elvas também assim fora. Menciona que o filho os evitou no Natal porque “Não consegue enfrentar as outras pessoas” (sic).

A Enfermeira Céu propôs estratégias para comunicar com o filho, para que ele viesse às festas e até estivesse com o sobrinho, de quem gosta.

O senhor refere que o filho foge ao assunto, dando exemplos, considerando que o filho está a evitar o diálogo com alguém.

A Enfermeira Céu perguntou o que pensava o outro filho da situação, ao que o senhor respondeu que isso “Nem é relevante para a conversa!” (sic).

A Enfermeira Céu indagou acerca da toma da terapêutica, ao que o senhor respondeu decorrer sem problemas. Mencionou também que o filho manifestava problemas financeiros porque vivia acima ou à justa das suas possibilidades. Acrescentou que tentava falar com ele sobre isso, para ajudá-lo a gerir o dinheiro.

Respondendo à Enfermeira Céu sobre o que mais o preocupava nesse momento, referiu tratar-se do afastamento do filho relativamente à família. Na base disto estará o facto de o filho pensar que todos têm a noção do que se passa com ele, ou ouve alguns comentários que considera serem ofensivos para com ele.

A Enfermeira Céu colocou algumas questões: se desdramatizasse ou colocasse em perspetiva esses comentários, o Sr. A. respondeu que não tinha sucesso.

Em termos de agressividade, o Sr. A. respondeu que mantinha os níveis habituais.

dimensões de recuperação psiquiátrica, social e familiar), a senhora não conseguiu mobilizar as suas competências, bloqueando.

O comentário do filho da D. R. fez-me sorrir. Achei interessante ter sido o filho, com doença mental, a confrontar a própria mãe quanto ao clima emocional que esta lhe apresentava, ao invés da própria mãe, pessoa sem doença mental e com anos de apoio psicológico.

Com este comentário, o senhor parecia repetir o padrão de fuga às respostas e ao diálogo de que se queixava que o filho apresentava. Como a senhora anterior, D. R., também aqui percecionei o espelhamento comportamental entre o familiar que vinha à sessão e a pessoa com doença psiquiátrica, numa repetição de padrões comunicacionais e consequentes impasses relacionais.

Já em termos de consumos, o Sr. A. referiu que o filho quase não bebia pois fazia crítica para a interação medicamentosa, o que a Enfermeira Céu deu reforço positivo face à evolução.

Em termos da obesidade, o Sr. A. referiu que mantinha pois o filho apresentava diminuição da atividade física, ao que a Enfermeira Céu sugeriu o estabelecimento de uma rotina. A isto o senhor respondeu que o filho se negava pois inclusivamente não assumia ser forte, alegando ser “tudo músculo” (sic). O senhor acrescentou que a esposa abordava o filho sobre este assunto baseada no risco de enfarte que o filho apresentava, sendo que o filho até faz análises mas não partilha os dados com os pais. Foi então sugerido que comunicassem com o filho baseados nas emoções, dando visibilidade à preocupação que sentiam.

Seguidamente foi dada a palavra à D. R., mãe do R.

Esta referiu que o filho tem uma namorada “cheia de problemas e anda com ela para todo o lado” (sic). Recentemente achou o filho mais triste, e a namorada também o achou.

A senhora gostaria de saber se lhe teriam mudado a dosagem da terapêutica intramuscular, e questiona também se não terá que ver com a namorada que tem muitos problemas - um ex-namorado que a persegue, que não a deixa ver a filha.

Pelo lado positivo, realça ter arranjado emprego para ela própria, na escola onde trabalhava como auxiliar. Pelo contrário, o filho não tem emprego, o que ela considera ser positivo, “porque era uma trapalhada, era apenas um mês, condições muito precárias” (sic).

A Enfermeira Céu realça o ponto comum ao grupo: preocupação com os filhos, e que a D. R. fale com o seu

Esta estratégia foi também facultada à D. R..

A mãe parece mostrar expectativas muito baixas em relação ao filho “(...) era apenas um mês...” (sic), o que me deixa triste a pensar que o filho deve perceber o seu não-verbal

filho. A senhora fugiu à questão, respondendo que o filho anda sempre com a namorada, até para o tribunal.

A Enfermeira Céu considerou isto positivo na medida em que se criou uma parceria, e o sentir-se útil também faz bem ao filho.

Seguidamente o Sr. J. referiu que o filho terminou o curso de vigilante ou segurança privada e aguarda o cartão profissional.

A esposa, D. I., considera que o filho gostaria talvez de ser rececionista, e que já anteriormente teve experiência em algo semelhante.

Face à questão da Enfermeira Céu sobre o que os preocupava mais, o pai referiu que devia haver uma assistência para o trabalho, que ajudasse os filhos quando os pais falecessem. Falou também da questão de haver um tutor.

A Enfermeira Céu sublinha que o CHPL (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa) não dará resposta a tudo, e que há associações que trabalham já nesse sentido.

O senhor relevou esta preocupação face ao facto de não se encontrar bem de saúde e de o Serviço Nacional de Saúde não dar respostas em tempo útil.

O Sr. A. pediu os contactos da associação e que gostaria de saber as condições, o que a Enfermeira Céu programou para o fim da sessão, dando-me a palavra.

Seguidamente passei a apresentar a 7ª sessão do Programa de Competências Emocionais: Comunicação Emocionalmente Assertiva, com os objetivos: (1) experimentar formas de comunicação diversas; (2) estimular a empatia; (3) incentivar a assertividade.

associado a estas emoções e sentimentos.

O Sr. A. fez uma piada acerca do filho do Sr. J. ir para “as boîtes da pancadaria” (sic). O humor foi razoavelmente aceite no grupo, e eu achei bastante positivo este senhor, sempre tão tenso, ter-se sentido confiante com o grupo para criar este momento.

Aquando das minhas entrevistas de avaliação inicial, foi também esta a preocupação comum aos seis familiares entrevistados: quem cuidará dos seus familiares com doença mental quando eles já não estiveram capazes ou vivos?

Neste senhor parece haver um locus de controlo tendencialmente externo.

Foi realizado um *role-play*, tendo-se pedido aos familiares que se levantassem para desenvolver a atividade “Expressão da Emoção”.

O grupo foi muito colaborante e participativo, com excelente adesão à atividade.

Foram divididos em dois grupos, um que representava familiares de pessoas com doença mental grave e o outro de pessoas com doença mental grave. Aos elementos do primeiro grupo, composto por 3 familiares, foi entregue uma vinheta com um texto que evidenciava uma forma de comunicação não assertiva com elevado índice de emoção expressa.

Com recurso às vinhetas fornecidas, foram desenvolvidos momentos de *role-play* entre os participantes.

Situação 1 - “Tens o quarto todo desarrumado, outra vez! Estou farta de te mandar arrumá-lo!”

Situação 2 - Um dos participantes dirigirá ao seu colega do lado o criticismo referente ao seu familiar com doença mental, falando deste e não com ele: “Ele é preguiçoso!”
Depois de cada *role-play*, os que interpretaram pessoas com doença mental deram *feedback* das emoções sentidas: desconforto, sentiram que a comunicação tinha sido agressiva, não gostaram.

Seguidamente os grupos inverteram papéis, de forma a que todos os familiares passassem pela experiência de receber aquelas formas de comunicação. Aqui um familiar em concreto, Sr. A., mostrou resistência, pois racionalizou que nunca poderia estar no lugar do filho.

Finalmente, foi proposto que o grupo alargado trabalhasse em conjunto para transformar cada vinheta em comunicação assertiva.

Estava atrasada face ao que seria previsível ser o início da sessão, mas cheia de entusiasmo para desenvolver a dinâmica desta sessão.

Este objetivo da atividade também se mostrou complexo de atingir por parte de alguns participantes. Ficava exposto, com recurso ao projetor e apresentação em PowerPoint, os passos para uma comunicação emocionalmente assertiva, para que os participantes pudessem operacionalizar a teoria no decorrer do exercício. Por vezes optaram pelo humor, o que foi recebido com reforço positivo; ou optaram por não individualizar a abordagem diretiva/autoritária, mas sim por generalizá-la para todo o grupo, como por exemplo referindo “vamos lavar as mãos” (sic). A isto foi dado feedback positivo no sentido de ser uma frase que não evidenciava comunicação agressiva, mas alertados que também não era assertiva.

Os participantes permaneceram interessados com questões e partilhas até cerca das 16h, altura em que foram facultadas ao grupo as propostas de transformação das vinhetas inicialmente entregues.

Transformação proposta para a situação 1 - “Quando chego a casa cansada do trabalho e vejo que o teu quarto não sofreu alterações, sinto-me frustrada. Gostaria que o quarto estivesse arrumado e arejado. Penso que te poderias sentir melhor com isso e acredito que és capaz de o fazer. Faz-te sentido o que estou a dizer? Precisas de ajuda?”

Transformação proposta para a situação 2 - “Quando tu não colaboras em casa, sinto-me muito frustrada e zangada. Gostaria que conseguisses ajudar um pouco mais. O que te parece? Em que aspeto gostarias mais de ajudar?”

Criei os grupos de acordo com os lugares onde estavam sentados, ou seja, por proximidade; um casal ficou parceiro um do outro; o outro casal ficou unido e a senhora não participou visto ter uma provável demência.

Procurei enunciar claramente as regras, apresentando uma ideia geral do que se pretendia e, no fim de cada etapa, apresentava em detalhe a etapa seguinte, o que penso ter sido facilitador e claro para o grupo, que procurava logo dar resposta ao solicitado, sem mais questões.

No fim da “primeira volta”, em que apenas um grupo tinha feito de familiares e apenas o outro grupo tinha feito de pessoas com doença mental grave, os participantes tinham quebrado completamente o gelo e comunicavam abertamente.

Aqui foi pertinente a ajuda da coterapeuta na atividade, a Enfermeira Céu, que estava do lado oposto ao meu e, como eu, procurou dirigir a atenção do grupo para o desenrolar da sessão.

Tive de ser assertiva para gerir o tempo, mas também usei o humor, lembrando que tínhamos de nos despachar para ir beber o chá, e que era importante que nos organizássemos e cumpríssemos o tempo da atividade.

Era vital que todos invertessem os papéis e, como hipótese de trabalho

futuro, o que se tornou mais evidente com esta atividade foi:

1. Os familiares não estão habituados ao estabelecimento de empatia ou de competência social para com o seu familiar com a doença mental;
2. Os familiares mostraram algumas dificuldades face a um exercício de verbalizar os seus estados emocionais (por oposição a situações da vida real quotidiana) – investir na consciência emocional é importante e parece nunca ser demais;
3. Os familiares beneficiariam de futuros exercícios sobre comunicação emocionalmente assertiva;
4. Os familiares aderiram com muito gosto e empenho à atividade psicodinâmica – seria de repetir mais e talvez reduzir o tradicional psicoeducativo, ou complementar.

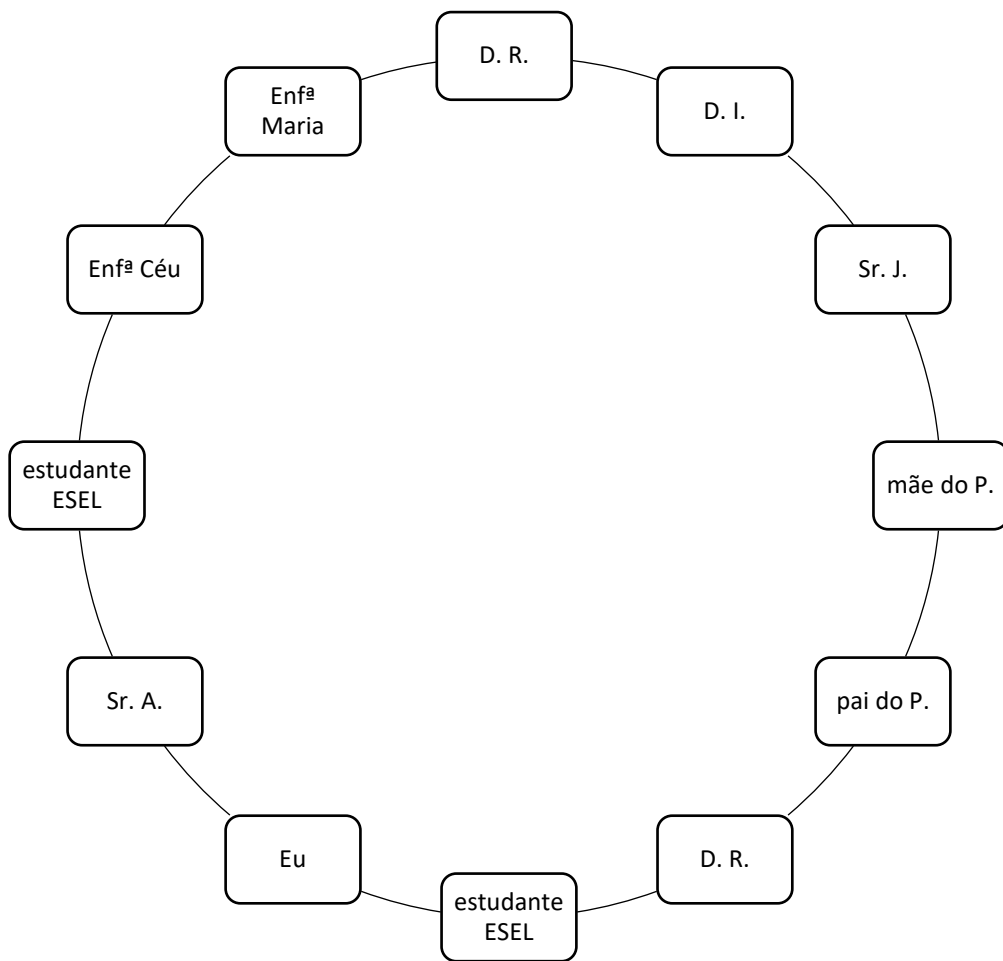


Figura 7 - Representação gráfica da localização, na sala, dos participantes.

APÊNDICE 17 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1. A experiência do cuidador vivida na relação com a doença mental do seu familiar

Este tema está inerente à necessidade dos familiares frequentarem as sessões de grupo e engloba 2 categorias e 7 subcategorias.

A. Dificuldades apresentadas pelos familiares no lidar com a doença

Dificuldades na compreensão e no lidar com a doença

As narrativas destacam as várias dificuldades apresentadas pelos familiares relativos ao confronto com a vivência com a doença mental, incluem a estranheza de comportamentos e a sua (in)compreensão e aceitação desta, e conseqüentemente das suas implicações.

A dificuldade dos familiares na leitura dos comportamentos ou a (in)compreensão, sobretudo dos mais disruptivos, foi referido também como obstáculo relacional. Os relatos destacam a dificuldade de lidar com o familiar que precisa de dinheiro para a aquisição de substâncias psicoativas, incluindo outros gastos “não dá, ele gasta tudo; não ouve nada...” (P3); agressões físicas “ele já me conheceu o fraco” (P3); comportamentos de acumulação “esconde-me tudo, as lixívias” (P3).

O conhecimento sobre si e sobre a doença mental e dos familiares foi destacado, nomeadamente a importância de ter mais informação para melhor lidar com a doença mental foi referenciado pelo participante (P4): “é importante ter mais informação sobre as doenças, evolução e medicação”, de “forma estruturada” (P5).

Este problema remete para as vantagens e benefícios da presença dos familiares nos grupos de famílias (Gonçalves-Pereira et al, 2006), assim como o benefício de uma relação de confiança e de ajuda (Chalifour, 2008). Alguns sintomas da doença não são percebidos como tal, tornando-se incompreensíveis, nomeadamente a sintomatologia negativa (Brito, 2011).

Alguns participantes manifestaram também alguma ambivalência ou franca dificuldade na tomada de decisão quando o familiar com doença mental tendia a descompensar, como P6: “eu observo as mudanças de comportamento dela mas ela não me deixa falar, não sei o que fazer”. As intervenções psicoeducativas são importantes

pois permitem às famílias gerir as emoções e a sobrecarga, facilitando uma reconstrução construtiva (Pasadas & Manso, 2015).

Pereira (2015) identificou que os familiares têm a expectativa de obter informação sobre a doença, para melhor lidar com ela e com o doente, e ainda como proteger o doente, temáticas emergentes também neste Grupo.

P2, P3 e outros participantes do GF que não fizeram parte do estudo mencionaram diversas vezes a dificuldade em gerir a psicossintomatologia negativa da doença mental, a anedonia, clinofilia, avolia: “só quer fumar e não arruma nada nem em casa nem no quarto” (P3); “quando fica pior passa o dia todo na cama, quase nem fala comigo” (P2).

A monitorização do padrão comportamental da pessoa com doença mental, com a perceção dos sinais de alerta e de descompensação, ainda se torna difícil para estes familiares. Pensamos que este é um resultado que carece de uma continuidade do programa, devido ao número reduzido de sessões.

A falta de apoio psiquiátrico foi verbalizada por alguns familiares no decorrer das sessões, o que remete para a necessidade de ajuda que sentem e a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, como identificado previamente ao nível do *treatment gap* de acesso aos cuidados (Almeida & Xavier, 2013).

Adesão ao regime terapêutico

A verbalização de preocupações com o regime terapêutico, nomeadamente com a toma da medicação foram comuns nos dois grupos e também identificadas por Brito (2011) e Felícia (2016).

Muitos familiares partilharam também a dúvida sobre “como garantir que o meu filho toma sempre a medicação?” (P3, P5). P6 referiu “eu e a minha filha vigiamo-nos, ela pergunta-me se eu já tomei o [medicamento] da tensão, e eu pergunto-lhe se ela já tomou os dela”. Este indicador apresenta-se inter-relacionado com o primeiro, sobre as dificuldades na gestão da doença, derivando a importância com a vigilância da toma terapêutica, como destacado por diversos familiares.

A falta de adesão terapêutica tende a traduzir o não reconhecimento da doença, (des)conhecimento ou do efeito dos fármacos ou ainda a necessidade de uma adaptação numa fase inicial. A narrativa do participante (P6) reafirma o exposto, sintetizando a descompensação da doença da filha, “deixou de ser uma parceira” (sic).

A adesão à terapêutica prescrita é significativamente influenciadora do processo de recuperação das pessoas com doença mental (Brito, 2011). Os programas psicoeducativos podem contribuir para a mudança de comportamento, na aquisição de competências.

Falsas crenças sobre a doença mental

As falsas crenças constituíram fatores contributivos para uma representação negativa da doença, nomeadamente quanto a questões de violência: “tenho medo que ele me mate se lhe disser que não posso dar mais dinheiro, que não tenho!...” (P3) ou da capacidade de trabalho ou produtividade da pessoa com doença mental: “O P. quer emprego mas depois não se aguenta, há comentários e muita competitividade” (P5).

Felícia (2016) refere que as crenças dos familiares derivam da sociedade em geral, que estigmatiza bastante as pessoas com doença mental. No entanto, acrescenta que trabalhando estas crenças se contribui para a melhoria da relação do familiar com a pessoa doente. De acordo com o modelo de crenças em saúde, a percepção dos familiares é influenciada pelos stressores e fatores protetores, tanto internos como externos, tanto dos benefícios como das barreiras percecionadas, daí derivando a probabilidade de ação.

Sobrecarga familiar e emoção expressa

Não sendo objetivo deste estudo avaliar a sobrecarga familiar ou a emoção expressa, não obstante a sobrecarga familiar manifestou-se neste Grupo, frequentemente associada a fenómenos de emoção expressa, com aspetos que relacionaram a emoção expressa a alguns conflitos.

Os comportamentos hipercríticos ou afetivamente mais negativos verbalizados conduziram a situações de confronto e de stress com a pessoa com doença mental. Verificam-se ainda aspetos que relacionam a emoção expressa à subcategoria seguinte, das dificuldades comunicacionais, como os participantes que reconhecem autonomamente ou que veem reconhecido pelo grupo que os seus filhos com doença mental estão a “testar os limites” (P3), verificando-se hostilidade e falta de uma abordagem calorosa. As emoções negativas estão diretamente relacionadas com os conflitos (Filella et al, 2016).

A emoção expressa surgiu associada a níveis expressos de crítica, hostilidade, e raramente de culpa, “ele é sempre a mesma coisa, não consigo fazer nada dele” (P3).

Surgiu ainda sobrecarga pelos participantes que referiam falta de apoio dos conjugues: “o D. [marido] não ajuda, ainda por cima também agora está doente, ninguém me ajuda com o meu filho, eu não aguento” (P3), associada à dificuldade de ultrapassar determinada situação ou problema: “sinto que vai cair tudo em cima de mim” (P2).

Estes dados corroboram os estudos de Felícia (2016), Lobban & Barrowclough (2016), Zanetti et al (2018).

Dificuldades comunicacionais no quotidiano

As dificuldades comunicacionais permearam diversas sessões do GF, com indicadores de que os familiares que deixam de comunicar, interagir e estar juntos acabam por se situar num clima familiar com conflitos e medos.

Um participante opta por estratégias de fuga no que concerne à comunicação com o seu familiar com doença mental: “ele inicia sempre as conversas porque eu já não, já sei que acabam sempre mal” (Sr. A.). Diversos conflitos foram elencados nas sessões, de forma velada ou declarada, como refere P3 relativamente ao filho com doença mental: “ele afasta-se de mim, quase não me fala, só para pedir tabaco e aí grita comigo...”. Sobre isto Filella et al (2016) defendem o potencial do conflito, que pode contribuir para um ganho de consciência emocional que poderá conduzir à regulação emocional e eventualmente à adoção de estratégias novas para a resolução do conflito.

Já a experiência do medo por parte dos participantes relacionou-se com situações prévias, frequentemente de violência.

“A problemática da comunicação, assim como a necessidade de definir limites e a técnica de resolução de problemas exige mais sessões para ser melhor integrada na vida diária destes familiares” (Felícia, 2016, p.60).

B. Vivência emocional na família

Emoções e sentimentos negativos verbalizados pelos familiares

A expressão de emoções negativas foi a categoria onde emergiu o medo verbalizado por vários participantes relativamente ao futuro do familiar com doença mental, concretamente o que possa acontecer em caso de doença/incapacidade ou

morte dos familiares (P1, P5, P6): “que será dele quando já cá não estivermos?”. Medo face à incerteza do futuro, da agudização ou progressão da doença, abandono de papéis sociais e profissionais e dificuldades financeiras.

Emergiram situações em que os familiares se sentiam impotentes (P3), magoados (P3), tristes⁶ (P4), angustiados (P3), aflitos (P3), frustrados⁷ (P3, P6), desesperados por falta de estratégias ou de melhoria da pessoa com doença mental ou aceitação do estado de saúde-doença (P3), e ainda zanga, ira ou raiva (P2):

“já não sei o que fazer, não aguento, é só problemas em todo o lado, ninguém que me ajude” (P3);

“ele está sempre igual, não vale a pena dizer o que quer que seja, pedir-lhe ajuda, não me liga nenhum, agora ultimamente deu até para andar longe a ver se nem me toca, eu só choro com isto” (P3);

“é muito triste ver os filhos a afastarem-se da mãe, e sem saber porquê” (P4);

“sobra tudo para mim mas eu também não estou bem, também tenho problemas, o hospital não resolve nada!” (P2)

“a minha mulher não ajuda com aquelas ideias de não se tomar medicação, isto [doença mental] é mais complexo do que mudar o estilo de vida.” (P6)

Não surgiu a culpa por parte dos familiares de forma frequente, ao contrário de Felícia (2016), mas sim questões de dificuldades e sobrecarga subjetiva que dificultavam a aceitação das estratégias propostas. Realçou-se a perspetiva autocentrada dos familiares com conseqüente resistência para a inversão de papéis do *role-play*.

Ao surgirem várias emoções negativas, como identificado por Pereira & Almeida (1999), Navarini & Hirdes (2008) e Felícia (2016), denota-se, favoravelmente, que os familiares se sentem confortáveis no grupo, e sentem-no como “um espaço de libertação” (Gomes et al, 2017, p.8).

Emoções Positivas verbalizadas pelos familiares

Surgiram emoções e perceções positivas sobre a evolução positiva da pessoa com doença mental – estes relatos vão ao encontro do estudo de Felícia (2016).

⁶ A tristeza, de acordo com Pereira & Valcárcel (2018), faz parte da compaixão. Uma análise das notas de campo revela que a palavra mais frequentemente referida ao longo das sessões do GF foi “filho”, revelando a fonte principal de interesse e preocupação dos familiares presentes.

⁷ Frustração é o mal-estar e o aborrecimento produzidos quando não se consegue alcançar aquilo a que se tinha proposto ou esperado; deriva de limitações internas ou externas à pessoa (Pereira & Valcárcel, 2018).

Vários participantes destacam o efeito positivo dos tratamentos e terapêutica, contribuiu para que “entrasse no carril até hoje” (P2). Destas percepções podem derivar os comentários positivos e calor afetivo, os fatores protetores mencionados por Grácio et al (2015).

Salienta-se o orgulho enunciado por um participante (P6) relativamente à filha, evidenciando carinho e consideração positiva, através da expressão como “é uma parceira” com quem parece ter estabelecida uma relação de grande reciprocidade.

O participante P3 enunciou como positiva e potencialmente reabilitativa a relação entre o filho com doença mental e um sobrinho deste, neto de P3: “ele [filho com doença mental] cuida do meu príncipe, até dá gosto ver”.

2. O grupo como espaço de aquisição e desenvolvimento de competências

Este tema compreende os processos envolvidos no desenvolvimento dos familiares, englobando 2 categorias e 5 subcategorias.

A. Estratégias para o quotidiano

Informação sobre a doença mental

Ao longo das sessões, independentemente do tempo a que os familiares já participavam, surgiam dúvidas ou questões sobre a doença, cuja estratégia passava pelo facultar informação sobre a mesma. Podia-se concretizar, nomeadamente, através da explicação sobre algumas situações clínicas e a importância da adesão ao regime terapêutico, a necessidade como doença crónica, num paralelismo entre a doença mental e a diabetes. A aquisição de competências para monitorizar a evolução da doença, nomeadamente para prevenir recaídas e vigiar a adesão ao tratamento (Pinho & Pereira, 2015), foi muito vincada nas sessões, representando o segundo indicador mais frequente.

Foram debatidos vários temas relativos à doença, sintomatologia psiquiátrica e a importância da medicação como base do tratamento, ajudando a controlá-la, prevenindo o avançar da doença, e protegendo funcionalidade e competências das pessoas, pressupostos implícitos no modelo de McFarlane et al (2003). Estes dados foram também corroborados por Brito (2011) e por Pinho & Pereira (2015).

Promover a esperança e o otimismo face ao tratamento e ao futuro

O participante P1 partilhou o orgulho no filho que recusou álcool numa refeição em família: “e acredito que sozinho também recuse, ele agora sabe”, o que constituiu um momento de promoção da esperança para o grupo presente.

Também P6 deu em diversas sessões o exemplo positivo da filha, partilhando o percurso dela, desde a crise psicopatológica inaugural até aos tratamentos implementados, e “agora trabalha, dou-lhe até algumas traduções para fazer, em que ela toma a iniciativa de me perguntar palavras que não tem a certeza” (P6), aderindo à terapêutica concomitantemente.

O grupo de familiares unidos a partilhar problemas e estratégias promove a esperança e o otimismo, face ao tratamento e ao futuro, num espaço de partilha que cria uma “aliança contra a adversidade” (Gomes et al, 2017, p.9). Gerou-se um clima facilitador da comunicação interfamiliar eficaz, emocionalmente assertiva, apaziguadora de conflitos e promotora de harmonia e dele dependem as competências sociais e questões de comunicação assertiva (Alzina & Escoda, 2007).

A redução do isolamento social e a criação entre os familiares de uma rede de apoio mútua e de suporte emocional são fundamentos abordados nas sessões e expostos na revisão de Petrakis & Laxton (2017).

Procura de ajuda socioprofissional

A nível da procura de ajuda socioprofissional, vários indicadores emergiram:

- Encorajamento dos familiares na procura de ajuda profissional: Alcoólicos Anónimos ou grupos de ajuda mútua; Associação de familiares como a Entrementes (para a pessoa com a doença mental e familiar) ou Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS);

- Convite para outros familiares frequentarem o grupo, quer pudessem ser elementos facilitadores da interação familiar ou elementos constrangedores da mesma, até potenciadores de stress para o familiar presente no GF;

- Antecipação da consulta médica psiquiátrica;

- Incentivo de atividades em família, desde as mais básicas como as refeições ou organização e limpeza da casa até às mais recreativas. Dado especial encorajamento, no combate à psicossintomatologia mais negativa, às atividades que a pessoa com doença mental mais gostava e aderiria com mais prazer.

O combate à redução das emoções negativas fornece “um espírito de colaboração na luta contra a doença” (Pinho & Pereira, 2015, p.17), envolvendo os familiares.

Estratégias comunicacionais

As estratégias de comunicação do ponto de vista reabilitativo, na pessoa com doença mental e família, incluem uma mudança de padrão comunicacional, como recurso adaptativo, o que implica um reaprender a comunicar (Gomes et al, 2017), com estratégias como:

- Comunicar assertivamente o que entendeu e solicitar nalgumas situações ajuda à pessoa com doença mental;
- Negociar com o familiar;
- Mediar a interação com outro familiar;
- Estabelecer regras, limites e rotinas na relação com o familiar doente – entre a proteção e a autonomia –, indo ao encontro dos princípios do modelo de McFarlane et al (2003) corroborados por Brito (2011) e Felícia (2016);
- *Role-play* de técnicas comunicacionais.

Corroborando a posição de Gomes et al., (2017, p.14), estes familiares devem ter “treino regular, acompanhamento, orientação e supervisão ao longo do tempo.” O reaprender a comunicar constitui um processo moroso que envolve o *self* dos familiares, implicando grande complexidade. Representou, a par com o indicador das dificuldades na compreensão e no lidar com a doença, o mais frequente nas narrativas das notas de campo.

Competências Emocionais

As competências emocionais, como preconizam Alzina & Escoda (2007) e Palha (2016), conduzem ao bem-estar, que Candeias (2016) defende estar intrinsecamente relacionado com a saúde mental, que este programa promove.

A **consciência emocional** inclui a percepção de si e das emoções, inclusive os sentimentos e emoções mais difíceis de gerir. Inclui também as reações de percepção negativa, que se manifestaram através de reações de instabilidade e absorção, com pensamentos ruminativos e uma maior percepção dos fenómenos emocionais negativos, sobretudo perante acontecimentos stressantes.

Nos registos destaca-se “sou muito mais compreensiva, vejo as coisas de outra maneira” (P3), e P6: “com o Grupo de Famílias sentia que tinha a obrigação de vir partilhar as minhas experiências com as dos outros porque isto [ter uma filha com doença mental] é algo que confunde muito a mente das pessoas. O seu programa fez todo o sentido, veio numa continuidade do abordado no GF”.

Tem por base o autoconhecimento, como parece ter sido apreendido por P6: “temos de nos gerir, fazer descoberta de nós próprios”.

É de destacar o clima criado no GF, que propicia a expressão de emoções – P5 referiu “já estou um bocado farto do meu filho ter sempre a mesma conversa”.

A gestão emocional ou **regulação emocional** incluem atitudes e comportamentos de vivência e gestão emocional. As narrativas exemplificam algumas dificuldades dessa gestão “não sei o que fazer, ele deita-me muito abaixo, o meu marido também não me ajuda” (P3); impotência para P6, cuja filha “está a acordar mais cedo, nem me responde porquê, anda mais brusca, de óculos de sol em casa e também foi assim para a consulta de psicologia...”; estes elementos expressam uma tonalidade predominante de emoções negativas, emoção expressa alicerçada em reminiscências com uma componente racional, reativa e explicativa e alguma desesperança.

A dificuldade no controlo emocional surge também nas narrativas através de um carácter racional mais ruminativo e de retenção nos pensamentos negativos, relativos ao quotidiano, à doença e ao futuro: “(...) ele está sempre a fazer desaparecer as lixívias e só quer tabaco, não quer saber de mais nada” (P3). Este participante vive uma situação de angústia e de tristeza como num “beco sem saída” com uma repetição de padrões comunicacionais disfuncionais e consequentes impasses relacionais. Com uma vivência de duas situações familiares de doença mental e sem adesão ao regime terapêutico e não-aceitação da doença. Também se verificam dificuldades comunicacionais com os seguintes participantes das sessões mas não do estudo: o Sr. A., referindo que o filho evitara a família no Natal porque “Não consegue enfrentar as outras pessoas”, mas ele próprio não queria falar sobre isso com o filho; ou a D. R., que estava receosa e zangada com o filho mas sem a consciência emocional sobre isso, negava-o e mencionava ser este que parecia zangado, racionalizando e especulando “como ele deve beber de vez em quando, isso depois começa a alterá-lo”.

A presença de outros familiares, com pessoas em diferentes fases da doença mental, permite a partilha de problemas como o desenvolvimento da resiliência e da esperança num “efeito de passagem de testemunho” (Grácio, 2014), embora também

possa, em certos familiares, fomentar uma não-identificação com as vivências dos outros pares ou ainda a frustração derivada da confrontação com a cronicidade da doença mental (Gomes et al, 2017).

A **competência social** envolve o estabelecimento de uma comunicação emocionalmente assertiva, congruente, aliada ao desenvolvimento de uma compreensão empática para com a pessoa com doença mental. No âmbito da comunicação assertiva, o estabelecimento de regras e limites foi desde logo sugerido na 1ª sessão por uma participante (P2) relativamente a outra (P3), num processo de partilha de estratégias em grupo, em que este faz de ego auxiliar para cada familiar presente.

Alguns participantes valorizam a comunicação em grupo e as aprendizagens “Tornei-me mais sensível” (P6); “sou muito mais compreensiva, vejo as coisas de outra maneira” (P3); “aprendi é que com estas pessoas isto tudo tem base no diálogo” (P5). D. R., participante das sessões mas não do estudo, refletiu “saio daqui a pensar no que faço menos bem (...) *role-play* foi muito interessante porque me permitiu perceber quão longe estamos do outro... Tão longe! Esta parte emocional é muito importante. Pensamos no que estamos a sentir e não valorizamos o que estamos a fazer em relação ao outro”.

Goleman (2000) favorece este tipo de dinâmica como ensaio para a vida, essa sim o verdadeiro teatro da aprendizagem, pela prática ao longo do tempo, gerando mudança de hábitos e de comportamentos.

O programa de competências emocionais, numa perspetiva de promoção de saúde direcionado para os familiares das pessoas com doença mental grave, empregou técnicas comunicacionais e relacionais com suporte pedagógico e emocional, como preconizado por Gonçalves-Pereira et al (2006). Ao proporcionar intervenções psicoeducativas e psicossociais, facultou suporte emocional baseado numa relação terapêutica (Pasadas & Manso, 2015).

A avaliação do programa de Competências Emocionais, por parte dos familiares, foi bastante positiva. Realça-se o entusiasmo e o fluxo gerados com o *role-play*: o treino pela simulação facilita o ganho de competências. A inversão de papéis tem potencial catártico, ao obrigar “o protagonista a descentralizar-se de si mesmo, a colocar-se psicologicamente no lugar do outro e a encetar uma compreensão empática das motivações daquele com quem interagiu” (Carrola, 2017, p.57).

Evidenciou-se também o papel importante do EESMP para gerir as necessidades e dificuldades dos familiares, tal como em Zanetti et al (2018).