



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

**Promoção da Interação Social na Pessoa com Doença
Mental**

Joana Temudo Roque Soares



**Lisboa
2023**



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

**Promoção da Interação Social na Pessoa com Doença
Mental**

Joana Temudo Roque Soares

Orientador:
Professora Maria Isabel da Costa e Silva

**Lisboa
2023**

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora, Isabel Costa e Silva, pelo apoio e orientação durante esta etapa tão longa e atribulada. Que me guiou no meio da confusão que era o meu pensamento, tornando-o em palavras.

Às Enfermeiras Filipa e Elsa, pelo apoio incondicional, profissional e pessoal que me deram, pelas partilhas e por me terem feito sentir tão acolhida nas vossas “casas”. Às equipas multidisciplinares que me fizeram sentir parte integrante e que me ouviram como colega e não apenas como estudante.

Aos utentes, que me deram a oportunidade de com eles trabalhar, por aceitarem os desafios propostos e por participarem nas atividades planeadas. Sem eles não seria possível esta jornada.

À minha mãe, Sandra, também enfermeira, que me apoiou, e incentivou sempre a continuar, mesmo quando todos os dias queria desistir. Que partilhou experiências comigo e me motivou a terminar esta etapa, mesmo quando toda a minha vida mudava ao mesmo tempo que a ultrapassava.

Aos meus avós Lourdes e João, sem os quais não me teria sido possível licenciar, quanto mais imaginar frequentar o segundo ciclo de estudos.

Ao meu companheiro, Rodrigo, que cuidou de mim todos os dias e foi um suporte imprescindível para que pudesse manter o foco, cuidando da nossa família e fazendo-me feliz.

RESUMO

Este relatório de estágio espelha o desenvolvimento formativo vivido em dois contextos de estágio. Nestes, foram desenvolvidas intervenções no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista, e foi implementado um projeto na área do treino de assertividade.

Partindo da observação nestes locais de estágio, identificou-se como uma das necessidades da pessoa com doença mental o défice de competências sociais. Surge assim a temática da promoção da interação social na pessoa com doença mental, que se traduz no diagnóstico de enfermagem de interação social prejudicada, segundo a taxonomia NANDA (2015). Deste modo, optou-se pelo treino de assertividade como intervenção de enfermagem para promover uma comunicação adequada e interação social de sucesso.

O estágio teve como objetivos: demonstrar um elevado autoconhecimento e autoconsciência a nível pessoal e profissional; executar uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na saúde mental do cliente; realizar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados; desenvolver intervenções especializadas, tendo por base o treino da assertividade como contributo na capacitação da pessoa com doença mental.

A metodologia utilizada baseou-se na aplicação de um conjunto de intervenções de treino de assertividade. Este foi implementado num grupo aberto, em contexto de internamento de psiquiatria.

Como resultados, foi observável que a intervenção de promoção da assertividade teve impacto positivo no autoconceito, autoconfiança e competências comunicacionais e sociais das pessoas que participaram no programa.

Palavras-Chave: Doença Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Interação Social, Treino da Assertividade, Competências Sociais.

ABSTRACT

This internship report mirrors the formative development experienced in two internship contexts. In these contexts, interventions within the competence of the Specialist Nurse were developed, and an assertiveness training intervention project was implemented.

Based on observation in the context of an internship, one of the needs of people with mental illness is the lack of social skills. Thus, the theme of promoting social interaction in people with mental illness arises, which translates into the nursing diagnosis of impaired social interaction, according to the taxonomy NANDA (2015). Thus, assertiveness training was chosen as a nursing intervention to promote an adequate communication and successful social interaction.

The internship had the following objectives: to demonstrate a high level of self-knowledge and self-awareness at a personal and professional level; perform a global assessment that allows a clear description of the health history, with emphasis on the client's mental health; carry out an individualized mental health care plan for the client, based on nursing diagnoses and expected results; develop specialized interventions, based on assertiveness training as a contribution to empowering people with mental illness.

The methodology used was based on the application of a group of assertiveness training interventions. This was implemented in an open group, in the context of psychiatric hospitalization.

As a result, it was observed that the assertiveness promotion intervention had a positive impact on the self-concept, self-confidence and communication and social skills of the people who participated in the program.

Keywords: Mental Illness, Psychiatric Nursing, Social Interaction, Assertiveness Training, Social Skills.

SIGLAS

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MeSH – Medical Subject Headings

EE – Enfermeiro Especialista

EEO – Enfermeira Especialista Orientadora

CCSM - Centro Comunitário de Saúde Mental

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO I. REFERENCIAL TEÓRICO	10
1. A Pessoa com doença mental	11
2. Intervenção do Enfermagem e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman	14
3. Treino de assertividade	17
CAPÍTULO II. IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM ESTÁGIO	23
1. Contexto hospitalar	23
1.1. Caracterização do local de estágio	23
1.2. Intervenções desenvolvidas	24
2. Contexto comunitário	36
2.1. Caracterização do local de estágio	36
2.2. Intervenções desenvolvidas	37
CAPÍTULO III. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	41
CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	51
APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	52
APÊNDICE II – PLANO DE INTERVENÇÃO – TREINO DE ASSERTIVIDADE	60

INTRODUÇÃO

Este relatório, sendo o culminar de um período de estágio em dois contextos distintos de cuidados em Saúde Mental, procura relatar, analisar e refletir sobre a aprendizagem vivenciada, a qual se focou na aquisição e desenvolvimento de competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE) e as específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEEEESMP). Desenvolveu-se uma intervenção na pessoa com doença mental, a partir das necessidades percebidas e verbalizadas, formulando um diagnóstico de enfermagem, e atuando em conformidade, com intervenções especializadas e individualizadas, com ganhos em saúde, através de atividades e estratégias para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A partir da observação dos cuidados à pessoa com doença mental, foi possível identificar algumas dificuldades na vivência das suas atividades de vida diária tais como: organização e priorização de tarefas, criação de rotinas, adesão terapêutica e manutenção das interações sociais com sucesso, sendo que esta última leva muitas vezes ao isolamento social.

Foi então identificado o diagnóstico de enfermagem **interação social prejudicada**, segundo a taxonomia NANDA (2015, p.301). Na pessoa com doença mental, este pode dever-se a inúmeros fatores, entre eles: ausência de pessoas significativas, barreiras de comunicação, distúrbio no autoconceito, isolamento terapêutico e processos de pensamento perturbados. Segundo a taxonomia CIPE, o foco comportamento interativo é descrito como “Atender: estabelecer ou manter ligações com um ou mais indivíduos, interagir” (CIPE, 2016, p.46), sendo o diagnóstico de enfermagem “comportamento interativo comprometido”

A capacidade da pessoa com doença mental em interagir com os que a rodeiam, depende principalmente de duas variáveis: a competência social em comunicar com outros e o estigma. Tendo como foco de atuação em enfermagem a pessoa com doença mental, a intervenção desenvolvida incidiu principalmente sobre a primeira variável, a competência social, que nestas pessoas pode ser ineficaz, ou estar pouco desenvolvida, mas com implicações também a nível do estigma.

Como tal, de forma a intervir no desenvolvimento da comunicação para uma interação social de sucesso, surgiu, entre outras técnicas, o treino de assertividade. Esta foi a abordagem escolhida pela sua aplicabilidade, tanto em contexto individual como de grupo. Sendo uma técnica utilizada sensivelmente desde os anos 70, o treino de assertividade pretende identificar com a pessoa os seus estilos de comunicação preferenciais (expressão intencional ou não intencional, tanto verbal como não verbal), promovendo de seguida estratégias de comunicação eficaz. De acordo com Sequeira e Sampaio (2020), através de uma comunicação assertiva procura-se aumentar o sucesso da interação em termos de expressão e imposição de limites, controlo de impulsividade, autocontrolo de comportamento

agressivo e método de comunicação assertivo. O treino de assertividade tem como objetivo "...mudar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente, estabelecer a autoconfiança." (Grilo, 2012, p.285).

Assim, procurou-se através do treino de assertividade, intervir junto da pessoa com doença mental, com o objetivo de promover a sua saúde mental, bem como prevenir consequências negativas da doença mental, tendo aplicabilidade praticamente transversal, o que poderá beneficiar uma maior população.

O estágio decorreu entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023, em dois contextos. O primeiro contexto em internamento de curta duração, e o segundo em contexto de intervenção comunitária, ambos na área de Lisboa.

Como enfermeira generalista com cerca de três anos de experiência profissional, a estudante entende situar-se no nível de proficiente na área na qual desempenha funções, um internamento cirúrgico. A enfermeira deste nível consegue entender as situações com que se depara como um todo, "...a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados..." (Benner, 2001, p. 44-45), aprendendo melhor de forma indutiva (através de estudos de casos práticos e situações reais). É então capaz de perspetivar os acontecimentos em situações já anteriormente vividas, pois "A enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar" (Benner, 2001, p. 55). Coloca-se neste patamar pelo pouco tempo de experiência profissional que tem, sabendo ter muito a desenvolver, mesmo na sua área atual (cirúrgica).

Relativamente à área da Saúde Mental e Psiquiátrica, situava-se no nível de iniciada. Embora tivesse estado em contexto de psiquiatria durante o Curso Licenciatura, foi esperado que desenvolvesse Competências de Enfermeiro Especialista na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, com graduação académica de Mestre. Neste nível, segundo a mesma autora (2001), a profissional não tem qualquer experiência prévia específica à sua situação atual, dependendo de orientações, regras e normas de atuação que lhes sejam facultadas, havendo "...dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem em situação real" (Benner, 2001, p.50). Assim, este percurso formativo foi feito tendo em vista permitir a passagem para o nível de iniciante avançada na área Enfermagem em Saúde Mental, que será aquele em que os profissionais "...já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (...) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas..." (Benner, 2001, p.50).

Os **objetivos** do estágio foram formulados tendo por base as Competências Comuns do EE e as Competências Específicas do EEESMP, sendo interpretados como as metas para as alcançar. Assim, definiram-se os seguintes objetivos:

- Demonstrar elevado nível de autoconhecimento e tomada de consciência de si a nível pessoal e profissional;
- Executar a apreciação de enfermagem da pessoa com doença mental para compreensão das suas necessidades e problemas;
- Implementar um plano de cuidados individualizado com base nos diagnósticos de enfermagem identificados e os resultados esperados;
- Implementar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais promotoras de uma comunicação assertiva da pessoa com doença mental.

Estes objetivos têm como finalidade a aquisição de Competências do EEESMP, promovendo a obtenção do nível de iniciante avançada na área da Saúde Mental, segundo a teoria de Benner (2001).

A **metodologia** utilizada neste relatório é descritiva, analítica, e por fim reflexiva, querendo com isto dizer que é feita a descrição das intervenções desenvolvidas com as pessoas cuidadas, a análise das mesmas tendo por base os objetivos de estágio e por fim a reflexão acerca da sua contribuição para a formação pessoal e profissional como futuro EEESMP.

O relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro, Referencial Teórico, descreve a metodologia da revisão da literatura, utilizada para a obtenção da evidência científica que sustenta a fundamentação teórica, bem como as intervenções desenvolvidas em estágio. Explicita os conceitos envolvidos, relacionando-os entre si e com as intervenções do EEESMP, assim como o contributo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman na implementação do projeto. No segundo capítulo, Planeamento e Implementação de Intervenções em Contexto de Estágio, faz-se uma caracterização dos contextos de estágio e a descrição das intervenções desenvolvidas à luz das competências do EEESMP, analisando os resultados das mesmas. O terceiro capítulo, Análise das Competências Desenvolvidas, analisa e reflete sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, tendo em vista as competências comuns do EE, as específicas do EEESMP e as de mestre. O quarto e último capítulo, Considerações Finais, apresenta as dificuldades sentidas com a implementação do projeto, bem como os fatores facilitadores, limitações e potencialidade do mesmo.

CAPÍTULO I. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os conceitos que sustentam as intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o estágio, nomeadamente aquelas que se enquadram no projeto desenvolvido em contexto de internamento. Abordam-se os conceitos de saúde e doença mental, de assertividade e de treino de assertividade. Por fim, estes conceitos são interligados, criando a rede concetual que permite a sustentação científica das intervenções desenvolvidas à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Como metodologia, inicialmente foi feita uma pesquisa científica para elaboração do projeto, em duas bases de dados: a CINAHL COMPLETE e a MEDLINE COMPLETE, a qual resultou num Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura (entretanto atualizado), que pode ser consultado no APÊNDICE I. Posteriormente, foi feita uma nova pesquisa científica nas mesmas bases de dados, no centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em leitura cinzenta e em obras literárias da área em estudo, de forma a suportar cientificamente as intervenções de enfermagem em contexto de estágio, específicas ao EEESMP.

A pesquisa teve por base a temática da interação social na pessoa com doença mental, sendo a questão de partida: “Quais as intervenções de enfermagem na promoção da interação social adequada, na pessoa adulta com doença mental”. Na pesquisa nas duas bases de dados da plataforma EBSCO HOST, a CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE, foram incluídos apenas os termos MeSH (Medical Subject Headings) e escolhidos como operadores de pesquisa “AND”, “OR”. Os termos escolhidos foram: (“adults” OR “adult” OR “middle aged”) AND (“mental illness” OR “mental health” OR “mental disorder”) AND (“impaired social” OR “social interaction” OR “communication” OR “social isolation”) AND (“psychiatric nurse” OR “nursing” OR “nursing intervention” OR “nurse”) AND (“assertiveness training”). Como limitadores foram aplicados: Texto integral disponível de consulta livre, artigos científicos dos últimos cinco anos (2017-2023), idioma inglês e português. Desta pesquisa foram obtidos dois artigos que foram analisados, sendo que apenas um se integrava na temática: “*The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level*” de Ustun e Kucuk (2020).

Da pesquisa no centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa foi obtido um trabalho final de Mestrado com o título “*Treino da assertividade com a pessoa com doença mental*” de Antunes (2022).

1. A pessoa com doença mental

Saúde é descrita desde 1946 pela Organização Mundial de Saúde como um estado que vai para além da ausência de doença, englobando o bem-estar físico, mental e social.

Já saúde mental, segundo o *U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2021)*, diz respeito ao bem-estar emocional, psicológico e social, bem como à interação entre os três e como influenciam o dia-a-dia dos indivíduos. Townsend (2011) enquadra seis critérios que permitem identificar o estado de saúde mental numa pessoa: uma atitude positiva consigo mesmo, ou seja estabelecimento de identidade pessoal e segurança de quem é e quais as suas forças e limitações; capacidade de auto atualização, desenvolvimento e crescimento pessoal, que se traduz na capacidade da pessoa auto motivar-se para se desenvolver nos vários papéis da sua vida, atingindo o seu potencial; integração, nomeadamente do indivíduo em relação aos processos da sua vida, adaptando-se ao que o rodeia; autonomia da pessoa em ter capacidade para tomar as suas próprias escolhas reservando-se a responsabilidade das mesmas; perceção de realidade, ou seja a perceção real do indivíduo face ao que acontece em si e no seu ambiente, sem distorções e com preocupação pelos outros; e mestria ambiental, traduzível pela relação que a pessoa estabelece com os que fazem parte do seu ambiente próximo, sendo capaz de retirar e levar benefícios dessas relações.

Sendo a saúde mental essencial para o bem-estar da pessoa e a sua vivência em comunidade, tem de ser vista, segundo o Conselho Nacional de Saúde (2019) como um conceito com duas dimensões, a positiva e a negativa:

“A saúde mental positiva relaciona-se com os recursos pessoais para enfrentar os desafios da vida e a capacidade de ter relações satisfatórias com os outros. Esta relaciona-se com o bem-estar psicológico, que inclui sentimentos de satisfação com a vida, vitalidade e energia, em conjunto com o bem-estar físico. A saúde mental negativa está relacionada com a existência de doença mental, sintomas e problemas“ (Conselho Nacional de Saúde, 2019, p. 49).

Assim, a doença mental é precisamente o contrário do acima referido, traduzindo-se no sofrimento mental e físico do indivíduo, que influencia não só o seu dia-a-dia, mas principalmente a sua disposição/vontade de realizar atividades, relações interpessoais e tomada de decisão.

Desta forma, é necessário distinguir doença mental de sintomatologia presente. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2019), a presença de sintoma com ausência de critério de patologia impede o diagnóstico clínico de doença mental, pelo que confere o conceito de sofrimento psicológico. Este reflete não só o equilíbrio mental da pessoa, como confere ao conceito de saúde e doença mental um espaço entre as dimensões positiva e negativa acima referidas.

Segundo First (2020), no mundo, cerca de 50% dos indivíduos adultos sofre de doença mental em algum momento da sua vida e quatro das dez principais causas de incapacidade devem-se a doenças mentais, sendo a depressão a principal.

De acordo com o Relatório do Conselho Nacional de Saúde publicado em 2019, “Portugal é dos países europeus com prevalência mais elevada de perturbações psiquiátricas, incluindo as de ansiedade, do humor, de controlo dos impulsos e por utilização de substâncias (22,9%), sendo estas mais frequentes no grupo dos 18 aos 34 anos.” (Conselho Nacional de Saúde, 2019, p. 43). De entre as doenças mentais, o referido Relatório salienta a sintomatologia depressiva em 10% da população, com maior incidência em pessoas reformadas, do sexo feminino e em população com menor nível de escolaridade. Relata ainda que em Portugal, em 2017 “...o suicídio foi responsável por 10.800 anos potenciais de vida perdidos nos homens e 3.828 anos potenciais de vida perdidos nas mulheres...” (Conselho Nacional de Saúde, 2019, p. 43). Sobressai também neste Relatório, que 33,1% das pessoas diagnosticadas com doenças mentais recebe o acompanhamento adequado, no entanto com um atraso de 3 a 4 anos em relação ao diagnóstico clínico.

As causas das doenças mentais são ainda um mundo a ser explorado, sendo atualmente considerados por First (2020) os fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. Evidenciando uma panóplia de manifestações, o diagnóstico clínico de doença mental depende essencialmente da gravidade dos sintomas, da sua duração e da forma como interferem nas atividades de vida diárias da pessoa. Deste modo, a pessoa com doença mental diagnosticada tem fatores de risco acrescidos para o desequilíbrio do seu bem-estar, o que influencia negativamente as suas atividades de vida diárias e interação com o mundo que a rodeia. Estes fatores podem ser internos ou externos, segundo a American Psychiatric Association (2013) em concordância com a taxonomia NANDA (2015). Nos fatores de risco internos evidenciam-se as alterações de perceção ou pensamento, a incapacidade funcional por comportamento agressivo ou obsessivo e a dificuldade em iniciar e manter relações e interações sociais eficazes. Nos fatores de risco externos salienta-se o estigma social associado ao diagnóstico clínico. Qualquer um destes fatores pode levar ao isolamento social, tal como referido por Ma et. al. (2019) “For people with mental health problems, the odds of being lonely were eight times greater than for the general population, and the odds were increased 20-fold for those with two or three diagnoses, compared to those without any diagnosis” (Ma et. al., 2019, p. 840).

Devido a estes fatores de risco, a pessoa com doença mental está especialmente propensa ao isolamento social e à concomitante baixa autoestima. A relação interpessoal é afetada, cada vez com maior gravidade, seja do plano interior para o exterior, quando a pessoa é incapaz de manter uma interação de sucesso, quando não consegue manter um padrão de comunicação adequado, ou o contrário, quando é estigmatizada, quando não é compreendida e pode chegar a ser ridicularizada dadas as suas limitações. Quando a pessoa com doença

mental não desenvolve competências relacionais e de comunicação, acaba por desenvolver uma interação social ineficaz, caracterizada por Sequeira e Sampaio (2020) como dificuldade em iniciar e manter relações, muitas vezes demonstrando comportamentos desadequados, baixa capacidade para manter a frequência de contactos e negligência do cumprimento de funções devido à incapacidade de se relacionar. É então importante que a pessoa com doença mental seja ajudada a desenvolver ferramentas para a comunicação adequada.

Nesta perspetiva, optou-se por intervir sobre a incapacidade de iniciar e manter relações e interações sociais eficazes, o que é transversal à maioria das pessoas com doença mental. A ausência de pessoas significativas com quem manter interações, o défice nas competências sociais e de comunicação, a dificuldade em manter a interação em situação de confronto e a dificuldade em identificar e impor limites pessoais, são limitações para uma interação social saudável.

Dada esta problemática na pessoa com doença mental foi identificado o diagnóstico de enfermagem de Interação Social Prejudicada, que é definido pela taxonomia NANDA (2015, p.301) como a “Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social”, tendo como características definidoras os comportamentos de interação social malsucedidos, o desconforto em situações sociais, a incapacidade de comunicar ou de receber uma sensação satisfatória de envolvimento social e a interação disfuncional com outras pessoas.

Segundo o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018) as características definidoras deste diagnóstico de enfermagem são: “dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social; número de contactos sociais reduzidos (inferior a um por semana); contactos interativos prejudicam o cumprimento das AVD; alteração no padrão de interação da pessoa; manifesta comportamentos desadequados ao contexto” (OE, 2018, p.22).

Assim, uma vez que o equilíbrio entre a pessoa e o que a rodeia é em grande parte influenciado pela saúde mental, a “...promoção da saúde e bem-estar mental deve ser parte integrante das estratégias de promoção e proteção da saúde das populações, enquadrando-se na definição holística de saúde” (Conselho Nacional de Saúde, 2019, p. 50). Nesta perspetiva, o EEESMP encontra-se em situação privilegiada para intervir na promoção de uma interação social eficaz, através do treino de competências, entre elas as de assertividade, ajudando a pessoa com doença mental a desenvolver a capacidade de se expressar de forma assertiva junto das pessoas que a rodeiam, por forma a melhorar a sua comunicação.

2. Intervenção do Enfermagem e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A intervenção do EEESMP assenta na prevenção da doença mental e principalmente na promoção da saúde mental, havendo uma planificação das atividades que compõem a intervenção, e atuando com foco na "...promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (Regulamento 515/2018). É neste sentido que se torna importante "A intervenção precoce, que em certos casos, previne complicações futuras e, noutros, facilita a recuperação e a reinserção social nas situações mais crónicas" (Direção Geral de Saúde, 2020), para que a pessoa com doença mental seja capaz de manter uma interação social adequada.

Tendo por base o atrás referido, foi neste sentido que se optou por fundamentar a intervenção de enfermagem na Teoria de Sistemas de Betty Neuman, através de técnicas cognitivo comportamentais. A autora considera que atuação do profissional na prevenção de doença e promoção de saúde atuam como um fator protetor na vida da pessoa de quem cuida, pelo que a estudante acredita que responde às necessidades do utente como parte integrante da realidade que o rodeia, em qualquer contexto. Identifica-se também com a visão da pessoa como um sistema aberto, o qual é influenciável pelos sistemas dos indivíduos que a rodeiam e sujeita a fatores stressores que afetam o equilíbrio/bem-estar da pessoa.

Betty Neuman (2010) assenta o seu Modelo em pressupostos: a visão holística, ou seja, a forma como a pessoa é vista na sua individualidade e unicidade, o bem-estar, que é visto como o equilíbrio, como o objetivo a atingir e a promoção e prevenção, ferramentas para que se consiga atingir o bem-estar. Deste modo, caracteriza o seu Modelo como um sistema dinâmico,

"...based on the client's continuous relationship to environmental stress factors, which have potential for causing a reaction, or obvious symptomatic reaction to stress, or could affect reconstitution following treatment of a stress reaction. In particular, the model takes into account all variables affecting a client's possible or actual response to stressor and explains how system stability is achieved in relation to environmental stressor imposed on the client" (Neuman e Fawcett, 2010, p.3)

De acordo com esta autora, os stressores são definidos como "...tension-producing stimuli that have the potential to cause system instability" (Neuman e Fawcett, 2010, p.22). A reação aos stressores pode ser positiva ou negativa, consoante o equilíbrio e competências do Sistema: "The effect depends largely on the client's perception and ability to negotiate the effects of the stressor (Neuman e Fawcett, 2010, p.22). São assim classificados como intrapessoais, que ocorrem no indivíduo, como as respostas automáticas ou condicionadas;

interpessoais, que se dão no ambiente próximo aos limites do sistema, como as interações sociais; extrapessoais, que acontecem fora dos limites do sistema da pessoa, não dependendo dela.

O Modelo em si baseia-se em quatro dimensões: a pessoa/sistema, o ambiente, a saúde/doença e a enfermagem.

A **pessoa**, o núcleo ou foco central da ação, ser holístico, traduz-se num sistema aberto “Each system is a composite of common known factors or innate characteristics within a normal, given range of response contained within a basic structure” (Neuman e Fawcett, 2010, p. 14). Para a autora, cada pessoa, grupo, família ou comunidade é um sistema, o sujeito da intervenção, o que é corroborado por Fisher e Adams (2010), quando afirmam que um sistema pode ser tão pequeno quanto um indivíduo ou tão vasto como uma sociedade. Cada sistema é composto por cinco áreas de desenvolvimento ou variáveis: Fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Ao redor de cada sistema existem as linhas de defesa da pessoa, que funcionam como “...protective mechanisms for the basic structure to preserve client system integrity (Neuman e Fawcett, 2010, p.17), sendo elas: a linha de defesa flexível, que protege o sistema de stressores, mantendo a estabilidade das reações e sintomatologia; a linha de defesa normal, que representa o estado usual de bem-estar da pessoa, atuando como o referencial do que é considerado normal para o sistema em contraste com desequilíbrios; a linha de resistência, que protege a sua estrutura básica e integridade, consistindo em recursos de resposta automática.

O **ambiente** consiste em “...all internal and external factors or influences surrounding the identified client or client system” (Neuman e Fawcett, 2010, p.19). Nesta dimensão a autora identifica três tipos de ambientes que influenciam o sistema: o ambiente interno, com forças e influências internas contidas estritamente dentro dos limites do sistema; o ambiente externo, com forças e influências externas aos limites do sistema; o ambiente criado, um sistema aberto de troca de energias entre o ambiente interno e externo, sendo desenvolvido de forma inconsciente e sendo visto como um escudo perceptivo de recursos de coping.

A **saúde/doença** é, segundo Betty Neuman (2010), um espectro, sendo que saúde e doença se encontram em polos opostos, onde “Health for the client is equated with optimal system stability, that is, the best possible wellness state at any given time” (Neuman e Fawcett, 2010, p.23). Neste espectro, quando é gerada mais energia do que é consumida, a pessoa aproxima-se da saúde e quando mais energia está a ser consumida do que gerada, a pessoa aproxima-se da doença. Aqui, é a linha de defesa flexível que determina a reação do sistema ao stressor, e assim a energia consumida, pois “Stability implies a state of balance or harmony requiring energy exchange between the system and environment to cope adequately with imposing stressors” (Neuman e Fawcett, 2010, p.24).

A **enfermagem**, na visão de Betty Neuman (2010) consiste na providência de manutenção ou recuperação da estabilidade do sistema, sendo a maior preocupação “...keeping the client

system stable though accuracy in assessing the effects and possible effect of environmental stressor and in assisting client adjustments required for an optimal wellness level (Neuman e Fawcett, 2010, p.25). Para esta autora, o enfermeiro intervém então na prevenção do desequilíbrio, seja ela: primária, onde atua na redução da exposição a stressores e no fortalecimento da linha de defesa flexível, onde se enquadra a promoção da interação social adequada; secundária, com enfoque na deteção de desequilíbrios existentes numa fase inicial e no tratamento de sintomatologia; terciária, dando ênfase à readaptação, na reeducação para a prevenção de novos acontecimentos e na manutenção da estabilidade adquirida, onde se enquadra a intervenção de enfermagem face à interação social prejudicada.

Concluindo, Betty Neuman (2010) descreve o estado ótimo do sistema como o estado de equilíbrio, e a adaptação como o processo pelo qual o indivíduo passa para o atingir. Esta adaptação é contínua e dinâmica dadas as variáveis e necessidades em constante mudança, onde:

“As an open system, the client system is in interaction and total interface with the environment. The client is a system capable of both input and output related to interpersonal, interpersonal and extrapersonal environmental influences, interacting with the environment by adjusting to it, or as a system, adjusting the environment to itself (Neuman e Fawcett, 2010, p23).

Assim, o enfermeiro intervém sobre os stressores, ajudando a pessoa não só a criar mecanismos de coping, mas também a desenvolver competências de resiliência, integração de limites, expressão e tomada de decisão. Na pessoa com doença mental, ainda mais fragilizada, os stressores facilmente comprometem o sistema, surgindo manifestações sintomatológicas, percebidas e verbalizadas pelas pessoas e pelos que as observam.

Betty Neuman (2010) organiza o processo de enfermagem em três passos, o diagnóstico de enfermagem, determinando os stressores; as metas de enfermagem, que estabelecem objetivos a curto e longo prazo; os resultados de enfermagem onde é feita a manutenção da estabilidade alcançada com as intervenções e a prevenção de recaídas. É este processo aplicado pelo EEESMP que, com base nas suas competências, lhe permite a compreensão da pessoa com doença mental, a tomada de decisão clínica e a posterior intervenção de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional.

Dado que “When the cushioning, accordion like effect of the flexible line of defense is no longer capable of protecting the client-client system against an environmental stressor, the stressor breaks through the normal line of defense” (Parker, 2001, p.331), é ainda antes deste momento que se deve iniciar a intervenção do EEESMP, na prevenção da rotura da linha de defesa a que Betty Neuman se refere no seu Modelo. O EEESMP atua na manutenção da linha de defesa da pessoa.

A intervenção do EEESMP visa a reconstituição do indivíduo, que segundo a teoria de Betty Neuman (2010) será a adaptação da pessoa aos seus stressores e à vivência no seu

ambiente/contexto. Após intervir junto das dimensões nucleares do indivíduo, o enfermeiro acaba por atuar também nas dimensões que o rodeiam, nomeadamente sobre a forma como a pessoa as percebe e lida com elas, ou seja, como reage.

Especificamente no diagnóstico de enfermagem de interação social prejudicada, o EEESMP intervém na prevenção primária, diminuindo a exposição a fatores stressores e a reação da pessoa aos mesmos promovendo a aquisição de competências de comunicação assertiva; e terciária através da reeducação dos estilos de comunicação e adoção do treino para o estilo assertivo, como forma de prevenção de futuros acontecimentos que se revelem stressores.

Deste modo, segundo Closkey et.al. (2010), através da taxonomia NANDA, as intervenções de enfermagem para o diagnóstico identificado, na pessoa com doença mental são: melhoria da autoestima, melhoria da autoperceção, aumento da socialização, melhoria do sistema de apoio, construção de relação complexa, modificação de comportamento: habilidades sociais, promoção da capacidade de resiliência, esclarecimento de valores, redução da ansiedade e estabelecimento de metas.

Estas intervenções são espelhadas na atuação específica do EEESMP, com base no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018): ensinar sobre comportamento interativo, executar aconselhamento, estabelecer limites, executar modificação de comportamento, treinar o comportamento assertivo, treinar competências sociais, vigiar comportamento interativo.

É com base nestas intervenções de enfermagem especializadas que se seleciona o treino de assertividade como promotor da mudança de comportamentos, com vista à melhoria da interação social e bem-estar da pessoa com doença mental.

3. Treino de assertividade

Face ao diagnóstico de enfermagem identificado, a intervenção do EEESMP junto da pessoa com doença mental no sentido de promover a interação social eficaz é feito através do treino de assertividade, trabalhando assim as competências sociais.

Segundo Fachada (2010), em concordância com Riley (2004) e Querido et.al. (2020), existem quatro estilos de comunicação: agressivo, passivo, manipulador e assertivo.

O **estilo agressivo**, segundo Fachada (2010), desdobra-se num espetro que parte do impulsivo até ao verdadeiramente agressivo (violento), caracterizando-se como uma pessoa que age como se fosse intocável e não tivesse falhas ou cometesse erros. A pessoa que utiliza este estilo manifesta-se com o tom de voz elevado, interrompe os outros, faz barulho mexendo em objetos enquanto os outros falam e acaba por desgastar psicologicamente os que o rodeiam. De acordo com a mesma autora, "...tem uma grande necessidade de se

mostrar superior aos outros, por isso, é excessivamente crítico” (Fachada, 2010, p.183). Caraterizam-se por dificuldades no estabelecimento de relações de intimidade, nas quais haja segurança entre os intervenientes, pois o seu objetivo é sempre o de se impor e dominar, forçando o outro a perder.

O **estilo passivo**, segundo a mesma autora, caracteriza-se pela atitude de evasão tanto face a pessoas, como a acontecimentos, em que a pessoa se vitimiza falando de si como um caso perdido, sem opções e tende a ignorar os seus próprios direitos e sentimentos. Ainda de acordo com esta autora, o comportamento desta pessoa traduz-se em manifestações de ansiedade e muitas vezes insónia ou outras somatizações, é tímido e silencioso e tem medo de decepcionar os outros. Em suma, segue o que a maioria decidir: “A sua “cor” é a cor do ambiente onde está inserido. Ele tende a fundir-se com o grupo, por medo. Ele chama a isto realismo e adaptação” (Fachada, 2010, p. 185).

O **estilo manipulador**, por vezes também chamado de passivo agressivo, caracteriza-se segundo Fachada (2010) pela evasão das relações interpessoais, preferindo as manobras de distração e manipulação de sentimentos dos que o rodeiam, nunca sendo claro quanto aos seus objetivos. Segundo a mesma autora, esta pessoa manifesta-se como sendo muito dramática, colocando a culpa das consequências dos acontecimentos sempre nos outros e nunca em si e quando é chamada à atenção mostra-se ofendida. Raramente aceita a informação que lhe é dita, preferindo interpretá-la a seu gosto e comporta-se como um elemento vital “...considera-se hábil nas relações interpessoais, apresentando discursos diferentes consoante os interlocutores a quem se dirige” (Fachada, 2010, p.188).

O **estilo assertivo**, também chamado por Fachada (2010) de autoafirmativo, caracteriza-se pela capacidade de defender os seus direitos, interesses, pensamentos e necessidades, salvaguardando também o respeito pelo outro. Esta pessoa “Aceita que os outros pensem de forma diferente de si; respeita as diferenças e não as rejeita” (Fachada, 2010, p.189). São sendo indivíduos que “Expressam os seus direitos de forma aberta e honesta e assumem a responsabilidade pelas suas próprias ações deixando os outros fazerem as escolhas deles” (Querido et.al., 2020, p.2). Segundo Fachada (2010), Querido et.al. (2020) e Sequeira e Sampaio (2020), a pessoa assertiva comunica de forma serena, falando com sonoridade, fluência e entoação do discurso adequadas, com simpatia, com linguagem não-verbal positiva, com postura corporal disponível e mantendo contacto visual. Compreende o outro, escuta, utiliza palavras positivas, com discurso construtivo centrado na solução e com respeito e reconhecimento pelo ponto de vista do outro.

Neste sentido, “O comportamento assertivo contrasta com o comportamento não assertivo ou passivo, em que o indivíduo não tem em conta as suas necessidades e direitos, e com o comportamento agressivo que não toma em consideração os direitos dos outros” (Riley, 2004, p.9).

Ao pesquisar as origens do termo assertividade, estas surgem a partir de Lazarus em 1979, que a designou como a “capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum” (Grilo, 2012, p. 15). É definível como a “Capacidade, em termos de comunicação, que possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro (Sequeira e Sampaio, 2020, p.199), definição que está em concordância com as de Fachada (2010), e Riley (2004), mais antigas.

Relativamente ao treino de assertividade é entendido como “uma técnica que se engloba no âmbito da terapia cognitivo-comportamental, usada também no treino de habilidades sociais” (Seabra et.al., 2018, p. 32), que se aplica tanto em contexto individual como grupal.

O treino de assertividade tem por objetivos, segundo Sequeira e Sampaio (2020) e em concordância com Querido et.al. (2020), Fachada (2010) e Riley (2004), autopromover a dignidade e direitos pessoais, melhorar a autoestima, prevenir a agressividade, reconhecer os direitos dos outros, expressar sentimentos, promover a tolerância, evitar conflitos/escalar de situações, melhorar a capacidade de tomada de decisão, gerir atividades sem se exigir demasiado e aprender a pedir ajuda.

Segundo Grilo (2012), corroborado por Querido et.al. (2020), existem vários tipos de resposta assertiva: a) A assertividade básica, em que é feita a defesa dos direitos e limites do próprio; b) A assertividade escalonada, em que se aumenta gradualmente o grau de assertividade consoante o confronto alimentado pelo outro; c) A asserção empática, em que se reconhece que o outro está fragilizado e pode ficar magoado com a expressão de sentimentos, utilizando os próprios sentimentos e desejos concordantes; d) A asserção de confronto, em que se confronta a pessoa com as inconformidades da sua ação. Em todas elas é comum a “*mensagem do EU*”, um princípio que se traduz pela assunção de responsabilidade e a partilha de informação ao iniciar a frase com o termo “*Eu*”.

Os diferentes tipos de resposta assertiva permitem à pessoa que os utiliza adequar a sua comunicação consoante o que receciona da parte do outro, notando que será sempre uma resposta calma e clara, com vista ao respeito mútuo e acordo entre as partes, tal como referido anteriormente.

Sendo a assertividade um estilo de comunicação que não é inato, mas sim aprendido e praticado, dependendo de variáveis “...como a punição, a modelagem, a falta de oportunidade, as crenças pessoais, os padrões culturais e o desconhecimento dos direitos do próprio (Antunes, 2022, p.15), é essencial que cada indivíduo, sozinho ou com ajuda de especialistas, ingresse no chamado treino de assertividade. Este, segundo Riley (2004), consiste no desenvolvimento das competências já referidas, devendo ser feito num ambiente e com companhia que promova a confiança e o sentimento de segurança.

O primeiro passo para a comunicação assertiva eficaz é a identificação do estilo de comunicação predominante do próprio. Para Riley (2004), a pessoa é capaz de identificar se o seu modo predominante de comunicação é assertivo, se se sentir confortável e seguro a comunicar, sendo capaz de expressar o que pensa, protegendo e respeitando os sentimentos dos outros intervenientes e se tiver uma atitude positiva, adotando argumentos diretos e sinceros. Deste modo, é possível identificar os comportamentos a manter e a alterar, sendo que a pessoa deve trabalhar em si própria as competências que vão promover a assertividade: expressar o pensamento, fazer a crítica construtiva, solicitar a mudança de comportamento, fazer perguntas, fazer e receber elogios (Sequeira e Sampaio, 2020).

Em complemento, Querido et.al. (2020) defendem que a habilidade de desempenho da assertividade assenta em quatro dimensões: 1) assertividade negativa/expressão de sentimentos negativos (expressão de sentimentos negativos, negação, solicitação de alteração de comportamento negativo); 2) expressão de limites pessoais/autoafirmação (reconhecimento de defeitos, imposição de limites pessoais, gestão da crítica externa); 3) assertividade de iniciativa (proatividade para o início de interações, defesa de direitos, independência pessoal e social, expressão de opiniões); 4) assertividade positiva/expressão de sentimentos positivos (dávica e receção de elogios, expressão de sentimentos positivos).

Bower (in Fachada, 2010), em 1976 desenvolveu uma metodologia de treino assertivo, com objetivo de "...reduzir as tensões entre as pessoas e qualquer domínio da vida particular, familiar ou profissional" (Fachada, 2010, p.190). Esta metodologia é aplicada sob a forma do acrónimo D.E.E.C., que se traduz em descrever o comportamento do outro, de forma factual e sem juízos de valor): expressar o que sente em relação ao comportamento do outro, revelando preocupações e diferenças de pensamento); especificar uma estratégia realista de modificar o comportamento do outro); e consequência, explicando a mudança, de forma que o outro veja os seus benefícios.

Referindo-se especificamente à pessoa com doença mental, Seabra et.al. (2018) defendem que esta intervenção traz benefícios acrescidos por se tratar de uma população especialmente carenciada de autoestima e empoderamento para a tomada de decisão, sendo influenciável e manipulável. Os mesmos autores salientam ainda que em contextos internacionais é aplicado o assertive community treatment (tratamento comunitário de assertividade), programa no qual o EEESMP tem especial preponderância, acompanhando de forma contínua a pessoa no seu quotidiano, tanto com as suas pessoas significativas, como em comunidade.

O EEESMP atua então, através de intervenções psicossociais e psicoeducacionais junto da pessoa com doença mental, seja individualmente ou em grupo, como refere Sequeira e Sampaio (2020). Como tal, o treino de assertividade "...revela-se muito importante ao nível das competências sociais, uma vez que a sua utilização é fundamental para uma interação

social satisfatória” (Sequeira e Sampaio, 2020, pp.199-200), mas não só. Contribui também para a autoafirmação e autoconfiança destas pessoas, tornando a sua interação social, não só satisfatória, mas também eficaz, tal como refere Antunes (2022).

Na pesquisa efetuada foram encontrados alguns estudos sobre o treino de assertividade como intervenção de enfermagem, na pessoa com doença mental.

De acordo com Ustun e Kucuk (2020), que aplicaram na Turquia um programa de treino de assertividade em pessoas com esquizofrenia, afirmam que as pessoas com esta patologia têm efetivamente dificuldade em utilizar o estilo de comunicação assertivo. No seu estudo, um caso-controlo com amostra randomizada, aplicaram um programa composto por sessões organizadas em pequenos grupos, sendo recomendado que “...the training curriculum be conducted between 6 and 12 sessions in total and in 2 to 3 sessions per week for 45 to 90 minutes each” (Ustun e Kucuk, 2020, p.300). Os mesmos autores explicam como a sessão pode ser estruturada, e por fim dão a conhecer que a aplicação do seu programa trouxe resultados positivos aos participantes “...assertiveness skills and self-respect increased, and social anxiety levels decreased” (Ustun e Kucuk, 2020, p.305).

Numa outra investigação, um Estudo de Caso de Sousa, Nicholletii e Donadon (2021), feito no Brasil, incidiu sobre uma utente com diagnóstico clínico de ansiedade. Intervindo sobre o ponto de vista da psicoterapia cognitivo comportamental, os autores aplicaram um programa de treino de assertividade composto por dezassete sessões individuais, aliado à psicoeducação e a identificação e registo de momentos de ansiedade. As sessões abordaram conteúdos como a psicoeducação, o relaxamento, a reestruturação cognitiva, os ensaios comportamentais e as reflexões. Recorreram a escalas de avaliação do humor (Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade e Escala Beck de Desesperança) que aplicaram semanalmente. Como resultados obtiveram-se diminuições dos scores de ansiedade, depressão e desesperança e “...a paciente passou a não se preocupar tanto com a reação das pessoas, desenvolvendo recursos para identificar situações que gerassem ansiedade e fizessem com que o seu comportamento fosse passivo/agressivo, conseguindo elaborar estratégias para resolver problemas” (Sousa et.al., 2021, p.51). A conclusão deste estudo comprova a importância do treino de assertividade como ferramenta de promoção do relacionamento interpessoal eficaz, pois tal como referem os autores “Entende-se que o treino assertivo é uma intervenção importante dentro da terapia cognitiva e pode ajudar o paciente a adquirir ou aprimorar habilidades já existentes (...), fazendo com que o paciente tenha uma vida mais saudável” (Sousa et.al., 2021, pp. 52-53).

Já Seabra et. at. (2018) mapearam os resultados da intervenção psicoterapêutica do treino de assertividade e o estado da arte sobre a sua prática como intervenção especializada através de uma revisão da literatura. Esta teve como intervalo de tempo escolhido os meses entre abril e dezembro de 2018 e como plataformas consultadas as bases de dados CINHALL,

Medline, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane, LISTA e MedicLatina. Os autores utilizaram os descritores “assertividade”, “saúde mental” e “habilidades sociais” e dos vinte e cinco artigos encontrados, enquadraram-se quatro. Foi referido o programa Assertive Community Treatment, um programa que permite um acompanhamento especializado e individualizado por médico e enfermeiro, incluindo visitas domiciliárias, chamadas telefónicas com rácios enfermeiro-utente menores em comparação com outras abordagens. Emergiram também outros programas como o treino de habilidades sociais e o programa de treino assertivo. Desta revisão da literatura, foi possível aos autores concluir que o treino de habilidades sociais é de facto importante para a pessoa com doença mental, nomeadamente no seu processo de saúde-doença, bem como na promoção das relações sociais. Referiram também que embora Portugal utilize os programas de treino de habilidades sociais e assertividade, beneficiaria da implementação do programa Assertive Community Treatment.

Mika e Pacheco (2021), realizaram uma revisão da literatura, não especificamente sobre treino de assertividade, mas sim sobre treino de competências sociais, onde o treino de assertividade pode ser incluído. Na sua pesquisa, os autores utilizam artigos dos últimos cinco anos (2015 a 2020), nas bases de dados Google académico e LILACS, publicados apenas em português. Utilizaram também como critério de inclusão, a busca pelas palavras exatas “treinamento em habilidades sociais”, obrigatoriamente no título. Desta pesquisa obtiveram sete artigos, seis dos quais com intervenção em grupo e apenas um com intervenção individual.

Face aos resultados, os autores concluíram que “Os programas de treinamento em habilidades sociais (THS) estão em crescente expansão, podendo ser aplicados em diferentes áreas do desenvolvimento humanos em diferentes contextos, com a finalidade de favorecer um repertório individual mais assertivo” (Mika e Pacheco, 2021, p.10). Em 85,7% dos artigos, é evidenciado o benefício do treino de habilidades sociais como ferramenta para a promoção das habilidades sociais.

Concluindo, face à revisão da literatura efetuada e às conclusões dos estudos anteriormente referidos, faz sentido a implementação de um projeto de treino de assertividade na pessoa com doença mental, tendo como meta a promoção de uma interação social de sucesso, no qual a pessoa deverá desenvolver e fazer a manutenção da sua competência social, facilitando as relações interpessoais, conseguindo estabelecer e impor limites e modificando comportamentos desadequados, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar.

CAPÍTULO II. IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM ESTÁGIO

Tal como dito anteriormente, o estágio dividiu-se em dois contextos, um primeiro em hospital, numa unidade de internamento de curta duração, em regime de internamento exclusivamente voluntário e posteriormente um em contexto de intervenção comunitária, com componente domiciliária, ambos na área de Lisboa. A presença em cada contexto foi de cerca de 9 semanas.

Neste capítulo do relatório são caracterizados os locais de estágio e descritas as intervenções desenvolvidas, pelo que se torna imperativo que num trabalho deste teor sejam assegurados os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Como tal, nenhum dos contextos está identificado, sendo caracterizada a sua metodologia de ação no geral, por forma a ser perceptível a intervenção desenvolvida. Em momentos de relato/análise/reflexão da intervenção com pessoas/grupos, estes encontram-se sobre nomes fictícios. Já a participação das pessoas nas intervenções realizadas careceu de consentimento informado verbal, desde as sessões do projeto à participação no estudo de caso.

1. Contexto hospitalar

O estágio neste contexto decorreu de 26 de setembro a 25 de novembro de 2022.

1.1. Caracterização do local de estágio

Este contexto é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, composta por uma unidade residencial assistida e sete unidades de internamento, sendo seis de longa duração e uma de curta duração, com vinte e nove camas, onde decorreu o estágio.

Esta unidade é caracterizada por assistência a utentes em fase aguda, em regime de internamento voluntário, provenientes de referenciação de consulta externa ou de outro hospital. Os utentes caracterizam-se por pessoas normalmente sem insight, com falta de adesão terapêutica e com necessidade de instituir de regras e rotinas na sua vida de forma a promover a sua organização psicológica e social. São pessoas acima dos dezoito anos de idade e com qualquer doença mental diagnosticada, sendo as mais comuns: depressão, comportamento de risco suicidário, psicose induzida por consumos de substâncias, perturbação bipolar, perturbação de personalidade, ansiedade, esquizofrenia, demência, consumo abusivo de substâncias, atividade delirante, perturbação de comportamento alimentar, entre outros.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram, segundo a NANDA (2015): Autocontrolo ineficaz da saúde relacionado com manutenção ineficaz da saúde, com controlo

de impulsos ineficaz e com comportamentos de saúde propensos a risco; distúrbio na imagem corporal, relacionado com distúrbios da identidade pessoal, com autonegligência e com baixa autoestima crónica; processos familiares disfuncionais ou interrompidos; interação social prejudicada, relacionado com relacionamento ineficaz, com isolamento social e com risco de solidão; ansiedade, relacionada com medo; enfrentamento ineficaz (comunitário e familiar); desesperança, relacionado com tristeza crónica e com sofrimento espiritual; falta de adesão terapêutica e/u a atividade recreativa, relacionado com planeamento de atividade; risco de automutilação/suicídio/ violência direcionada a outros/ violência direcionada a si mesmo.

A equipa de enfermagem é composta por três EEESMP, sendo um deles a enfermeira chefe e dez enfermeiros de cuidados gerais, num rácio de 3:29 no turno da manhã, 2:29 no turno da tarde e 1:29 no turno da noite. A equipa de saúde tem também médicos (psiquiatras e clínica geral), psicóloga, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e assistentes operacionais. A intervenção do enfermeiro neste contexto pretende, em estreito trabalho multidisciplinar, a orientação para a realidade, instituição de rotinas, promoção de cumprimento de regras, estabelecimento de relações terapêuticas, vigilância e supervisão de risco de auto ou hétero lesão, gestão e minimização de riscos e contenção de danos.

1.2. Intervenções desenvolvidas

A oportunidade de prestar cuidados neste local de estágio dividiu-se em dois momentos: Ainda no início de 2022, no âmbito de outra Unidade Curricular, fez-se um estágio de observação, no qual foi possível conhecer a equipa multidisciplinar e os utentes, a dinâmica e metodologias da unidade, as necessidades da pessoa com doença mental e os diagnósticos de enfermagem mais comuns no local. Já no final de 2022, realizou-se o estágio alvo deste relatório, sendo que o momento anterior permitiu uma mais rápida integração, que se refletiu principalmente na relação com a equipa multidisciplinar. Experimentou também no contexto da prática de cuidados a função do EEESMP e como a sua intervenção pode realmente fazer a diferença na forma de pensar e conseqüentemente de agir da pessoa, levando à alteração de comportamento.

Destaca-se neste local de estágio a evolução da estudante nas interações com a pessoa com doença mental, nas quais houve inicialmente uma participação assistida/supervisionada, que evoluiu para a interação autónoma. Estas interações, umas vezes iniciadas pela estudante, outras iniciadas pela pessoa com doença mental, levaram ao estabelecimento de relações de ajuda, que segundo Chalifour (2008) são obrigatoriamente recíprocas e mutuamente influenciáveis, dependendo da contribuição dos intervenientes para a realização de um objetivo comum.

Foram principalmente as relações de ajuda estabelecidas que originaram na estudante o sentimento de satisfação por estar a conseguir desenvolver as competências de EEESMP, nomeadamente no que diz respeito à alínea c) “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428), bem como ter a percepção da evolução positiva em alguns utentes.

Foi também a partir destas relações de ajuda estabelecidas que experienciou o desconforto da despedida e o sentimento de luto da relação estabelecida, dado saber que a pessoa com doença mental continuava a precisar de cuidados e de apoio, por estar limitada temporalmente pelo período de estágio. Tal originou diversos momentos de reflexão com a Enfermeira Especialista Orientadora (EEO), tendo deles surgido estratégias para lidar com os seus próprios sentimentos, sabendo que a pessoa continuaria a ser cuidada pela equipa multidisciplinar.

Os momentos de discussão com a EEO e restante equipa multidisciplinar contribuíram para o desenvolvimento da estudante, principalmente por não ter experiência profissional na área da saúde mental, surgindo, entre outras reflexões, os **jornais de aprendizagem**.

Outra atividade formativa conduzida neste contexto foi o **estudo de caso** sobre um utente motivado para a recuperação, mas desmotivado com o tempo de internamento, anedonia e não pertença ao grupo.

Este estudo de caso focou-se no Sr. Luís (nome fictício), que consentiu verbalmente em participar neste trabalho académico. A escolha deste utente recaiu em dois motivos: a sua presença no primeiro estágio de observação, tendo passado por um período de alta clínica para residências assistidas, regressando pouco tempo antes do estágio aqui relatado e a vontade expressa do utente em integrar atividades diferentes das oferecidas pela unidade, tendo mostrado agrado e motivação para colaborar na entrevista de colheita de dados.

A colheita de dados partiu de uma entrevista inicial, seguida de outros momentos de interação, entrevista de ajuda, uma entrevista mais estruturada (ainda que informal), observação, discussão multidisciplinar, consulta do processo clínico e registos médicos e de enfermagem atuais e anteriores.

Luís tem 41 anos. Ao nascer, foi registado como mulher, Irene, porém refere que desde os quatro anos de idade começou a não se sentir bem na sua identidade. Manteve, na sua adolescência e até aos 19 anos relações heterossexuais, altura em que se assumiu como mulher lésbica. Aos 30 anos tomou a decisão de iniciar a sua transição. Atualmente tem pendente a última intervenção cirúrgica, faloplastia, para concluir o processo, utilizando por agora uma prótese peniana. Como antecedentes pessoais, foi diagnosticado com DMI insulino dependente aos 13 anos, sendo atualmente independente na manutenção da sua

doença (tem sensor livre) e é fumador de cerca de um maço/dia. Como antecedentes familiares, a mãe foi diagnosticada com Perturbação bipolar.

É o 3º filho de uma fratria de 4 irmãos. Não tem contacto com o irmão mais velho. Tem uma boa relação com a irmã (atualmente em processo legal de se tornar a responsável patrimonial e financeira de Luís) e uma relação que descreve como afetuosa com o irmão mais novo (que sofre de alterações visuais e auditivas limitantes). Os pais divorciaram-se em 1998. Atualmente vive sozinho, num apartamento alugado (T2), tendo como vizinho de baixo o seu pai, que tem como pessoa de referência. A relação com a mãe é mais complicada, uma vez que a descreve como uma pessoa narcisista.

Profissionalmente, Luís tem completo o 12º ano e alguns cursos profissionais na área das artes plásticas. Trabalhou em diversas áreas e atualmente, está desempregado. O seu rendimento provém de “mesada” fornecida pelo pai e do rendimento nacional de inserção. Como plano futuro gostaria de ter um emprego em tempo parcial na área da pintura.

O primeiro contacto com a psiquiatria foi em 2004 e desde aí teve oito internamentos em quatro instituições. Em 2011 recebeu o diagnóstico de perturbação de personalidade cluster B: Borderline e Perturbação de ansiedade.

No internamento atual isolou-se do grupo, preferindo estar no seu quarto, recusando as idas ao exterior e nem sempre participava nas atividades. Manteve uma aparência em concordância com a idade real e com a estação do ano, no entanto descuidada. Tinha queixas de insónia e por vezes o contacto tornava-se agressivo. Quando abordado o discurso era parco, falava quando abordado, e o humor de tonalidade depressiva, demonstrando pouca motivação para o futuro, no entanto mantendo a crítica.

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados com recurso à Classificação NANDA, 2015-2017: **Ansiedade**, integrando o diagnóstico de padrão de sono prejudicado; **Tristeza crónica**, incluindo os diagnósticos de atividade recreativa deficiente e planeamento de atividade ineficaz; **Interação social prejudicada**, associado aos diagnósticos de isolamento social e disposição para comunicação melhorada; **Distúrbio na imagem corporal**, relacionado com os diagnósticos de baixa autoestima crónica, distúrbio na imagem corporal, disposição para autoconceito melhorado e padrão de sexualidade ineficaz; **Disposição para autocontrolo da saúde melhorado**.

As intervenções foram planeadas com recurso à Classificação NIC (2010) e todas foram implementadas, em parceria com o utente. Na realização de ensinamentos: Ensinar sobre comportamento interativo, dependência de substâncias psicoativas, estratégias de redução da ansiedade, humor depressivo e recuperação. No âmbito da execução: Executar aconselhamento, apoio emocional, entrevista motivacional, reabilitação psicossocial, modificação de comportamento (enquadra as atividades do treino de assertividade) e relação de ajuda. No treino de competências, e enquadrando as atividades do treino de assertividade: Treinar competências sociais e treinar o comportamento assertivo.

Os resultados obtidos com este utente foram baseados na Classificação NOC 2014, embora tenham sido redigidos em texto livre: Diminuição do nível de ansiedade expressa pelo utente; Satisfação com padrão de sono (ainda que dependente da indução medicamentosa); Diminuição do sentimento de tristeza; Estabelecimento de metas a curto prazo; Participação em atividades de lazer; Desenvolvimento de habilidades de interação social; Desenvolvimento de competências comunicacionais; Aceitação do estado de saúde; Participação nas tomadas de decisão terapêuticas.

Foi também identificado um diagnóstico decorrente do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, elaborado segundo Figueiredo (2012): **Processo familiar Disfuncional**. As intervenções consistiram na promoção da comunicação expressiva das emoções, promoção do envolvimento da família e otimização da comunicação na família. Obtiveram-se resultados apenas no âmbito da expressão de sentimentos.

Quanto à participação nas atividades decorrentes do projeto de estágio, este utente fez parte do grupo aberto em todas as sessões exceto a última. Estava participativo, motivado e colaborante com a dinamizadora e o grupo, promovendo ele próprio a participação de outros utentes e preenchendo alguns momentos de silêncio com frases reflexivas como “comportamento gera comportamento” (sic). Identificou o seu tipo de comunicação predominante “eu sou agressivo, sei que sou, às vezes até parto para a violência” (sic) e mostrou nos momentos de roleplay ser capaz de manter uma comunicação assertiva com os que o rodeiam. Ainda assim, e tendo sido admitido pelo próprio, ser-lhe-á difícil colocar em prática as estratégias aprendidas, principalmente durante momentos de frustração proveniente da falta de consumos.

Este estudo de caso trouxe contributos principalmente no âmbito das intervenções, mais focadas na relação de ajuda estabelecida e partindo daí para a promoção da construção do seu plano de vida. A intervenção baseada na relação de ajuda mostrou ser bastante mais bem recebida pelo utente, relativamente a outras intervenções de enfermagem, querendo com isso dizer que a estudante sentiu que a sua intervenção foi mais eficiente uma vez que o utente depositava a confiança em si, não só para o seu cuidado, mas para a colaboração no seu planeamento. O estabelecer desta confiança motivou o utente a partilhar aspetos de si que exigiam delicadeza emocional, assim como experiências de parte a parte, e compreensão. Foi um momento de crescimento pessoal marcante para a estudante, que pôde finalmente experienciar na prática os benefícios da intervenção específica do EEESMP aprendidos em contexto teórico.

Já o **registo de interação**, outro trabalho académico produzido neste contexto, revelou-se mais complexo, pois foi-lhe difícil abordar uma pessoa com doença mental para este fim específico. Quando o fez sentiu-se com postura rígida e discurso controlado, o que não refletia a sua interação usual com os utentes do serviço. Ainda assim, foi capaz de usufruir dos

benefícios que considera que o trabalho lhe trouxe: tomada de consciência de si, relativamente à sua postura, linguagem não-verbal, posicionamento, interação com o ambiente; percepção dos contributos teóricos no seu discurso, nomeadamente a forma como utilizou técnicas de comunicação aprendidas em sala de aula; reflexão sobre os conceitos inerentes à relação de ajuda, especificamente o respeito, empatia, aceitação e autenticidade; reconhecimento de sentimentos e inseguranças da própria, que influenciaram a forma como deu continuidade à interação (fenómenos contratransferências).

Concomitantemente, a estudante participou em **reuniões familiares**, conduzidas pela psiquiatra, com a presença de um EEESMP, nas quais também teve oportunidade de participar ativamente. Estas reuniões tinham como objetivo fazer um ponto de situação entre a instituição, o utente e os familiares, o planeamento para a alta e o posterior plano de vida do utente. Acabavam por ser momentos de grande tensão para o utente, que queria voltar para casa e mostrar à família a sua autonomia, que contrastavam muitas vezes com a avaliação objetiva da psiquiatra, corroborada com a avaliação da equipa de enfermagem, e com a avaliação da família, que muitas vezes demonstrava sobrecarga do cuidador.

Segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (2010), a família é indubitavelmente parte integrante do grupo, uma das partes que constituem o sistema do indivíduo que está a ser cuidado, o que torna a família foco de intervenção, seja do ponto de vista da prevenção, da manutenção ou da promoção em saúde mental. Uma vez que "...whatever happens to one member has an effect on the rest, and ultimately on the external environment as well" (Neuman e Fawcett, 2010, p. 75). O EEESMP, especificamente neste contexto atua como mediador entre a pessoa com doença mental e a família. Ele gere os sentimentos de ambas as partes e procura clarificar possíveis problemas, de forma que não se tornem em fatores stressores para o sistema pessoa.

Esta foi a atividade mais desconfortável para a estudante, pois embora considerasse um momento rico de contacto com a família do utente, de forma a poder perceber como esta perspetivava o cuidado da pessoa, eram momentos que muitas vezes não correspondiam à expectativa do utente, que voltava para a unidade triste ou frustrado.

Outra atividade em que participou foram as **reuniões multidisciplinares**. Decorriam quinzenalmente, com toda a equipa: psicólogos, psiquiatras, direção de enfermagem da IPSS, terapeutas ocupacionais, enfermeira chefe e assistente social. Nelas, todos os casos dos utentes eram discutidos, sendo possível obter uma visão holística da pessoa, composta pelos momentos vivenciados com todos os profissionais presente. Tinham como objetivo o delinear do plano terapêutico a ser proposto ao utente, bem como a percepção da sua situação financeira face à IPSS, a sua capacidade de continuidade na instituição e as suas opções de alojamento e acompanhamento futuras.

Do ponto de vista de Betty Neuman (2010), a abordagem ao utente como parte da comunidade pretende determinar, em grupo com os restantes elementos da equipa, a

avaliação, diagnósticos, planeamento e avaliação comunitária, querendo com isto dizer que a equipa passa por este processo, de forma a perceber, a cada reunião, a evolução da pessoa com doença mental, as necessidades que foram colmatadas, que mantém ou que surgiram e assim delinear o novo plano de intervenção, seja no âmbito da saúde, financeiro ou social.

O papel da estudante foi observacional e participativo, partilhando as interações e avaliações do estado mental do utente, uma vez que acompanhou os utentes de forma quase diária. Estas reuniões foram um dos momentos que a estudante mais apreciou, pois, esta visão dos outros profissionais acabava por corroborar ou contrariar a avaliação que a própria havia feito do utente, completando-a, o que mais tarde permitia a adequação das suas intervenções.

Outra atividade em que participou foram as **reuniões comunitárias**, de frequência semanal, conduzidas pela psicóloga, com a presença de todos os utentes da unidade, equipa de enfermagem e assistentes operacionais. Tinham como objetivo a partilha de sugestões e resolução de conflitos ocorridos na unidade.

À luz do Modelo de Sistemas, o trabalho com o grupo "...tends to be more growth oriented, which encourages members to explore and discover their individual strengths and assets" (Neuman e Fawcett, 2010, p. 74). A intervenção da estudante consistiu na escuta dos utentes, no incentivo à sua partilha, esclarecimento de dúvidas, mediação de conflitos. Teve também oportunidade de conduzir uma destas reuniões.

A escuta dos problemas trazidos pelos utentes, bem como a sua forma de resolução de conflitos reafirma o descrito na teoria, acerca de como a doença mental acaba por afetar todas as partes que compõe a vida da pessoa. A forma como identificam o problema, a sua incapacidade em lidar com o mesmo e a dificuldade que sentem no processo de interação social, levam a que as pessoas com doença mental não sejam capazes de resolver um conflito de forma saudável para si e para os que as rodeiam.

Relativamente à **implementação do projeto de estágio** que propõe uma intervenção sobre a interação social prejudicada, optou-se como já foi dito anteriormente por promover competências que permitissem colmatar esta necessidade, ou que, no mínimo, reduzissem o seu risco. Assim, a intervenção principal incidiu no treino de assertividade, tendo por base as técnicas de Sequeira e Sampaio (2020).

No desenvolvimento do programa de treino de assertividade, foram concomitantemente realizadas as seguintes atividades: as sessões de treino de assertividade (baseado nas técnicas de Sequeira e Sampaio (2020)), reuniões com a EEO para discussão de casos clínicos, observações objetivas dos utentes e do seu comportamento diário e avaliações do estado mental e entrevistas aos utentes antes de ingressarem no grupo aberto.

A estrutura do planeamento das sessões para o programa de treino de assertividade foi semelhante à do estudo de Ustun e Kucuk (2020). Segundo as autoras, a sessão deve iniciar-

se com um momento de relaxamento ou de aquecimento, com a duração de cerca de dez minutos, onde podem ser discutidos brevemente o conteúdo e aprendizagens de sessões anteriores. Depois, durante sessenta minutos desenvolve-se a sessão em si, que inclui a contextualização da mesma, o seu objetivo, a sua mediação, a demonstração/dramatização/atuação por mediadores expressivos, em suma o treino de assertividade com o grupo. Por fim, faz-se a avaliação e conclusão da sessão, com a duração de cerca de dez minutos, na qual os participantes são incentivados a partilhar emoções, sentimentos e pensamentos que a sessão tenha despoletado.

O programa do treino de assertividade, cujo planeamento pode ser consultado no APÊNDICE II foi então composto por oito sessões, implementadas semanalmente e com a duração de cerca de sessenta minutos, por forma a não sobrecarregar os utentes e a ter alguma flexibilidade sobre imprevistos. De acordo com a avaliação prévia da equipa de enfermagem, foram convidados a participar todos os utentes (grupo aberto) que assim o quisessem, desde que o seu comportamento fosse adequado à presença em grupo (contacto sintónico e sem sinais de agressividade). Optou-se pelo trabalho em grupo pois "...members of groups are helped to develop and strengthen resources so that they can transport these to the outsider world (Neuman e Fawcett, 2010, p. 74), o que potencia o desenvolvimento das competências de comunicação assertiva através da criação de um ambiente seguro de partilha.

As atividades foram dinamizadas pela estudante, com o apoio da EEO, tendo por base as técnicas de treino de assertividade propostas por Sequeira e Sampaio (2020) e Querido et.al. (2020). Iniciaram sempre com um momento de quebra-gelo, seguido da atividade em si, terminando com um momento de reflexão em grupo, na qual os participantes partilhavam sentimentos e aprendizagens.

- **Atividade 1** "*Eu e eu*", baseada na técnica "5 Eu" (eu vejo, eu quero, eu penso, eu pretendo e eu sinto) de Sequeira e Sampaio (2020). Esta é uma técnica na qual a pessoa "...descreve a situação, exprime o que pensa sobre a mesma, expressa sentimentos positivos e negativos, especifica o seu pedido e determina as consequências que pretende obter da mesma" (Querido et.al., 2020, p.3). Segundo Sequeira e Sampaio (2020), o "ver" permite a descrição objetiva, o "querer" promove a tomada de decisão, o "pensar" promove a análise e interpretação do contexto, o "pretender" descreve a motivação e o "sentir" explora a emoção. Assim, a atividade teve como objetivo promover a consciencialização de si e da sua capacidade de expressão através da partilha para o grupo das cinco características.

Esta atividade produziu resultados um pouco diferentes do esperado pela estudante, pois os participantes em vez de enumerarem algumas características positivas, focaram-se maioritariamente em características negativas. Funcionou, de acordo com os utentes presentes, como uma atividade diagnóstica, na qual um participante verbalizou "pude olhar para mim, para dentro" (sic.) e outro acrescentou "pude pensar em partes de mim em que não

pensava há muito” (sic.). Alguns participantes choraram durante a atividade, tendo um partilhado na reflexão de grupo que tal se deveu, como verbalizou um utente a “pensar em mim de uma maneira positiva, normalmente não o faço” (sic.). No final da atividade concluíram que foi difícil dizer algo positivo sobre si, dado que alguns participantes só conseguiram encontrar características negativas. Das partilhas, salientam-se os desejos de melhoria em relação à doença, de voltar para casa, de não depender de familiares, de não se considerar um fardo para a família e de ser melhor pessoa.

- **Atividade 2** “*Estás a ouvir?*” Baseada na técnica do disco riscado de Sequeira e Sampaio (2020). Esta é uma técnica que permite manter o “...ponto de vista pessoal, ignorando as interrupções ou provocações que possam surgir da parte do interlocutor” (Querido et.al., 2020, p.6). Segundo Sequeira e Sampaio (2020), promove o desenvolvimento da persistência no objetivo/ponto de vista, manutenção do tom de voz e clarificação do discurso, ferramentas essenciais à assertividade. Esta atividade foi desenvolvida com o objetivo de promover o autocontrolo da agressividade e impulsos em situações de stress através da dramatização.

Inicialmente os utentes partilharam situações do dia-a-dia, as quais lhes pudessem causar sentimentos de raiva. Selecionaram-se duas situações: alguém cortar a fila do supermercado e alguém não apanhar os dejetos do cão do chão. Foram em primeiro lugar abordados os diferentes tipos de comunicação (agressivo, assertivo, manipulador e passivo), e em seguida cada um dos utentes partilhou a forma como normalmente reage numa situação como as descritas, identificando assim o seu estilo de comunicação predominante. Depois, foram exemplificados modelos de resposta assertiva através de dramatizações, tanto pela estudante como pelos participantes.

Os resultados da sessão foram positivos, os participantes foram capazes de reconhecer em si os tipos de comunicação que mais utilizam e perceber qual a diferença entre os estilos de comunicação. Foi afirmado por um participante uma frase marcante “comportamento gera comportamento” (sic.), o que levou à reflexão de grupo, que incidiu sobre a forma como o comportamento do outro tem efeito positivo ou negativo no próprio, tendo outro participante referido “quando falam mal comigo, eu respondo mal de volta” (sic.), outro participante disse que “se falarem mal comigo eu fico triste, mas não sou capaz de dizer nada” (sic), e ainda outra contribuição “é difícil pedir desculpa, admitir que estamos errados” (sic). Esta atividade teve uma duração de mais 10min em relação ao previsto, pois os participantes estavam motivados para a partilha e reflexão e não estava calendarizada outra atividade no momento seguinte.

- **Atividade 3** “*Escudo protetor*”, baseado na técnica do colete de Sequeira e Sampaio (2020). Esta é uma técnica que “permite aceitar a opinião dos outros, mesmo sem concordar (...) aceitar a sua possibilidade sem “contra-atacar”, dando indicação ao outro de que não

ficou perturbado com a sua crítica, mas que esta será analisada” (Sequeira e Sampaio, 2020, p.200). Assim, a atividade teve como objetivo a promoção da autoproteção e empoderamento face à crítica negativa, através de uma dramatização com troca de papéis, na qual através de um objeto mediador são demonstradas atitudes assertivas face à situação apresentada.

Nesta atividade os participantes escolheram uma situação que tivesse acontecido no serviço, nomeadamente com a equipa multidisciplinar (a pedido da EEO), na qual se tivessem sentido desadequadamente criticados. Depois, recorrendo ao roleplay e à troca de papéis, a situação foi dramatizada pelos utentes e pela estudante.

Como resultados, obtiveram-se contribuições por parte dos participantes, tais como: “reconhecer que estou errado não é fácil, e sinto-me pior quando apontam isso em mim” (sic.), “as críticas até podem ser boas, mas muitas vezes é a maneira como são feitas que estraga tudo” (sic.). Os participantes partilharam ter conseguido diferenciar uma crítica feita de forma assertiva como uma possível oportunidade de crescimento e entenderam como devem ter cuidado para criticar o outro de forma assertiva ao invés de agressiva, promovendo também o seu crescimento.

- **Atividade 7 “*Eu importo*”**, inspirado na técnica “5 Eu” de Sequeira e Sampaio (2020). Baseada na técnica já descrita, esta pretende ser uma variante, na qual em vez de falar do que vê, o que quer, o que pensa, o que pretende, o que sente, a pessoa com doença mental fala da sua importância para si e para os que a rodeiam. Assim, a atividade teve como objetivo promover a autoestima para que possa ser utilizada como fator protetor, através da elaboração de um auxiliar de memória individual de como a pessoa é importante para si e para os que a rodeiam.

Sendo a penúltima atividade, a estudante quis que os utentes ficassem na posse de uma “constelação” que pudessem consultar sempre que necessitassem de relembrar as suas motivações. Assim, numa folha A4, cada pessoa representou-se por escrito (nome) ou por desenho no centro da mesma. Em volta, em palavras ou frases soltas pela folha, escreveu várias variantes das características dos “5 Eu”, sendo que a única regra é que deveriam ser apenas características positivas. Por fim, a pedido de alguns participantes, adicionaram também as suas motivações. Para terminar a atividade, todas as características foram ligadas entre si ou ao “eu”, de forma livre, com o intuito de formar uma constelação em que as frases eram as estrelas e a pessoa o centro.

Esta atividade foi outra que despoletou algumas lágrimas entre os participantes que referiram novamente: “pensar sobre mim positivamente não é uma coisa que faça muitas vezes” (sic), “escrever isto faz-me sorrir e ter esperança para o futuro” (sic.), “o que escrevi aqui é o que quero a curto prazo, ir para casa e estar com a minha família, mas estar bem” (sic.). Observou-se que muitas vezes os utentes tinham dificuldade em atribuir características a si próprios, entreajudando-se: “eu acho que és boa pessoa” (sic.) “escreve que vais

conseguir ficar bem, eu sei que vais” (sic.). Observou-se que em contextos nos quais havia partilha de sentimentos, os participantes tornavam-se mais tolerantes.

- **Atividade 8** “*Quadro Motivacional colaborativo “Eu sou assertivo”*”, inspirado nas técnicas de Sequeira e Sampaio (2020). Esta técnica funcionou como um mediador expressivo para que as pessoas pudessem refletir sobre o desenvolvimento pessoal que sentiram com o decorrer das atividades, ficando com um auxiliar de memória coletivo para os ganhos com o uso da comunicação assertiva. Assim, a atividade teve como objetivo concluir a intervenção, sendo um reflexo das competências desenvolvidas, através da elaboração de um quadro colaborativo para expor, em que cada participante coloca uma competência que desenvolveu durante as sessões.

Sendo esta a última sessão desenvolvida do treino de assertividade, teve o intuito de deixar um quadro que marcasse a realização do programa no serviço e o trabalho desenvolvido pelos seus participantes. Ao pedido para que deixassem uma frase acerca do que aprenderam, para os utentes que viessem depois, a maioria dos participantes mostrou-se interessado em escrever, alguns até querendo escrever mais do que uma frase.

Algumas das frases destacaram-se, tal como: “Não pense que está só” (sic.), “nunca perca a esperança” (sic.), “a vida é bela, devemos olhar para ela como um copo meio cheio” (sic.), “que a compreensão seja a base dos relacionamentos” (sic.) e “ama-te e respeita os outros como a ti mesmo” (sic.). Na reflexão final com os utentes, estes concluíram que as sessões contribuíram para que tomassem consciência dos seus estilos de comunicação e de como estes afetam as suas interações sociais e que lhes deram ferramentas para tentarem ter uma comunicação mais assertiva. Concluíram ainda que a comunicação assertiva contribui para a prevenção de conflitos e conseqüentemente para o seu bem-estar pessoal “sou capaz de dizer aquilo que quero, sem me deixar ficar, mas sem ser agressiva para ninguém, com respeito” (sic).

Três das atividades, nomeadamente a **Atividade 4** “*Contrato agridoce*”, baseado na técnica do acordo assertivo, a **Atividade 5** “*Devoluções*”, baseado na técnica da pergunta assertiva, ambas de Sequeira e Sampaio (2020) e a **Atividade 6** “*O ringue*”, inspirado nas técnicas de Sequeira e Sampaio (2020) não puderam ser implementadas pelo facto de a equipa de enfermagem ter avaliado o grupo de utentes presentes em internamento e, de forma unânime, considerar que naquelas três semanas não estiveram reunidas as condições para a realização da atividade com benefício para os participantes. Esta avaliação foi feita através do estado mental, emocional e cognitivo dos utentes (avaliações diárias), que não reuniam condições para permanecer em atividade por cerca de uma hora e também pela demonstração de comportamentos agressivos por parte de vários utentes, exigindo atenção redobrada e mobilização de recursos. O planeamento destas três atividades pode, no entanto, ser consultado no APÊNDICE II.

Sendo uma abordagem cognitivo-comportamental, a implementação do projeto centrou-se nas potencialidades dos participantes, utilizando atividades psicoterapêuticas e psicoeducativas para valorizar as suas qualidades e capacitá-los para uma interação social de sucesso. A estudante, como dinamizadora, mediadora e educadora procurou, à luz do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (2010), olhar para o grupo como um conjunto de sistemas individuais, cada um com os seus stressores e fatores protetores que, na sua dimensão de comunidade, se interligam, representando o grupo. A sua intervenção permitiu atuar sobre os fatores de crescimento e flexibilidade nos níveis de prevenção primária, fortalecendo a linha de defesa da pessoa com doença mental e na prevenção terciária, reeducando para a prevenção de acontecimentos futuros. Teve em conta as necessidades de cada indivíduo incluído no grupo, pois tal como refere a autora, “The central goal of counseling groups is remediation and prevention” (Neuman e Fawcett, 2010, p. 74).

Uma vez que “Group members provide emotional support and environment safety where members can explore issues...” (Neuman e Fawcett, 2010, p.74), existe um equilíbrio ténue entre aquele que pode ser considerado pelos utentes um ambiente de partilha seguro ou não. Esta é uma das variáveis com alto potencial de se tornar um stressor, tanto pelo espaço em si, tanto pela partilha com outros utentes. A estudante tentou então criar um cenário terapêutico para os participantes, promotor da partilha e confiança, com o intuito de desenvolvimento de competências de comunicação e sentimento de partilha. No entanto, ao longo do desenvolvimento das atividades, este revelou-se mais do que isso, incluindo também a promoção do insight, autoconhecimento e autoestima dos participantes, tal como foi partilhado por eles: “Normalmente não gosto de falar de mim, mas sei que estamos aqui para isso, sinto-me bem em partilhar convosco que estão aqui internados comigo” (sic), “Estamos todos aqui fechados, estamos aqui para melhorar, curar os nossos problemas” (sic) e “Eu posso partilhar, se calhar alguém acha o mesmo que eu” (sic).

À luz do Modelo de Newman (2010), a interação entre a pessoa e o seu ambiente será sempre dependente de variáveis diversas, sobre muitas das quais a pessoa não tem controlo, transformando-se em fatores de stress. Assim, as influências ambientais são mitigadas através do trabalho interno da pessoa, neste caso no âmbito das habilidades de comunicação, pretendendo um maior autoconhecimento e capacidade de interação social.

Como forma de documentar a evolução verbalizada pelos participantes relativamente às competências de comunicação e mais especificamente à comunicação assertiva, foram elaboradas pela estudante notas de campo ao longo das sessões. Inicialmente, começaram por identificar em si as suas limitações e aspetos sobre os quais gostariam de incidir dentro da temática da comunicação. Mais tarde, depois de identificarem os seus estilos de comunicação, desenvolveram também capacidade de reconhecimento das suas dificuldades comunicacionais, normalmente ligada ao estigma sobre si próprios, levando à passividade ou

à baixa tolerância à frustração e conseqüentemente a agressividade. Desenvolveram também estratégias de resolução de conflitos, de coping e de comunicação assertiva e reconhecimento de direitos e deveres para a vivência em comunidade, promovendo assim a interação social eficaz. Houve verbalização de mudanças relativas à aceitação da crítica, à gestão do controle do impulso de agressividade, receptividade em escutar a perspectiva do outro, consideração pela opinião do outro e identificação de sentimentos positivos e negativos face às situações experienciadas.

Paralelamente, foram observados também desenvolvimentos na promoção da autoestima, tanto por parte dos próprios como entre si, elogiando-se uns aos outros. Houve verbalizações de percepção da valorização de si em situação de conflito: “eu sei que estou certo nesta situação, devo manter a minha posição e responder, mas de forma educada” (sic); e do empoderamento da pessoa como único agente ativo na escolha do comportamento a adotar e da forma como este influencia os que a rodeiam, ou seja, do sentido de responsabilidade: “só conseguimos controlar o nosso comportamento, depois temos é de lidar com a reação da outra pessoa” (sic)

Assim, com base nos indicadores de Nursing Outcome Classification (NOC) para a Habilidade de Interação Social (Moorhead, 2014), foi possível encontrar resultados positivos principalmente nas áreas da receptividade, consideração e sensibilidade à partilha do grupo, aquisição de estratégias de coping e resolução de conflito e promoção da autoestima, em suma, desenvolvimento das habilidades de interação social.

De acordo com Riley (2004) e Fachada (2010), nenhum indivíduo nasce com competências de comunicação assertiva, pelo que esta deve ser desenvolvida, exigindo aprendizagem contínua, tempo e prática, ao longo da sua vida. Sendo que este programa foi aplicado num espaço de tempo limitado e as atividades não solucionam a problemática encontrada, mas contribuem para a sua resolução, os utentes que participaram irão beneficiar da continuidade da prática do treino de assertividade como ferramenta de promoção da interação social eficaz.

Por outro lado, é benéfico, principalmente quando se trabalha com pessoas com doença mental, já de si vulneráveis pelo seu diagnóstico clínico, que a prática seja feita entre pares e entre participantes e dinamizadores. Segundo Carrilho (2008), uma parceria é o processo através do qual duas ou mais entidades se relacionam, com um objetivo comum, pelo que existem duas parcerias que irão influenciar os benefícios deste projeto: As parcerias entre utentes nas atividades e a parceria entre os utentes e as dinamizadoras para promoção de confiança e partilha.

A pedido da EEO, foi deixado no local de estágio o programa de treino de assertividade, com o planeamento das sessões, de modo que as atividades possam ser adaptadas aos participantes e assim replicadas, beneficiando um maior número de utentes.

2. Contexto comunitário

O estágio neste contexto decorreu de 26 de novembro de 2022 a 10 de fevereiro de 2023.

2.1. Caracterização do local de estágio

O segundo local de estágio resulta da articulação entre o Centro Hospitalar Psiquiátrico, o Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM) da cidade, os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas comunitárias do concelho. Tem como objetivo prestar cuidados de saúde mental e psiquiátrica a cerca de 108.000 cidadãos (SNS, 2023), através de uma equipa multidisciplinar, com metodologia de gestão de caso.

Tem como projetos: o treino socio-ocupacional (“Fórum”) que funciona com atividades de terapia ocupacional como pintura, dança e costura durante o período da manhã; as consultas de enfermagem, psiquiatria e psicologia; o atendimento de serviço social e a área de dia (Reabilitação Psicossocial). As atividades de enfermagem consistem essencialmente nas consultas, na administração de injetáveis depot e no programa de intervenção em saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. Foi no programa de contexto domiciliário onde o estágio decorreu com maior incidência.

O programa é destinado a utentes com doença mental grave, cuja incapacidade psicossocial e dependência os impeça de se dirigirem ao Centro de Saúde, de forma a receber o cuidado de Saúde Mental de que careçam. Tem assim como missão a “...redução do impacto da doença mental grave através da intervenção em contexto domiciliário e da criação e/ou mobilização da rede de suporte social, numa perspetiva de acessibilidade e de integralidade de cuidados, baseando-se na interdisciplinaridade e na gestão de caso” (SNS, 2022). A referência para a integração da pessoa neste programa depende de três aspetos: a presença de doença mental grave diagnosticada, a referenciação da pessoa ao programa, que pode ser feita por qualquer pessoa e o consentimento da pessoa em querer ser visitada pela equipa.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram, segundo a NANDA (2015): Autocontrolo ineficaz da saúde relacionado com manutenção ineficaz da saúde, com controlo de impulsos ineficaz e com comportamentos de saúde propensos a risco; Autonegligência; Processos familiares disfuncionais ou interrompidos; Interação social prejudicada, relacionado com relacionamento ineficaz e com isolamento social; Enfrentamento ineficaz (comunitário e familiar); Falta de adesão (terapêutica, a atividade recreativa, a atividade laboral).

A equipa é composta por duas EEESMP, médicos (psiquiatras e psicólogos), e assistente social. A intervenção de enfermagem consiste: no estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa, para que esta veja o profissional como um aliado no planeamento e execução do

seu plano terapêutico individual; na articulação de visitas domiciliárias acompanhadas da restante equipa multidisciplinar e por vezes a mediação das referidas visitas; na vigilância da adesão terapêutica da pessoa e na avaliação constante do seu estado mental, podendo ter de promover o encaminhamento da mesma para a urgência hospitalar ou por outro lado para uma tentativa de consulta na sede, passando a pessoa para regime de consulta externa.

2.2. Intervenções desenvolvidas

Neste contexto, a dinâmica da prestação de cuidados à pessoa com doença mental revelou-se bastante diferente em relação ao contexto hospitalar vivenciado, tal como era esperado. Houve participação em diversas atividades, tais como: reuniões familiares, reuniões multidisciplinares, visitas domiciliárias, grupos terapêuticos comunitários, consultas de enfermagem e administração de injetáveis depot, consultas de psiquiatria (observação), entre outras.

Nas **consultas de enfermagem**, normalmente em semanas desfasadas das consultas médicas, o EEESMP tem como objetivo a avaliação do estado geral e mental do utente, a avaliação da sua adesão terapêutica e o relato de possíveis efeitos secundários da medicação que impliquem articular com a psiquiatria para ajuste terapêutico. Pretende-se também a manutenção da relação de ajuda entre enfermeiro e utente, promovendo que este expresse as suas preocupações, sentimentos e receios, de forma a poder definir em conjunto estratégias de coping. Muitas vezes, quando os utentes vêm acompanhados de uma pessoa significativa, é também possível perceber a visão do cuidador face à adaptação da pessoa à terapêutica, as suas capacidades e dificuldades face às atividades diárias e muitas vezes também detetar alguma sobrecarga do cuidador, despoletando assim a referenciação para apoio do mesmo (consulta externa para o próprio ou grupo multifamílias).

A relação de ajuda que se estabelece entre os interlocutores (enfermeiro, pessoa com doença mental, família) é a base de qualquer intervenção de enfermagem, sendo, portanto, uma relação profissional e intencional na qual “O interveniente está atento ao conteúdo desta comunicação e ao serviço oferecido, mas também, ao modo de o oferecer e à forma como o cliente o recebe e reage perante ele” (Chalifour, 2008, p.28).

A administração de injetáveis depot é muitas vezes integrada num destes momentos de consulta, permitindo uma otimização de recursos do serviço. A atividade da estudante passou pela gestão de consultas e de dias designados para a administração de injetáveis, tendo aproveitado estes momentos para estabelecer uma relação com os utentes, apresentando-se e disponibilizando-se, fazendo a avaliação do seu estado geral e mental, que discutia posteriormente com a EEO.

O **grupo terapêutico comunitário**, neste contexto designado por “grupo multifamílias” era composto por familiares de utentes provenientes do CCSM, em parceria com utentes provenientes do projeto “Espaço do Cuidador” de uma das Unidades de Cuidados à Comunidade da área de abrangência desta. Em comum, estas pessoas têm o facto de serem ou já terem sido cuidadores formais ou informais de algum utente destas duas unidades, tendo sido proposta a sua participação no grupo, por se achar benéfico que usufruam de um momento de lazer/formação/partilha. O grupo funciona mensalmente, contando com doze temas de sessões, organizados num programa proposto no início do ano. Assim, cada cuidador pode escolher as sessões em que quer participar, como posicionamentos e mobilizações, primeiros socorros, nutrição à pessoa com recusa alimentar/acamada, sinais de alarme da alteração de comportamento, esclarecimento de dúvidas relativas ao processo do maior acompanhado, lidar com sentimentos de insegurança no cuidado ao outro, etc. Deste modo cria-se um espaço de partilha de experiências e de aquisição de competências, que permite aos cuidadores sentirem-se motivados, muitos referem ser uma “justificação” (sic) para saírem de casa, de junto da pessoa que cuidam, terem este “momento de descontração sem me sentir culpado” (sic) ou “por estar a tirar um momento para mim, sem serem as tarefas como ir ao supermercado” (sic). A intervenção do EEESMP centra-se no apoio à família como parte do sistema da pessoa com doença mental, enquadrando-se, segundo a Teoria dos Sistemas, na prevenção primária do desequilíbrio da pessoa cuidada, pois reforça as linhas de defesa e de resistência da mesma. Assim, “...interventions for the family focus on retaining, maintaining, and obtaining family system stability and wellness” (Neuman e Fawcett, 2010, p.74). Ao intervir com a família, o EEESMP está a capacitá-la para viver com a pessoa com doença mental, protegendo-a e ao sistema família dos stressores e conseqüentemente do desequilíbrio familiar,

“...whatever happens to one member has an effect on the rest, and ultimately on the external environment as well. As the group grows together, each individual within the group helps to define the larger entity by his or her interactions as the individual becomes ever more part of the composite” (Neuman e Fawcett, 2010, p.75).

A atividade da estudante centrou-se no acolhimento dos cuidadores, alguns já seus conhecidos das visitas domiciliárias ou de consultas de enfermagem, e no estabelecimento de relações terapêuticas com os mesmos. No final de cada sessão, foi reservado um momento em privado para os cuidadores, caso o solicitassem.

As **reuniões familiares**, normalmente realizadas pela enfermeira, o psicólogo e por vezes também a médica psiquiatra, pretendem perceber quais as necessidades sentidas e verbalizadas e construir em parceria com o utente e família um plano de saúde individual/plano de saúde familiar (holístico). Estas reuniões permitem um espaço seguro para que os utentes e as suas famílias possam expressar ou verbalizar sentimentos e inseguranças, sendo esta

partilha mediada pela equipa. São essenciais para que o EEESMP, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (2010), seja o agente facilitador que cria a estrutura para que a família possa sentir segurança na partilha e na aprendizagem de competências para o funcionamento saudável do sistema.

Neste contexto de estágio as **reuniões multidisciplinares** ocorreram não só entre a equipa do CCSM, mas também com outras entidades envolvidas nos processos complexos dos utentes, por exemplo a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, a Santa Casa da Misericórdia, entre outras estruturas da comunidade. Nestas, a estudante acabou por ter um papel maioritariamente de observação, o que também discutiu com a orientadora. Sentiu que já havendo tanta gente a participar diretamente com o utente/utentes e família, que se tornava demasiado avassalador para o mesmo, com o que a EEO concordou. Aprendeu com a intervenção da equipa multidisciplinar, nomeadamente o trabalho em articulação/parceria com as estruturas e a constante reafirmação do apoio prestado e disponibilidade. Já os planos terapêuticos individuais ali formalizados, funcionam como um contrato entre a equipa e a pessoa, sendo escritos pela mesma, como uma lista de tarefas a ser cumprida, relativamente a diversas áreas da sua vida, como objetivos a curto prazo, chamados pelo psicólogo como “*baby steps*”.

Destaca-se o **programa de visitas domiciliárias no contexto de saúde mental**, subordinado a três critérios. Inicialmente, o indivíduo que referenciou a pessoa com doença mental torna-se o elemento de ligação à equipa ou sugere uma pessoa de referência. Tal serve para que o enfermeiro tenha uma visão global da situação e assim poder preparar a sua intervenção. Em segundo, é necessário que a pessoa tenha doença mental grave, ou seja, que devido às manifestações da doença não seja capaz de sair de casa para se deslocar até à consulta. Por fim, e o mais importante, é necessário o consentimento informado da pessoa. Este é o início da relação de ajuda, que só se poderá estabelecer se existir confiança entre ambas as partes. Uma vez inserido no programa, o utente é contactado e visitado primeiro pela EEO, que faz a sua avaliação inicial. Posteriormente, apresenta o caso à equipa e, se necessário, sugere uma visita multidisciplinar, normalmente composta por dois ou três técnicos no máximo. A partir daí, a intervenção é feita com a frequência que a equipa considerar necessária, com um técnico mediador da visita, normalmente o psicólogo, e um segundo técnico que o auxilia, normalmente o enfermeiro. É construído o plano terapêutico individual com a pessoa e delineadas as etapas para que possa atingir os seus objetivos, no sentido de a motivar.

Este foi o programa que mais contribuiu para o desenvolvimento da estudante, uma vez que foi uma realidade nunca experienciada, na qual teve a perceção do impacto que a doença mental tem nas atividades de vida diárias da pessoa, especificamente no seu espaço pessoal. A observação da dinâmica das visitas domiciliárias permitiu perceber as variantes a ter em conta no momento de interação e principalmente da imprevisibilidade das mesmas. No

entanto, a estudante sentiu dificuldade em interagir com a pessoa nestes momentos, dado o limite temporal de cerca de uma hora para a interação da dinâmica bastante delicada existente entre os elementos da equipa, que pretendia o equilíbrio entre a motivação e a vulnerabilidade da pessoa. Este constrangimento foi alvo de reflexão com a EEO, que sugeriu à estudante iniciar a sua intervenção a partir da expressão de reforços positivos.

A intervenção do EEESMP neste projeto assenta, portanto, na interação com a pessoa no seu ambiente, de certa forma protegendo-a de stressores. A pessoa com doença mental que se encontra incapaz de sair de casa é uma pessoa que sente o exterior como um stressor do seu equilíbrio, seja pelo contacto físico com objetos estranhos, estímulos sensoriais, contacto social, entre outros. Deste modo, o enfermeiro, à luz da Teoria dos Sistemas, "...considers the occurrence of stressors, the reaction or possible reaction of the client to stressors, and the particular client as a system, taking into consideration the simultaneous effects of the interacting variables" (Neuman e Fawcett, 2010, p.13). O EEESMP atua, segundo a mesma autora, na prevenção primária do desequilíbrio, reduzindo a possibilidade de confronto entre a pessoa com doença mental e os seus stressores.

Ao longo do estágio contou-se com o apoio da EEO, sempre disponível para acompanhar o processo reflexivo e principalmente promover a expressão de sentimentos, dado ser uma das dificuldades da estudante, a qual reconhece ter evoluído de forma positiva graças às aprendizagens neste contexto. Teve oportunidade de refletir: sobre as questões da disponibilidade de recursos em internamento de saúde mental versus recursos comunitários em saúde mental; sobre questões que se revelaram ter por base algum estigma da estudante, adquirido em contextos de trabalho passados e vivências pessoais; e sobre limitações desta área de atuação que despoletaram sentimentos de revolta e frustração. Algumas destas reflexões foram redigidas em formato de jornais de aprendizagem.

Houve também oportunidade de participar num **webinar dedicado ao tema da Saúde Mental**, no qual a estudante foi desafiada a produzir, em conjunto com as EEO de ambos os locais de estágio, um poster sobre o estudo de caso elaborado no primeiro local de estágio, que foi posteriormente exibido num Encontro Anual de Saúde Mental.

Assim, a estudante considera que o maior contributo deste estágio para a sua formação académica e pessoal foi a perceção do real valor da relação de ajuda entre o enfermeiro e o utente aquando da visita domiciliária em contexto de saúde mental. Este programa ainda pouco implementado na comunidade, permite que o EE entre e partilhe do espaço físico do utente, reflexo da sua saúde mental. Este momento é marcante para o percurso de manutenção saudável da doença, uma vez que "...the client (...) is a dynamic composite of the interrelationships of variables (...). Wellness is on a continuum of available energy to support the system in an optimal state of system stability" (Neuman e Fawcett, 2010, p. 14).

CAPÍTULO III. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, pretende-se refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo do estágio, mas também a componente teórica do percurso formativo.

Iniciando com as **competências do Grau de Mestre**, a estudante desenvolveu o seu trabalho sustentado na pesquisa científica, tendo com isso aprofundado o conhecimento que tinha da área, procurando utilizar bibliografia pertinente e atual. Já no estágio, isto é evidenciado através da pesquisa que baseou a sua intervenção junto da pessoa com doença mental, principalmente aquela que sustentou o projeto de intervenção e posteriormente o relatório, bem como nos trabalhos académicos, nomeadamente jornais de aprendizagem, estudo de caso, registo de interação e poster.

Mostrou "Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo" (Decreto-Lei nº. 63/2016, p. 3174), em ambos os contextos de estágio, principalmente tratando-se de uma área da saúde na qual não tinha experiência profissional. No entanto, este percurso foi suportado pelas EEOs, através de momentos de reflexão, discussão de casos clínicos, questões éticas, entre outras.

Demonstrou "Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem" (Decreto-Lei nº. 63/2016, p. 3174), ao lidar com as situações discutidas nas reuniões familiares e multidisciplinares em ambos os contextos, com implicações sociais e comunitárias que limitavam os recursos da pessoa com doença mental.

Quanto à competência "Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº. 63/2016, p. 3174), isso foi possível através da aplicação do programa de treino de assertividade, no qual não só dinamizou um grupo aberto durante várias sessões, como foi capaz de comunicar, transmitindo conhecimento, técnicas e estratégias e partilhando experiências e sentimentos. Elaborou também um poster que esteve exposto num Encontro Anual de Saúde Mental.

Relativamente às competências comuns adquiridas como **Enfermeiro Especialista**, a estudante demonstrou desenvolvimento no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através, por exemplo, da procura do consentimento informado dos utentes para a participação tanto nas sessões do programa de treino de assertividade, como nos seus

trabalhos acadêmicos, estes últimos sempre garantindo o sigilo dos envolvidos e da instituição.

Desenvolveu a competência da melhoria contínua da qualidade através da participação em momentos de formação, como por exemplo a presença em webinars e congressos da área, tanto institucionais como externos.

As competências no domínio da gestão dos cuidados foram das mais desenvolvidas, dado a estudante não ter experiência de liderança anterior. O acompanhamento da EO em contexto de internamento, que era também a Enfermeira Chefe da Unidade contribuiu para que tivesse uma perceção diferente daquele que é o trabalho de chefia e gestão de uma Unidade. Já a oportunidade de dinamizar grupos terapêuticos e uma reunião comunitária deu-lhe alguma perceção do que é a liderança e gestão de um grupo de utentes, o que admite ter considerado mais complexo do que inicialmente idealizou. É um domínio de competências que gostava de ter desenvolvido mais durante o seu percurso académico, mas, no entanto, considera que existiam competências com maior potencial de desenvolvimento no imediato, podendo esta ser posteriormente desenvolvida em contexto laboral.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estas espelharam-se no investimento que teve na exploração dos seus sentimentos, uma das suas dificuldades ao longo desta etapa. Contou novamente com o apoio das EO para a ajudarem a refletir sobre situações da prática clínica que despoletavam maioritariamente sentimentos negativos, auxiliando-a a guiar o seu pensamento para o seu dever como enfermeira, ou seja, para as intervenções que poderia efetivamente utilizar para ajudar aquela pessoa ao seu cuidado a ser, estar e sentir-se no seu melhor. As suas vivências passadas, pessoais e profissionais, a sua personalidade objetiva e racional e a sua falta de experiência na área da saúde mental foram identificadas pela estudante como as principais barreiras para ultrapassar esta dificuldade na expressão dos seus sentimentos face às situações da prática clínica. No entanto, reconheceu que essa dificuldade poderia acabar por influenciar os cuidados prestados, daí a preciosa ajuda das EEOs.

Relativamente às competências específicas do **Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**, a estudante demonstrou desenvolvimento no que diz respeito a “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428) ” através de todo o seu processo formativo. Inicialmente nas aulas teóricas, aquando de inúmeras atividades individuais, a pares e em grupo que seriam depois mais tarde utilizadas com os utentes ou através de trabalhos académicos de unidades curriculares como Desenvolvimento Pessoal e Profissional, que desafiaram a estudante a expor-se para além daquilo que considerava confortável em contexto académico. A aquisição desta competência foi sentida como a base para o desenvolvimento das

restantes, ajudando a compreender o outro no seu processo de saúde-doença. Para desenvolver esta competência, a estudante foi então desafiada pela professora orientadora a expressar os seus sentimentos em mais do que uma ocasião, dado esta ter sido identificada como a sua maior dificuldade. Compreendia os seus processos internos, as suas limitações e potencialidades, no entanto, tinha grande dificuldade em expressá-los, pelo que trabalhou esta competência durante todo o estágio, com a ajuda das EEOs, refletindo com elas e trabalhando especificamente a capacidade de identificar e explicitar o que sentia. Um dos maiores desafios foi a confrontação de como a sua dificuldade em expressar os seus sentimentos estava a afetar a sua prática de cuidados. Esta confrontação por parte das orientadoras de estágio, fez com que, apesar de difícil, expressa-se os seus sentimentos publicamente, no sentido de se tornar melhor profissional. Tinha, no entanto, facilidade em aplicar a técnica da partilha de si, dado ser uma técnica que baseava em factos e não em sentimentos e na qual via real benefício imediato na pessoa, que se sentia compreendida e validada. Assim, continua a identificar esta como sendo a competência na qual tem maior dificuldade e será parte de um trabalho contínuo no qual se irá empenhar, seja qual for o seu contexto de cuidados, pois só quando o profissional está cuidado é que consegue cuidar da pessoa com qualidade.

A segunda competência, “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428), foi desenvolvida maioritariamente através das reuniões multidisciplinares, reuniões familiares, reuniões comunitárias e reuniões de grupo comunitário. A estudante sentiu que em contexto de grupo, tinha maior facilidade em recolher informação, fosse relativa à situação da pessoa, à observação das relações estabelecidas entre intervenientes ou através da linguagem não-verbal. Já as reflexões com as EEOs, bem como os trabalhos académicos realizados permitiram espelhar o desenvolvimento desta competência. Assim, foi esta competência que ajudou também ao desenvolvimento das restantes, pois só com a colheita de informação completa do utente e da situação a intervir, é possível a identificação das necessidades da pessoa, o sentimento de compreensão e empatia pela mesma e a avaliação das suas vulnerabilidades e potencialidades, preparando a intervenção de enfermagem a partir destas bases. Salientam-se também a observação de consultas de psiquiatria e a participação em consultas de enfermagem e visitas domiciliárias que contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Na competência, “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428), esta foi desenvolvida durante o estágio, ao avaliar a pessoa, percebendo quais as suas necessidades e elaborando um plano de cuidados para poder intervir com a mesma no seu plano de saúde individual. No entanto, espelha-se formalmente através dos trabalhos académicos, nomeadamente o estudo de caso, as notas

de campo do projeto de intervenção e os jornais de aprendizagem. Também as reuniões com as EEOs promoveram a discussão de casos clínicos e adequação de intervenções planejadas, assim como as reuniões multidisciplinares como uma avaliação dos utentes de forma mais holística. Já as reuniões com a professora orientadora foram úteis no desenvolvimento desta competência, pois deram uma visão objetiva do que foram as reflexões da estudante, mostrando outros pontos de vista e levantando questões sobre a mesma situação, potenciando assim a reflexão.

Relativamente a “prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento nº. 515/2018, p. 21430), esta competência foi desenvolvida através das interações com os utentes, pautadas pelas intervenções de enfermagem especializadas. Estas, fruto das aulas teóricas, fizeram-se mostrar através de entrevistas de ajuda, utilização de mediadores expressivos para a partilha de sentimentos, promoção de ambientes propícios à relação de confiança com a pessoa cuidada, entre outras. Esta competência enquadra também a implementação do projeto do treino de assertividade, consistindo num conjunto de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas com o intuito de promover a interação social eficaz. Também as reuniões comunitárias em contexto de internamento, as reuniões do grupo multifamílias e as intervenções durante as visitas domiciliárias se enquadram nesta competência, incluindo não apenas a pessoa, mas a sua família e a comunidade onde se inserem, emergindo num conjunto de intervenções que potencia a manutenção da saúde mental de todos os envolvidos no processo de doença da pessoa cuidada.

A evolução sentida durante todo este percurso teve por base principalmente a transição da autonomia que a estudante sentia ter como enfermeira generalista, para aquela que agora sente, tornando-a mais segura de si. Perceciona que atualmente confia mais na sua avaliação das situações, é capaz de discutir as situações clínicas de forma mais aprofundada e sente-se mais incluída na equipa multidisciplinar, tendo uma voz mais ativa.

Conclui-se que este percurso formativo, ditado pela prática no estágio, foi uma experiência única pela sua complexidade, dada a curta experiência profissional da estudante e pela aprendizagem junto da pessoa com doença mental, partilhando do seu desenvolvimento, numa parceria de cuidados. Foram adquiridas e desenvolvidas competências tanto a nível pessoal como profissional que provam que a intervenção especializada em saúde mental é aplicável em qualquer contexto de cuidados, pois todos os utentes beneficiam de intervenções de promoção e manutenção da sua saúde mental, seja qual for o seu “diagnóstico de admissão”, a sua patologia ou a valência de cuidados de saúde em que se integrem no momento da interação.

CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final deste percurso formativo, é possível reconhecer a importância da intervenção do EEESMP. As pessoas com doença mental carregam um sofrimento que as acompanha todos os dias, estando vulneráveis e sujeitas ao escrutínio da sociedade, muitas vezes até daqueles que lhes são mais próximos. A vontade em conviver e trabalhar com a pessoa com doença mental é meio caminho para impactar positivamente a sua vida e ter alguém que ajude nas suas atividades de vida diárias é ter alguém que alivie este sofrimento, que contribua para um maior conforto na sua vida.

A intervenção do EEESMP destaca-se pela visão holística da situação do utente e rigor científico do cuidado prestado. Intervém para além das queixas da pessoa, avalia e percebe as suas necessidades, percebe qual o seu foco de preocupação e atua sobre ele, trabalhando com a pessoa, família e comunidade. Este profissional integra-se na equipa multidisciplinar, contribuindo com a sua avaliação e intervenção especializada, articulando em conjunto com outros grupos profissionais e com a pessoa, tendo em vista a manutenção saudável da sua doença.

Relativamente aos objetivos definidos no início do relatório, a estudante considera que estes foram atingidos. Alguns foram uma extensão daquela que já era a sua prática profissional, outros exigiram maior empenho, principalmente de aquisição de competências de avaliação e metodologias de intervenção especializada. No entanto, aquele que pode considerar como mais desafiante foi o de demonstrar elevado nível de autoconhecimento e tomada de consciência de si. Este objetivo, embora tenha sido atingido, exigirá constante desenvolvimento. Foi-lhe fácil identificar o que sentia, mas foi-lhe ainda mais fácil reprimir esses sentimentos numa ótica de dissociação da estudante como pessoa e da estudante como profissional. Todavia, este era um requisito deste patamar formativo, pelo que se focou em si e no seu processo autorreflexivo e tentou abordar esta temática nos seus trabalhos académicos e reflexões. Foi com as EEO, em privado, que conseguiu perceber que a repressão dos seus sentimentos poderia afetar a sua prática de cuidados, no sentido de não ser capaz de intervir numa situação por não ser capaz de a entender na sua plenitude, dado estar presa aos seus sentimentos para com a mesma. Assim, continua a esforçar-se por verbalizar os seus sentimentos para melhor entender e intervir junto dos que cuida.

Relativamente aos contextos, a interação com a pessoa com doença mental provou mais uma vez a importância da intervenção do EEESMP e da parceria estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Esta pessoa já por si vulnerável e, com base na da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, com stressores internos e externos presentes, de tal forma que se torna incapaz de lidar com os mesmos, necessita de ser apoiada e principalmente ajudada a fazer a manutenção do seu processo de saúde e doença. A interação com a pessoa com

doença mental permitiu o desenvolvimento privilegiado da confiança inerente à relação de ajuda. Este conhecimento aprofundado da história de vida, sentimentos e vivências, crenças e ideias foram essenciais para conseguir intervir na elaboração do plano individual de saúde, baseado numa relação de respeito mútuo, promoção de autonomia e de autoestima. A intervenção permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais na área da assertividade, treinando a comunicação assertiva e capacitando a pessoa para encarar os seus stressores que colocam em causa o seu equilíbrio, promovendo a interação social.

Assim, a atuação do EEESMP teve em vista a promoção da saúde mental ao invés da contenção de “danos” trazidos pela doença mental, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências, servindo-se para tal das potencialidades da pessoa com doença mental.

A utilização de um projeto de intervenção no âmbito da promoção da interação social através do treino de assertividade, permitiu perceber-lo não só como um instrumento de intervenção especializado, mas também como uma competência possível de ser trabalhada com a pessoa com doença mental, para uma otimização das suas habilidades relacionais, levando assim a uma convivência em sociedade mais saudável.

Como profissional, no final deste percurso, a estudante vê-se como uma pessoa mais competente, não só pelas vivências em contexto formativo e profissional, mas também a nível pessoal. Foram três semestres de trabalho árduo e constante gestão de recursos físicos e emocionais, que também eles afetaram a estudante de formas que desconhecia.

Nos seus três anos de experiência num serviço de internamento cirúrgico, são cada vez mais frequentes os casos de utentes com doença mental. Atualmente tem maior confiança na sua prática baseada na experiência e reflexão crítica e confia na sua avaliação, sabendo ser capaz de olhar para a pessoa de forma mais completa, estando atenta a aspetos do exame do estado emocional que interferem na comunicação e relações interpessoais da pessoa com doença mental, que anteriormente tinha maior dificuldade em identificar. No seu local de trabalho valoriza mais o trabalho da assistente social, pelas vivências em contexto comunitário lamenta o pouco apoio da psicologia e psiquiatria prestado no seu contexto, desejando haver mais intervenção com o utente do que prescrição terapêutica e nova consulta a pedido das especialidades cirúrgicas.

Futuramente, equaciona uma mudança de local de trabalho, possivelmente para um serviço de internamento psiquiátrico. De qualquer forma, espera poder intervir na área da saúde mental com os utentes que cuida atualmente, pois é uma área de especialidade transversal a todos os contextos de cuidados. O tema da assertividade fez surgir em si algumas ideias acerca da intervenção com os próprios profissionais, devido a alguns artigos lidos durante a pesquisa bibliográfica, mas essa poderá ser uma intervenção a equacionar a longo prazo.

Quanto às limitações sentidas no decorrer da aplicação do projeto e redação do relatório, sublinham-se a reduzida evidência científica da utilização do treino de assertividade como intervenção específica do EEESMP na pessoa com doença mental. Há alguma evidência desta abordagem por outros elementos da equipa multidisciplinar ou tendo como foco de intervenção o profissional e não a pessoa com doença mental.

Outra limitação encontrada, que acabou por levar a uma maior reflexão acerca da metodologia de avaliação das intervenções, foi a falta de instrumentos de avaliação da aplicação do treino de assertividade no grupo, optando-se por recorrer às notas de campo.

Importa, por isso, continuar a investir nesta área de intervenção, sabendo que “A assertividade ganha importância pelos seus atributos que reforçam a personalidade e a atitude da pessoa face aos problemas de vida, dando-lhe empowerment e autoestima, ajudando-a a ultrapassar as tensões com mais tranquilidade e segurança” (Seabra et.al., 2018, p.40).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª Edição. Artmed Editora. ISBN: 9788582711835, 8582711832
- Antunes, J. (2022). *Treino da Assertividade com a Pessoa com Doença Mental*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de enfermagem de Lisboa. URI: <http://hdl.handle.net/10400.26/43761>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição Comemorativa)*. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X
- C.Closkey, J., Butcher, N., Bulechek, G. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (5ªed). Elsevier Editora, Portugal. ISBN: 9788535234428
- Carrilho, T. (2008). *Conceito de parceria: três projetos locais de promoção do emprego*. *Análise Social*. Vol. XLIII (1.º), pp. 81-107.
- Centers for Disease Control and Prevention. *What Is Mental Health?*. Obtido de U.S. Department of Health & Human Services website: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Volume 1 - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5
- Conselho Internacional De Enfermeiras (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE). ISBN: 978-989-8444-35-6
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Relatório CNS. ISSN: 2184-6960
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 16 de Agosto. (2016). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República* n.º 176/2016- I.ª série.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa.
- Fachada, M. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais*. 1ª Edição. Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-565-9
- First, M. (2020). *Considerações gerais sobre a Doença Mental*. Manuais MSD.
- Fisher, B., Adams, K. (2010). *Comunicação Interpessoal: Pragmática das Relações Humanas*. 2ª Edição. McGraw-Hill. ISBN: 978-0070211032
- Grilo, A. (2012). *Relevância do treino de assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente*. *Psicologia, saúde e doença*. Vol. 13 (2), 283-297. ISSN 2182-8407
- Mika, F., Pacheco, E. (2021). *Revisão de Literatura acerca da Eficácia de Treinamentos em Habilidades Sociais*. XII Encontro Anual de Produção Científica da UNICESUMAR. Brasil. ISBN: 978-65-5615-456-5

- Moorhead, S., Johnson, J., Maas, M. & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud*. (5ª ed.). Elsevier, Espanha. ISBN: 978-8490224151
- Neuman, B., Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model (5th Edition)*. 5ª Edição. Pearson Education, Inc. ISBN: 978-0-13-514277-6
- North American Nursing Diagnosis Association (2015). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015-2017*. 10ª Edição. John Wiley & Sons, Ltd, West Sussex, UK. ISBN 9781118914939
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa.
- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. F. A. Davis Company, United States of America. ISBN 0-8036-0604-4
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O. (2020). *Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação – Treino de Assertividade*. Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria. DOI: 10.25766/j4hy-dg37
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, N.º 26 (2019-02-06), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto de (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª série, N.º 151 (2018-08-07), 21427 – 21430.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-81-9
- Seabra, P., Pereira, I. Valentim, O., Nogueira, M. (2018). *Treino de Assertividade na Enfermagem de Saúde Mental*. IX Congresso Internacional ASPESM.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Editora Lidel Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-413-4
- Serviço Nacional de Saúde (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Intervenção Domiciliária - PRO-ACTUS*. Lisboa. Obtido de Ministério da Saúde, website: <https://www.chpl.min-saude.pt/ambulatorio/intervencoes-comunitarias/pro-actus/>
- Sistema Nacional de Saúde (2020). *Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: Saúde Mental – Conceito*. Lisboa. Obtido de Direção Geral da Saúde website: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

- Sousa, A., Nicholletii, E., Donadon, M. (2021), Um Treino de Assertividade na Terapia Cognitivo Comportamental: Um Estudo de Caso. *Revista Eixo*, 10 (2), 48-53. ISSN 2238-5630
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6º Edição. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 9789728930615
- Ustun, G., Kucuk, L. (2020). *The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level*. *Perspect Psychiatr Care*, 56, 297-307. DOI: 10.1111/ppc.1242

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERAURA**

Intervenções de Enfermagem na Interação Social Prejudicada na Pessoa com Doença Mental: Um protocolo de Revisão integrativa da literatura

Assertiveness training as a Nursing intervention in impaired social interaction on mentally ill adults: an integrative literature review protocol

Joana Temudo (Estudante do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira de Cuidados Gerais no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central)

RESUMO

Introdução: A interação social, ineficaz em muitas pessoas com doença mental, relaciona-se com duas motivações: o estigma e a falta de competências em manter interações sociais fortuitas. De forma a prevenir a interação social ineficaz, considerou-se essencial, como EEESMP, atuar sobre o diagnóstico de enfermagem identificado: Interação social prejudicada. Sendo assim, a intervenção traduz-se na aquisição de competências relacionais e de comunicação, pelo que surge o treino de assertividade, uma forma de identificar estratégias e desenvolver capacidades de relação adequada aquando a interação social.

Questão de revisão: Quais os resultados do treino de assertividade como intervenção de enfermagem no adulto com doença mental com interação social prejudicada?

Objetivo: Identificar os resultados da aplicação do treino de assertividade como intervenção de enfermagem, em adultos com doença mental, com diagnóstico de enfermagem de interação social prejudicada.

Crítérios de inclusão: Todos os estudos e revisões de literatura em português e inglês que abordem a aplicação do treino de assertividade no adulto com doença mental com interação social prejudicada.

Metodologia: O presente protocolo segue a metodologia indicada pela JBI. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE, tendo sido incluídos estudos primários, revisões de literatura e literatura cinzenta. Foram utilizados os descritores MeSH. Na aplicação do protocolo, o processo de seleção dos artigos será apresentado com recurso ao PRISMA flow diagram e os resultados apresentados sob forma de texto livre.

Palavras-chave: Interação social prejudicada, Adulto, Treino de assertividade.

ABSTRACT

Introduction: Social interaction, ineffective in many people with mental illness, is related to two motivations: stigma and lack of ability to maintain random social interactions. To prevent ineffective social interaction, it is considered essential, as EESMP, to act on the identified nursing diagnosis: Impaired social interaction. Thus, the intervention translates into the acquisition of relational and communicative skills, which lead to the training of assertiveness, a way of identifying strategies and developing adequate relational resources when it comes to social interaction.

Review question: What are the results of using assertiveness training as a nursing intervention in adults with mental disorders with impaired social interaction?

Objective: To identify the results of the application of assertiveness training as a nursing intervention, in adults with mental disorders, with a nursing diagnosis of impaired social interaction.

Inclusion criteria: All studies and literature reviews in Portuguese and English that address the application of assertiveness training in adults with mental disorders with impaired social interaction.

Methodology: This protocol follows the methodology indicated by the JBI. The research was carried out in the SciELO, b-on and PubMed databases, including primary studies, literature reviews and gray literature. MeSH descriptors were used. In the application of the protocol, the article selection process will be presented using the PRISMA flow diagram and the results will be presented in the form of free text.

Keywords: Impaired social interaction, Adult, Assertiveness training

O conceito de Saúde mental é, segundo o *U.S. Department of Health & Human Services* (2021), o bem-estar emocional, psicológico e social, integrando a forma como as pessoas interagem, como lidam com adversidades e como isso influencia o seu dia-a-dia

Sendo a saúde mental essencial para o bem-estar da pessoa, segundo o Conselho Nacional de Saúde (2019) deverá ser vista como um conceito com uma dimensão positiva e uma dimensão negativa:

“A saúde mental positiva relaciona-se com os recursos pessoais para enfrentar os desafios da vida e a capacidade de ter relações satisfatórias com os outros. Esta relaciona-se com o bem-estar psicológico, que inclui sentimentos de satisfação com a vida, vitalidade e energia, em conjunto com o bem-estar físico. A saúde mental negativa está relacionada com a existência de doença mental, sintomas e problemas.” (Conselho Nacional de Saúde, 2019, p. 49).

Assim, a doença mental pode definir-se como o sofrimento mental e físico, que influencia não só o dia-a-dia, a disposição/vontade de realizar atividades, a capacidade de manter relações interpessoais e a tomada de decisão.

Segundo First (2020), estima-se que mundialmente cerca de 50% dos indivíduos adultos sofre de doença mental em algum momento da sua vida. Já de acordo com o Relatório do Conselho Nacional de Saúde publicado em 2019, “Portugal é dos países europeus com prevalência mais elevada de perturbações psiquiátricas...” (Conselho Nacional de Saúde, 2019, p. 43).

Evidenciando uma variedade de manifestações, o diagnóstico clínico de doença mental acaba por depender da gravidade dos

sintomas, duração e interferência nas atividades de vida diária. Deste modo, a pessoa com doença mental diagnosticada tem fatores de risco acrescidos para o desequilíbrio do seu bem-estar, estando especialmente propensa ao isolamento social e à concomitante baixa autoestima. Quando não é capaz de desenvolver competências relacionais e de comunicação, acaba por desenvolver uma interação social ineficaz, caracterizada por Sequeira e Sampaio (2020) como dificuldade em iniciar e manter relações, muitas vezes demonstrando comportamentos desadequados, baixa capacidade para manter a frequência de contactos e negligência do cumprimento de funções devido à incapacidade de se relacionar. É então importante que a pessoa com doença mental seja ajudada a desenvolver ferramentas para a comunicação adequada.

Nesta perspetiva, optou-se por intervir sobre a incapacidade de iniciar e manter relações e interações sociais eficazes, o que é transversal à maioria das pessoas com doença mental. A ausência de pessoas significativas com quem manter interações, o défice nas competências sociais e de comunicação, a dificuldade em manter a interação em situação de confronto e a dificuldade em identificar e impor limites pessoais, são limitações para uma interação social saudável.

Dada esta problemática na pessoa com doença mental foi identificado o diagnóstico de enfermagem de Interação Social Prejudicada, definido pela taxonomia NANDA (2015, p.301) como a “Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social”, tendo como características definidoras os comportamentos de interação social

malsucedidos, o desconforto em situações sociais, a incapacidade de comunicar ou de receber uma sensação satisfatória de envolvimento social e a interação disfuncional com outras pessoas.

Nesta perspectiva, o EEESMP encontra-se em situação privilegiada para intervir na promoção de uma interação social eficaz, através do treino de competências, entre elas as de assertividade, ajudando a pessoa com doença mental a desenvolver a capacidade de se expressar de forma assertiva junto das pessoas que a rodeiam, por forma a melhorar a sua comunicação.

Uma das primeiras definições de assertividade surge a partir de Lazarus em 1979, que a definia como a “capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum” (Grilo, 2012, p. 15). Mais definições surgiram ao longo do tempo, bem como a necessidade percebida por profissionais de que algumas pessoas teriam dificuldades no desenvolvimento desta competência, pois “A falta de assertividade resultava, assim, de um condicionamento inibitório da expressão de emoções e conduzia a inaptações na vida do indivíduo. (...) A resposta assertiva surgia então como um valioso exemplo de uma resposta antagónica da ansiedade, funcionando como inibidora desta última” (Grilo, 2012, p.15).

Assim, iniciou-se o conceito do treino de assertividade, podendo ser feito individualmente ou em grupo, com vista em adquirir e desenvolver a competência da comunicação assertiva assim desenvolver competências sociais.

Atualmente, segundo Querido et.al. (2020) a comunicação assertiva é um dos 4 estilos de comunicação, sendo que os indivíduos capazes de utilizar este tipo de comunicação “...Defendem os seus direitos básicos pessoais sem para isso violarem os direitos básicos dos outros. Expressam os seus direitos de forma aberta e honesta e assumem a responsabilidade pelas suas próprias ações deixando os outros fazerem as escolhas deles. Este tipo de comportamento leva estes indivíduos a estabelecer relações agradáveis e satisfatórias com os outros” (Querido et.al., 2020, p.2).

Já o treino de assertividade é entendido como “uma técnica que se engloba no âmbito da terapia cognitivo-comportamental, usada também no treino de habilidades sociais” (Seabra et.al., 2018, p. 32). Tem por objetivos, segundo Sequeira e Sampaio (2020) autopromover a dignidade e direitos pessoais, reconhecer os direitos dos outros, expressar sentimentos, aprender a dizer não sem culpa, não se culpar pelos erros, sendo decidido a corrigi-los, evitar conflitos, pedir informação antes de responder, criticar sem culpa, exigir ser respeitado, aprender a gerir as atividades sem se exigir demasiado, aprender a pedir ajuda, refletir antes da tomada de decisão, ou mudar de opinião.

Assim, Seabra et.al. (2018) corrobora que esta intervenção poderá ser aplicada à pessoa com doença mental, sendo ser uma população especialmente carenciada de autoestima e empoderamento para a tomada de decisão, podendo ser facilmente influenciável e manipulável.

A finalidade da intervenção do EEESMP será o relacionamento social eficaz, no qual a

pessoa desenvolve e mantém as suas competências sociais, facilitando as relações, conseguindo estabelecer e impor limites e modificando comportamentos desadequados, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. O profissional atua, através de intervenções psicossociais e psicoeducacionais junto da pessoa com doença mental, contribuindo também para a autoafirmação e autoconfiança destes utentes, tornando a sua interação social, não só satisfatória, mas também eficaz, tal como refere Antunes (2022).

METODOLOGIA DA REVISÃO

A revisão integrativa da literatura deverá seguir a metodologia da Joanna Briggs Institute (JBI), tal como foi feito com a redação deste protocolo. O processo de seleção dos artigos que emergirão será representado por um PRISMA flow diagram (Page et al, 2020). Os critérios de inclusão, definidos segundo a mnemónica PCC (população de interesse, conceito e contexto), traduzindo-se na pessoa adulta com perturbação mental e diagnóstico de enfermagem identificado de interação social prejudicada como população de interesse e nos resultados do treino de assertividade como intervenção de enfermagem como conceito. O contexto foi deixado em aberto, de forma a poderem ser incluídos todos os contextos, desde que a população e conceito estejam aí integrados. Todos os estudos e revisões serão incluídos independentemente do nível de evidência, desde que redigidos em português ou inglês e desde que o seu texto integral esteja disponível para consulta. O intervalo temporal dos estudos incluídos será de 5 anos.

É a partir da primeira pesquisa que são adequados os termos de pesquisa. Incidiu sobre as bases de dados CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE e literatura cinzenta, com especial atenção aos termos utilizados nos artigos obtidos, optando-se por utilizar apenas os termos MeSH. Foram utilizados os booleanos “OR”, “AND” e surgiu necessidade de utilização do booleano “NOT” por forma a excluir os artigos referentes à recente pandemia, dado que estaria fora do objeto do estudo (Quadro I).

Os artigos duplicados deverão ser excluídos e durante a análise, serão lidos numa primeira fase os títulos dos artigos, posteriormente os resumos, e por fim os textos integrais. Em caso de conflitos na seleção devem todos os revisores discutir até chegarem a um consenso.

Quadro I. Termos de pesquisa

Plataforma	Termos de pesquisa e fórmula
CINAHL COMPLETE, MEDLINE COMPLETE	“adults” OR “adult” OR “middle aged” AND “mental illness” OR “mental health” OR “mental disorder” AND “impaired social” OR “social interaction” OR “communication” OR “social isolation” AND “psychiatric nurse” OR “nursing” OR “nursing intervention” OR “nurse” AND “assertiveness training”

EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração de dados deverá ser feita em forma de quadro, de forma a melhor organizar a informação recolhida. A informação incluída na tabela deverá estar em concordância entre os revisores.

RESULTADOS

Os resultados obtidos deverão ser redigidos como texto livre, no qual será comentada a existência ou não de evidência e quais os resultados obtidos com a utilização de treino de assertividade na população de interesse.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª Edição. Artmed Editora. ISBN: 9788582711835, 8582711832
- Antunes, J. (2022). *Treino da Assertividade com a Pessoa com Doença Mental*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de enfermagem de Lisboa. URI: <http://hdl.handle.net/10400.26/43761>
- Botelho, L.; Cunha, C. & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. 5(11). 121-136
- Centers for Disease Control and Prevention. *What Is Mental Health?*. Obtido de U.S. Department of Health & Human Services website: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
- Conselho Internacional De Enfermeiras (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE). ISBN: 978-989-8444-35-6
- Figueira, M., Sampaio, D., Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- First, M. (2020). *Considerações gerais sobre a Doença Mental*. Manuais MSD.
- Grilo, A. (2012). *Relevância do treino de assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente*. *Psicologia, saúde e doença*. Vol. 13 (2), 283-297. ISSN 2182-8407
- Mendes, K.; Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enfermagem*. 17(4). 758-764.
- North American Nursing Diagnosis Association (2015). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015-2017*. 10ª Edição. John Wiley & Sons, Ltd, West Sussex, UK. ISBN 9781118914939
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. et al. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ* (372). DOI:10.1136/bmj.n71
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O. (2020). *Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação – Treino de Assertividade*. Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria. DOI: 10.25766/j4hy-dg37
- Seabra, P., Pereira, I. Valentim, O., Nogueira, M. (2018). *Treino de Assertividade na Enfermagem de Saúde Mental*. IX Congresso Internacional ASPESM.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Editora Lidel Edições

Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-
413-4

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The
integrative review: updated methodology.
Journal of Advanced Nursing. 52(5), 546–
553

**APÊNDICE II – PLANO DE INTERVENÇÃO – TREINO DE
ASSERTIVIDADE**

Plano de Intervenção: Atividade 1 – Eu e eu

Baseado na técnica dos 5 Eu de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Autopercepção e expressão de si e para com o outro

Objetivo: Promoção da consciencialização de si próprio e da capacidade de expressão acerca de si mesmo acerca dos outros

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Numa roda, cada pessoa diz o seu nome, associando-o a um movimento. De seguida, de cada vez que for a vez dessa pessoa, o grupo deverá fazer o movimento, criando uma corrente somente de movimento	Observacional Verbal (Partilha)	10min
Desenvolvimento	Organizar os participantes em círculo; Cada pessoa refere 4 coisas que vê, que quer, que pensa, que pretende, que sente, em relação a si, e em relação a outra pessoa ao seu lado;		20min
Conclusão	Reflexão sobre os sentimentos ao falar e ser falado		10min

Plano de Intervenção: Atividade 2 – Estás a ouvir?

Baseado na técnica do disco riscado de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Auto controlo

Objetivo: Promoção do controlo de agressividade e impulsividade verbal e física aquando situações stressoras

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Numa roda, uma pessoa diz uma primeira palavra, a pessoa seguinte deverá escolher uma palavra que comece pela última letra da palavra anterior	Observacional Verbal (Partilha)	10min
Desenvolvimento	Um participante (A) vem ao meio. É feita uma dramatização, na qual outro participante, até um total de 3 deverão progressivamente argumentar com o participante A acerca de um assunto banal. O participante A deverá, sob pressão repetir a mesma resposta, sem se exaltar		20min
Conclusão	Reflexão sobre a dificuldade de manter o controlo face à situação de stress crescente		10min

Plano de Intervenção: Atividade 3 – Escudo protetor

Baseado na técnica do colete de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Autoproteção e empoderamento

Objetivo: Promoção da capacidade de autoproteção face a críticas externas e promoção do empoderamento para que a crítica negativa não tenha afeção na autoestima

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Numa roda, uma pessoa atira um som para outra, e assim sucessivamente, sempre com diferentes sons		10min
Desenvolvimento	Numa dramatização, dois participantes simulam uma situação do serviço, na qual um utente é pouco educado para uma auxiliar/uma pessoa é pouco educada para o seu cuidador. O participante que desempenha o papel de ofendido demonstra como reagiria na situação. Depois, utilizando a capa/escudo é guiado pela dinamizadora a ter um discurso empoderado. A dramatização é repetida com quantas vezes o tempo o permitir, ou com situações da vida diária dos utentes que surjam	Observacional Verbal (Partilha)	20min
Conclusão	Reflexão sobre a dificuldade de não deixar que a crítica negativa penetre no pensamento e sobre o sentimento ao utilizar o discurso empoderado		10min

Plano de Intervenção: Atividade 4 – Contrato agridoce

Baseado na técnica do acordo assertivo de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Assumpção do que é inalterável, promoção de flexibilidade na situação de stress

Objetivo: Identificação da existência de situações fora de controlo da pessoa e aceitá-las e promoção da competência de flexibilidade aquando situações de stress

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Andando pela sala, a dinamizadora dá indicações “saltar”, “virar”, “agachar” e “parar”. Quando interiorizadas as indicações passam a ser contrárias.	Observacional Verbal (Partilha)	10min
Desenvolvimento	Conversa sobre situações do dia-a-dia que estão fora do controlo; Identificar estratégias de coping e flexibilidade existentes nas pessoas, promovendo-as		20min
Conclusão	Reflexão sobre a existência de situações fora de controlo, reflexão sobre a aceitação do incontrolável		10min

Plano de Intervenção: Atividade 5 – Devoluções

Baseado na técnica do da pergunta assertiva de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Lidar com a frustração do outro, sem se deixar afetar

Objetivo: Promover a manutenção da frustração e a capacidade de manter a calma, devolvendo a pergunta

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Aquecimento repetido de atividade anterior, um participante escolhe um aquecimento.		10min
Desenvolvimento	Dramatização de cliente-funcionário, a dinamizadora desempenha o papel de cliente exaltado que a sua questão resolvida, um participante trabalha a devolução de perguntas que levem a conversa adiante. É feita troca de papéis na qual a dinamizadora explica como fazer a pergunta assertiva, que guia a conversa.	Observacional Verbal (Partilha)	20min
Conclusão	Reflexão sobre o autocontrolo, a resposta sob pressão e a frustração de não poder responder de forma agressiva		10min

Plano de Intervenção: Atividade 6 – O ringue

Inspirado nas técnicas de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Definição e imposição de limites

Objetivo: Desenvolver a competência de dar a conhecer e impor os próprios limites, sem deixar que se sobreponham a si

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	O grupo caminha pela sala e a dinamizadora guia o passo do grupo, lançando diferentes situações (p.e. caminhem como se o chão estivesse frio, caminhem como se estivessem a andar de noite e não quisessem acordar ninguém).		10min
Desenvolvimento	Dramatização na qual a dinamizadora desempenha o papel de pessoa que ignora os limites do outro, um participante faz explicar que aquele é o seu limite e a sua decisão e não deverão ser ultrapassados. É feita troca de papeis na qual a dinamizadora explica como impor assertivamente o limite pessoal.	Observacional Verbal (Partilha)	20min
Conclusão	Reflexão acerca da importância de impor limites pessoais e os sentimentos associados		10min

Plano de Intervenção: Atividade 7 – Eu importo

Inspirado na técnica “5 Eu” de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Autoconceito e Autoestima como ferramentas de resiliência

Objetivo: Promover a autoestima para que possa ser usada como ferramenta em situação de stress e crítica negativa

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala, folha A4, material de papelaria (lápiz de cor, canetas de feltro)

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Em roda, começando aleatoriamente, conta-se de 1-7, um número por pessoa, ao passar pela dinamizadora, esta troca o número que lhe calha por um movimento. De cada vez que calhar esse número a alguém, em vez de dizer o número deverá fazer o movimento.	Observacional Verbal (Partilha)	10min
Desenvolvimento	Cada participante escreve numa folha A4, espalhado pela mesma, pelo menos 5 formas nas quais se considera importante, ou 5 indivíduos para quem se considera ser importante “Eu sou importante pois...” e “ eu sou importante para...”. Cada participante decora a folha como entender. Estas folhas ficam para os participantes		20min
Conclusão	Partilha de experiências e conclusões pessoais		10min

Plano de Intervenção: Atividade 8 – Quadro Motivacional colaborativo “Eu sou assertivo”

Inspirado nas técnicas de Figueira, Sampaio e Afonso (2014)

Tema: Treino de Assertividade – Conclusão

Objetivo: Compor um quadro que fique exposto em sala comum, para que os utentes relembrem a competências desenvolvidas e se sintam motivados a utilizá-las

População alvo: Utentes que expressem vontade em participar

Local: Unidade de curto internamente onde decorre o estágio; Domicílio da pessoa

Dinamizadores: Mestranda e Enfermeira Orientadora

Data de realização: Data a definir, consultar cronograma

Tempo previsto: 40-60min

Recursos: Sala, cartolina, material de papelaria (lápiz de cor, canetas de feltro)

Planeamento:

Etapas	Conteúdos	Estratégias	Tempo
Aquecimento	Explicação de que será a última atividade		10min
Desenvolvimento	Numa folha A3, com bolhas previamente desenhadas, cada participante escolhe uma competência desenvolvida (p.e. Eu sou capaz de olhar nos olhos”, “eu sou capaz de manter a calma”, “eu sou capaz de controlar a expressão facial”, “eu sou capaz de manter a postura corporal”, “eu sou capaz de lidar com a reação do outro”, etc.)	Observacional Verbal (Partilha)	20min
Conclusão	Reflexão sobre a gratificação da competência adquirida, despedida		10min