



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

**Cuidar de Quem Cuida
Promoção da Saúde na Família da Pessoa com Doença
Mental**

Filomena Maria Tomás Lopes

**Lisboa
2021**



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

**Cuidar de Quem Cuida
Promoção da Saúde na Família da Pessoa com Doença
Mental**

Filomena Maria Tomás Lopes



Orientador: Professor Doutor António Jorge Soares Antunes
Nabais



**Lisboa
2021**

“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com o outro.

O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.”

(Nise da Silveira)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo o que me ensinaram ao longo da vida, com quem aprendi o valor da família, pelo amor incondicional e pelo alento nos momentos difíceis.

Ao meu pai, que nunca me deixou desistir e não lhe foi permitido ver o sonho tornar-se realidade.

Ao meu irmão pelo incentivo, suporte e apoio desde sempre.

Aos meus sobrinhos, pelas brincadeiras e gargalhadas que tanto me animaram nos momentos de menos alento. Por me mostrarem que o mais importante, está nas coisas simples da vida.

A ti, meu amor que partilhas a vida comigo, pelo teu ombro amigo, pela tua paciência, motivação e ajuda.

Aos orientadores pela partilha, dedicação e incentivo.

Aos utentes e famílias de quem cuidei, com quem tanto aprendi e que tão importantes foram neste percurso de aprendizagem como pessoa e enfermeira.

Aos meus colegas pelo encorajamento, apoio e disponibilidade. Em especial à Otília que comigo partilhou esta jornada.

O meu eterno obrigado, sem todos vós não teria sido possível!

SIGLAS

APA	- American Psychiatric Association
CIPE	- Classificação para a Prática de Enfermagem
EEESMP	- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ESEL	- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IPSS	- Instituição Particular de Solidariedade Social
MCAF	- Modelo de Calgary de Avaliação Familiar
MCAIF	- Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
MCIF	- Modelo de Calgary de Intervenção Familiar
OE	- Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

A família é um sistema complexo, com elementos em interação entre si e com o meio, num processo de desenvolvimento. Uma mudança num elemento, afeta todos os outros e a família tem necessidade de se auto organizar, para modificar a sua estrutura e se adaptar. Conviver com a pessoa com doença mental torna-se um desafio e algumas famílias têm dificuldades de adaptação. A falta de conhecimento, compreensão da doença e o estigma podem levar ao isolamento social, sentimentos de vergonha, angustia, desalento, tendo um impacto direto na vida familiar e dos seus membros.

Neste sentido, a família surge como foco dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, na promoção da sua saúde mental.

O MCAIF foi adotado, como referencial teórico, para a concretização do projeto proposto. Este modelo permite conhecer a família na sua multidimensionalidade, dinâmica e complexidade e orienta a intervenção de enfermagem, para promover ou facilitar a mudança, nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. Os recursos da família são mobilizados para promover, melhorar ou sustentar o seu funcionamento. As intervenções visam desenvolver as potencialidades e melhorar a qualidade de vida da família.

O estágio decorreu em contexto comunitário e de internamento. Os objetivos foram desenvolver competências de EEESMP no cuidar a família da pessoa com doença mental assim como, conhecer as intervenções do EEESMP no acompanhamento da família da pessoa com doença mental. O trabalho desenvolvido teve por base a metodologia de estudo caso.

O acompanhamento da família da pessoa com doença mental, pelo EEESMP, assenta na relação terapêutica. É benéfico para essa família ser acompanhada pelo EEESMP para ajudá-la a mobilizar recursos, internos e externos, para fazer face aos desafios do quotidiano e obter ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Família; Saúde Mental; Enfermagem; Modelo de Calgary

ABSTRAT

The family is a complex system, with elements interacting with each other and with the environment, in a process of development. A change in one element affects everyone else and the family needs to organize itself, to modify its structure and adapt. Living with the person with mental illness becomes a challenge and some families have difficulties adapting. Lack of knowledge, understanding of the disease and stigma could lead to social isolation, feelings of shame, anguish, despondency having a direct impact on family life and its members.

In this sense, the family emerges as a focus of nursing care, namely, in the promotion of their mental health.

The MCAIF was adopted as a theoretical framework for the implementation of the proposed project. This model allows to know the family in its multidimensionality, dynamics and complexity and guides the nursing intervention, to promote or facilitate change, in the cognitive, affective and behavioral domains. The family's resources are mobilized to promote, improve or sustain its functioning. The interventions aim to develop the potential and improve the quality of life of the family.

The internship took place in a community context and internment. The objectives were to develop EEESMP skills in caring for the family of the person with mental illness as well as, to know the interventions of EEESMP in monitoring the family of the person with mental illness. The work developed was based on the methodology of case study.

The following-up of the family of the person with mental illness by EEESMP is based on the therapeutic relationship. It is beneficial for this family to be accompanied by the EEESMP to help them mobilize internal and external resources to face the challenges of everyday life and obtain health gains.

Key Words: Family; Mental Health; Nursing; Calgary Family Assessment Model

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. PROBLEMÁTICA.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1. A família como sistema	15
2.2. A família da pessoa com doença mental	17
2.3. Teoria de sistemas de Betty Neuman.....	20
2.4. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	21
3. METODOLOGIA DE ESTUDO DE CASO.....	26
3.1. Questão de partida	27
3.2. Instrumentos e técnicas utilizadas	27
3.3. Identificação.....	29
3.4. Resumo dos problemas ou alterações identificadas.....	33
3.5. Fundamentação teórica	34
3.6. Alternativas ou propostas	36
3.7. Ações implementadas ou recomendadas	40
3.8. Discussão	41
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	48
5. CONTEXTO DE ESTÁGIO	50
6. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EEESMP NOS CONTEXTOS	51
6.1. Em contexto comunitário	51
6.2. Em contexto hospitalar	54
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Família 1)	
Apêndice 2 – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Família 2)	
Apêndice 3 – Intervenção psicoterapêutica “Como me sinto hoje”	
Apêndice 4 – Plano da Sessão “Como me sinto hoje”	
Apêndice 5 – Intervenção psicoterapêutica “O Corpo e o Movimento”	
Apêndice 6 – Plano da 1ª Sessão “O Corpo e o Movimento”	

Apêndice 7 – Plano da 2ª Sessão “O Corpo e o Movimento”

Apêndice 8 – Plano da 3ª Sessão “O Corpo e o Movimento”

Apêndice 9 - Poster "Cuidar de quem cuida"

ANEXOS

Anexo 1 - Diagrama Ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

Anexo 2 - Certificado de participação e programa das jornadas

Anexo 3 - Certificado de participação nas jornadas com o poster "Cuidar de quem cuida"

INTRODUÇÃO

A saúde familiar integra a saúde de cada membro, assim como o funcionamento familiar, de tal modo que a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada membro (Figueiredo, 2012). A interação familiar, com a pessoa com doença mental é, muitas vezes, complexa sendo identificadas dificuldades no processo relacional, conduzindo a situações de frustração, desalento, angústia e incapacidade para lidar com os desafios do cotidiano.

Numa mudança de paradigma em que os cuidados deixam de estar centrados na pessoa e passam a estar centrados na família, torna-se relevante apoiar e ajudar as famílias a encontrar estratégias adaptativas para ultrapassar os desafios da doença mental, na perspectiva de promoção da saúde. Tal, vai de encontro ao definido pela OE, em que o EEESMP “assiste a pessoas ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (2018, p. 21427).

Perante o desafio, que é lidar com o familiar com experiência em doença mental, a família utiliza recursos de adaptação, que podem não ser eficazes, tornando-se necessário uma intervenção especializada. O reconhecimento das dificuldades com que se deparam e a identificação dos recursos da família, combinados numa relação terapêutica permite mobilizar os recursos, desenvolver potencialidades para responder às suas necessidades e promover a mudança (Chalifour, 2008).

A minha experiência como enfermeira num Hospital na região de Lisboa, num serviço de Medicina Interna mostra-me que, a família é pouco envolvida nos cuidados à pessoa doente. Os familiares são pouco escutados e pouco apoiados no seu sofrimento, enquanto cuidadores do seu familiar doente. De acordo com Nunes, a “experiência não capta apenas o que sentimos, vivemos, mas também o que mantemos em nós, que estabelecem uma espécie de referência para ler outros eventos e outros atos, quando interagimos” (2017, p. 131). Na pesquisa bibliográfica efetuada, os enfermeiros não são reconhecidos como primeira linha de apoio à família, quando esta procura ajuda externa.

Perante isto, surge o meu interesse no cuidado à família da pessoa com doença mental, numa perspectiva sistémica, na promoção da saúde mental.

Surge então a questão: Quais as intervenções do EEESMP no acompanhamento da família da pessoa com doença mental no percurso da vivência da doença?

Como futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, pretendo desenvolver capacidades e competências nos cuidados de enfermagem de saúde mental à pessoa, família e comunidade. O EEESMP, ajuda a pessoa e a família a manter, melhorar e recuperar a saúde através da promoção, prevenção e intervenção perante respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento ou doença mental (OE, 2018, p.21427).

No âmbito deste trabalho foi realizado um estágio em contexto comunitário e outro em contexto de internamento, entendidos como momentos de desenvolvimento pessoal e profissional, onde foram desenvolvidas competências técnicas e científicas na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na intervenção à pessoa com doença mental e família.

Após o estágio, foi elaborado este trabalho que reflete um relatório das atividades realizadas e das competências desenvolvidas que caracterizam o EEESMP, num processo narrativo e reflexivo. É pela reflexão e integração das experiências, que se constrói conhecimento a partir das situações e eventos práticos (Nunes, 2017). Deste modo, foram elencados, para este relatório, os seguintes objetivos:

- Relatar as atividades desenvolvidas nos contextos de estágio;
- Explicitar as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria desenvolvidas.

O presente relatório está estruturado em seis capítulos. Tem início com a delimitação da problemática, que identifica a motivação do estudo da temática e a sua importância, em termos pessoais e profissionais.

O segundo capítulo surge com o enquadramento teórico da temática em estudo, sustentada no referencial teórico de enfermagem de Betty Neuman onde o principal objetivo é ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade. É feita uma breve revisão da literatura sobre os conceitos da família da pessoa com doença mental e cuidados de enfermagem orientados pelo Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

No capítulo 3 descreve-se a metodologia utilizada e são apresentados os resultados. Optou-se pela metodologia de estudo de caso tendo por base a abordagem qualitativa. São seguidas as fases definidas por Galdeano (2003), no seu guia orientador

para enfermeiros, que se inicia com a questão de partida e termina na discussão dos resultados.

As questões éticas são levantadas no capítulo 4.

Segue-se uma breve caracterização dos contextos onde decorreram os estágios.

A aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria são refletidas no capítulo 6.

As considerações finais perfazem o trabalho.

O relatório foi organizado, segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e foram adotadas as normas de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA).

1. PROBLEMÁTICA

Com os avanços das abordagens terapêuticas e as novas políticas de saúde, é cada vez mais tendência a permanência da pessoa com doença mental na comunidade. Numa mudança de paradigma em que os cuidados deixam de estar centrados no hospital psiquiátrico e passam para um modelo integrado de base comunitária, dando ênfase à autonomia da pessoa com doença mental (Almeida, 2018).

Portugal tem a segunda mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, estimando-se que uma em cada cinco pessoas tenha uma doença psiquiátrica, e uma das taxas mais altas de consumo de psicofármacos (Almeida & Xavier, 2013). Se incluirmos a família da pessoa com doença mental, a maior parte da população sofre o impacto da doença. As doenças mentais têm impacto em vários domínios da vida das pessoas, das famílias e da sociedade que se pode traduzir em sofrimento individual, incapacidade nas atividades de vida diária, no emprego e nas relações interpessoais (Almeida, 2018). Bagagem (2010) reforça que, qualquer tipo de doença constitui uma situação penalizante para a família com efeitos sobre a sua saúde mental e dos seus membros.

É inquestionável a importância da família no processo de tratamento ou reabilitação da pessoa com doença mental, pelo que deve ser encarada como um parceiro nos cuidados, que a enfermagem deve aproveitar, potenciar e capacitar (Carvalho, 2015). Vários estudos evidenciam melhorias dos cuidados quando os familiares recebem informação, educação e treino (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Assim, torna-se um desafio, para os enfermeiros em saúde mental, avaliar e compreender a dinâmica/relações familiares em que o processo de cuidados esteja centrado na família (Carvalho, 2015).

Em Portugal é altamente provável que familiares, vizinhos e amigos tenham um papel importante na prestação de cuidados à pessoa com doença mental. Um número elevado de pessoas com doença mental depende dos cuidados de familiares, que com apoios reduzidos dos serviços de saúde, dedicam tempo e esforço para atender às suas necessidades de cuidados (Almeida, 2018).

É evidente a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, acompanhar a família da pessoa com doença mental e ajudá-la a encontrar estratégias para fazer face aos desafios com que se depara, sem comprometer

a sua saúde. Para tal, o enfermeiro recolhe “a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” (OE, 2018, p.21428). Mas, **como pode o EEESMP intervir no acompanhamento da família da pessoa com doença mental no percurso da vivência da doença?**

Sou enfermeira, há mais de vinte anos, num serviço de medicina interna onde, para mim o acompanhamento da família constitui uma preocupação. A família que se depara com a doença ou com a dependência de um dos seus membros, necessita de encontrar estratégias para se auto-organizar e fazer face aos desafios inerentes à situação. Na minha prática, verifico que a família é pouco ouvida e envolvida nos nossos cuidados. Assim, torna-se para mim importante e desafiador, enquanto futura enfermeira especialista, desenvolver um trabalho que vise o acompanhamento da família da pessoa com doença mental. Cuidar de quem cuida. Como reforçado por Wright e Leahey, (2011) os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral, de envolver as famílias nos seus cuidados de saúde, uma vez que, a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um dos seus membros.

Posteriormente, pretendo dar continuidade ao trabalho incidindo nas necessidades e potencialidades dos familiares cuidadores da pessoa doente, no meu contexto profissional. Num desejo mais ambicioso, dar continuidade ao acompanhamento da família após a alta do familiar doente, consoante as necessidades identificadas e desenvolvendo as suas potencialidades, para fazer face aos desafios do cotidiano enquanto cuidadores.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo integra a pesquisa à temática da família da pessoa com doença mental, incluindo a teoria de sistemas de Betty Neumana e a descrição do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar como referenciais teóricos utilizados.

2.1. A família como sistema

A família constitui o primeiro contacto da pessoa com o mundo, é nela que se inicia o processo de socialização e se desenvolvem potencialidades de adaptação para enfrentar adversidades ao longo da vida.

Diversas são as definições de família que surgem por vários autores. Cada uma delas procura conter a estrutura e a função que a família adquire. A OMS (1994) salienta que “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”. Este conceito salienta as relações entre as pessoas. No entanto, Wright e Leahey (2011), defendem que para a enfermagem “a família é quem os seus membros dizem que são” (p.48) o que permite respeitar as ideias dos membros da família em relação aos relacionamentos significativos e experiências de saúde e doença. Assim, o último conceito de família é o que vai prevalecer ao longo deste trabalho.

Sampaio e Gameiro (2005, p.9) suportam que, a família é “considerada um sistema, isto é, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificados”. A família pode ser entendida como um sistema pois é composta por vários membros, com as suas particularidades e respetivas relações, assume subsistemas, é contida por outros sistemas ligados por uma hierarquia organizada, possui limites e fronteiras que a tornam única (Alarcão, 2002). Não há duas famílias iguais.

Os subsistemas são formados por membros do sistema familiar que se organizam em unidades sistémico-relacionais. Um membro pode fazer parte de mais do que um subsistema. Numa família, podem-se distinguir quatro subsistemas: individual, conjugal, parental e fraternal (Alarcão, 2002). A forma como estes subsistemas se organizam, o tipo

de relações que se desenvolvem em cada um e entre eles, traduz-se na estrutura familiar (Relvas, 2006).

Os subsistemas estão separados por limites que são considerados como regras que definem quem e como participa. Os limites funcionam como membranas que permitem a passagem seletiva de informação entre a família e o ambiente e entre os subsistemas. Estes vão-se tornando mais ou menos permeáveis consoante a própria família e o momento de desenvolvimento que atravessam (Relvas, 2006).

Os limites podem ser difusos e estamos perante uma família emaranhada (cada elemento inter-relaciona-se de maneira indiferenciada), podem ser rígidos (cada elemento vive desgarrado face ao outro) e falamos em família desmembrada. Os limites dizem-se claros quando há contacto entre os subsistemas mantendo a individualidade de cada um (Alarcão, 2002).

A família como sistema é um todo, mas também é “parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade)” (Relvas, 2006, p.11). Ao estabelecer trocas com o exterior torna-se um sistema aberto que recebe influências e influência. Ao longo do seu desenvolvimento, o sistema familiar, vai regulando a sua abertura ao exterior de acordo com as suas necessidades. Assim, “o sistema familiar é entendido como informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, ou seja, o sistema cria as suas próprias determinações e as suas próprias finalidades integrando as informações que recebe” (Alarcão, 2002, p.49). O sistema é capaz de se auto organizar, de forma autónoma e espontânea, para modificar a sua estrutura e criar condições necessárias à sua sobrevivência ou a permanecer idêntico (Alarcão, 2002).

Numa visão sistémica cada pessoa é um todo, parte da família e da comunidade em que se insere, por outro lado, nessa pessoa existe e reconhece-se essa família e comunidade (Alarcão, 2002; Relvas, 2006). Perante isto, é possível trabalhar sistemicamente com a família apenas com um membro com o objetivo de o ajudar a compreender “o que de si está no todo e o que do todo está em si” (Alarcão, 2002, p. 51).

A comunicação constitui a matriz das interações entre os membros do sistema familiar. Para conhecer as interações, entre os elementos, é fundamental identificar o padrão das mensagens e não tanto o conteúdo (Alarcão, 2002). Assim, é essencial perceber a forma como a comunicação flui entre os membros da família. Ouvir todos os elementos onde toda a informação transmitida é importante e valorizada de igual modo.

Em síntese, Wright e Leahey (2011), ressaltam alguns conceitos da teoria dos sistemas, aplicados com as famílias, dos quais se destacam:

- Um sistema familiar é parte de outro sistema mais amplo, composto por subsistemas;
- A família como um todo é maior que a soma das partes;
- Uma mudança num elemento da família afeta todos os outros;
- A família é capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade;
- Os sistemas familiares têm a capacidade de se autorregular;
- Toda a comunicação não verbal é significativa;
- A comunicação possui conteúdo e relacionamento.

2.2. A família da pessoa com doença mental

A nível europeu, incluindo Portugal, tem havido um movimento de modernização dos serviços de saúde mental, sendo a tendência a manutenção da pessoa com doença mental na comunidade, promovendo a sua autonomia e integração social.

A família assume um papel fundamental como cuidadora da pessoa com doença mental em que, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica participa, realizando intervenções que “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427).

O Plano Nacional de Saúde Mental reforça que, “não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias” (Alto Comissariado para a Saúde, 2008, p.19).

De acordo com a OMS, a saúde mental é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades próprias, pode manejar as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e é capaz de prestar uma contribuição para a sua comunidade”. Assim, a saúde mental é muito mais que a ausência de doença mental, é uma condição de serenidade e de capacidade que cada pessoa tem para fazer face às adversidades da vida. A família é o primeiro refúgio, apoio e suporte para

enfrentar os desafios da vida e da saúde dos seus membros. No entanto, quem cuida da família quando esta enfrenta os desafios da doença mental?

Na literatura, encontram-se vários estudos que remetem para a falta de apoio à família da pessoa com doença mental, nos sentimentos vivenciados e na dificuldade do sistema familiar em se auto-organizar perante a experiência da doença.

Um estudo realizado por Gomes, Martins & Amendoeira (2011), sobre as famílias das pessoas com doença mental, refere que não foram encontradas referências ao apoio que os enfermeiros oferecem, perante o sofrimento destas famílias. O mesmo estudo revela que algumas famílias têm dificuldades de adaptação à situação de doença mental, vivendo com sentimentos de angústia, medo e por vezes de esgotamento. Como forma de lidarem com o estigma, que ainda sentem, isolam-se dos grupos sociais e da família alargada. Muitas vezes, as famílias cuidam da pessoa com doença mental pelo afeto, pela preocupação ou pela obrigação social e esquecem-se de cuidar de si próprias, ou não têm expectativas de mudança no futuro (Eloia et al, 2014).

Para Almeida, Felipes & Dal Pozzo (2011), compreender a angústia dos familiares cuidadores da pessoa com doença mental é fundamental para uma boa relação entre o enfermeiro, a família e a pessoa doente. A falta de conhecimento e compreensão da doença mental dificultam o compromisso terapêutico e aumentam o sentimento de incapacidade e de desamparo da família que, muitas vezes, se encontra desgastada.

Gomes (2015) corrobora que, a família enfrenta “dificuldades de vária ordem, nomeadamente a nível de valores e crenças, do estigma, sobrecarga física, emocional e financeira” (p. 73) tendo impacto direto na vida familiar e dos seus membros. A doença prolongada ou em fase aguda torna-se desgastante para os membros da família. Salientando a redução das relações sociais e do tempo livre para outras atividades que não a de cuidar da pessoa doente, dificuldades económicas, sentimentos de vergonha e desorientação causada pela pouca informação sobre a doença.

Cuidar de uma pessoa com doença mental torna-se um desafio para a família, que muitas vezes, não se sente preparada, vê a sua vida social e profissional comprometida, desenvolvendo sentimentos de tristeza e impotência e revelando exaustão emocional e física. A falta de informação e uma rede de suporte familiar limitada são apontados como dificuldades suportadas pela família (Kebbe et al, 2014) e surgem como foco de atenção dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à família têm como finalidade a sua capacitação, maximizando o seu potencial de saúde, através da mobilização de recursos internos e externos, que promovam novas formas de interação e que fortaleçam a saúde e a autonomia da família (Figueiredo, 2012). Na comunidade, há recursos disponíveis que devem ser considerados como suporte e aconselhamento para a família, tais como: serviços de saúde, profissionais de saúde, amigos, família alargada ou vizinhos.

Wright e Leahey (2011), salientam que os enfermeiros devem desenvolver competências para envolver a família nos cuidados de saúde, nos domínios da prática de enfermagem, enfatizando a família como unidade de assistência. O enfermeiro com formação especializada em saúde mental, detém competências e capacidades, que ao serem mobilizadas na prática clínica, permitem identificar problemas e necessidades da família e atuar no seu contexto de vida (OE, 2018).

Gomes (2015) evidenciou as vivências das famílias de pessoas com doença mental, em três subcategorias: dinâmicas do funcionamento familiar, recursos de adaptação utilizados pela família e estruturas de apoio. Nas dinâmicas do funcionamento familiar, verificou que a família tem necessidade de se reorganizar, face ao aparecimento da doença mental. Manifesta dificuldade na adaptação ao desempenho de novos papéis, défice de conhecimentos sobre a doença, mudanças na vida familiar e tem dificuldades na convivência com o familiar doente. O enfermeiro deve manter uma relação de proximidade, que favoreça a exposição de sentimentos, do sistema familiar.

Os recursos de adaptação utilizados pela família envolvem as crenças e as estratégias de *coping*. O enfermeiro poderá ter de desmistificar o sentido de algumas crenças. Nem sempre, as estratégias de *coping* permitem que a família se adapte ao processo saúde/doença, sendo necessário a intervenção do enfermeiro (Gomes, 2015).

As estruturas de apoio a que a família pode recorrer podem ser serviços públicos, privados ou de solidariedade social. Foram ainda identificados apoios no interior da família ou na vivência de rituais religiosos ou culturais embora haja famílias que não sabem a quem recorrer. Neste estudo, a autora, detetou que as “famílias procuram pouca ajuda e os enfermeiros não estão na primeira linha de apoio às famílias, pelo menos nas situações em que são as famílias a procurar ajuda” (Gomes, 2015, p.114).

2.3. Teoria de sistemas de Betty Neuman

A abordagem da família remete para uma abordagem sistêmica pelo que foi adotado o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. O Modelo de Sistemas de Neuman é baseado na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos em que todos os elementos estão em interação. Este modelo relaciona quatro pressupostos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente.

O conceito de pessoa, enquanto cliente/sistema de cliente, pode ser um indivíduo, família ou grupo que está em constante mudança e em interação com o ambiente. O cliente é um composto dinâmico em interação, com fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. O ambiente é definido como, todos os fatores internos ou externos que rodeiam ou interagem com a pessoa. Para Neuman a saúde é um contínuo de bem-estar ou mal-estar, dinâmico e constantemente sujeito a mudança. O bem-estar é alcançado quando, as partes do sistema interagem em harmonia e as necessidades do sistema estão satisfeitas (Freese, 2004).

No seu desenvolvimento rumo ao crescimento e sobrevivência, os sistemas abertos tornam-se mais diferenciados e complexos em que as trocas entre o cliente e o ambiente são recíprocas. O ideal é adquirir uma estabilidade no sistema que quando alcançada ocorre uma revitalização. O cliente tende a procurar ou a manter o equilíbrio entre os vários fatores que o tentam perturbar. Neuman denomina estas forças de stressores (George, 2000). Os stressores podem ser intrapessoais (forças que ocorrem dentro da pessoa), interpessoais (forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos) ou extrapessoais (forças que ocorrem fora do sistema). (Freese, 2004).

O sistema de cliente consiste numa estrutura básica, protegida por linhas de resistência representando os fatores de recurso que ajudam a lutar contra um stressor. A linha de defesa normal representa o estado de estabilidade do sistema e funciona como padrão para avaliar os desvios de bem-estar do cliente. A linha de defesa flexível é dinâmica e pode ser alterada rapidamente, funciona como um protetor para impedir o stressor desequilibrar o estado de bem-estar (Freese, 2004).

Neuman definiu o processo de enfermagem em três fases: diagnóstico de enfermagem, objetivos de enfermagem e resultados de enfermagem. No diagnóstico obtém-se uma base de dados a partir da qual se determina as variações do bem-estar. Os objetivos são estabelecidos em negociação com o cliente, para corrigir as variações do

bem-estar. Os resultados são determinados pela intervenção de enfermagem através da aplicação de um ou mais modos de prevenção e intervenção. Assim, confirma os objetivos definidos ou reformula os objetivos seguintes (Freese, 2004).

As intervenções de enfermagem são ações que visam ajudar o cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema. As intervenções ocorrem através de três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária ocorre quando é identificado o stressor, o grau de risco é conhecido, mas ainda não existe reação. Na prevenção secundária há reação do sistema ao stressor. Os recursos do cliente são mobilizados para a estabilização do sistema, fortalecer as linhas internas de resistência, reduzir a reação e aumentar os fatores de resistência. A prevenção terciária centra-se na estabilização do sistema quando a prevenção secundária está estabelecida. Tem por finalidade fortalecer a resistência aos stressores para prevenir a regressão ou reaparecimento da reação (Freese, 2004).

2.4. Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

As intervenções de enfermagem, requerem um modelo que oriente a colheita de dados permitindo identificar dificuldades e potencialidades, para desenvolver intervenções com resultados, na qualidade de vida da família. O modelo adotado na realização deste trabalho é o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Este modelo foi desenvolvido por Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, enfermeiras canadianas, que o publicaram pela primeira vez em 1984 e tem sido adotado por várias escolas de enfermagem de todo o mundo. Baseia-se em fundamentos teóricos que envolvem conceitos como os sistemas teóricos, cibernética, comunicação e mudança (Wright e Leahey, 2011).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros adota, em 2011, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, como referencial teórico no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem. Este modelo é sustentado no pensamento sistémico, tendo como base teórica o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Um modelo de avaliação da família permite, organizar a informação proporcionando um foco para a intervenção. O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar é multidimensional e inclui três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional. Cada

categoria contém várias subcategorias que vão ser exploradas de acordo com a avaliação de cada família, isto é, nem todas as subcategorias necessitam de ser avaliadas na primeira entrevista e algumas podem nunca ser exploradas. É um modelo dinâmico e refere-se a um determinado momento no tempo que permite conhecer a família na sua dinâmica e complexidade (Wright e Leahey, 2011).

A avaliação estrutural da família, compreende a estrutura interna (composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimentos, subsistemas e limites), a estrutura externa (família alargada e sistemas mais amplos) e o contexto (etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente), (Wright e Leahey, 2011).

Conhecer os limites do sistema familiar revela a sua autonomia e conduz para a intervenção a desenvolver. Fornece uma informação importante sobre o funcionamento do sistema, sobre quem é quem e como interagem. Uma família flexível tem uma liderança igualitária, com uma abordagem democrática entre os seus membros, incluindo as crianças. As regras e os papéis são partilhados e adequados às idades. Em casos mais extremos, as famílias podem ser descritas como rígidas ou caóticas. Nas famílias rígidas é um dos membros que controla a dinâmica familiar, impondo uma rigidez de papéis e inflexibilidade nas regras (Olson, 2000). Segundo Carvalho (2015), as famílias com características mais rígidas têm maior dificuldade em superar as dificuldades pois não permitem a ajuda externa.

O genograma e o ecomapa são dois instrumentos úteis para a avaliação estrutural da família. O genograma é um diagrama do grupo familiar, com os seus vínculos afetivos, onde habitualmente são consideradas três gerações. O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade (Pereira et al, 2009).

Na avaliação do desenvolvimento são exploradas três subcategorias: estágios, tarefas e vínculos afetivos. É avaliado o desenvolvimento da família enfatizando a sua trajetória única modelada por eventos que foram previsíveis ou imprevisíveis como doenças ou tendências sociais. Devem ser discutidas as alegrias e conquistas assim como as tensões e dificuldades (Wright e Leahey, 2011).

Para Relvas o desenvolvimento familiar reporta-se à “identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e essas tarefas caracterizam as suas etapas” (2006, p.16). O mesmo autor acrescenta que,

o desenvolvimento da família, processa-se tendo como base a criação de um sentimento de pertença ao grupo e a individualização/autonomização dos seus membros.

Wright e Leahey assumem seis estágios do ciclo de vital da família: jovens adultos solteiros, o novo casal, família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes, saída dos filhos de casa e família no fim da vida (2011).

Relvas e Alarcão (2007) assumem novos contextos familiares, variantes do ciclo vital, ao falarem em novas formas de família. Mudanças na sociedade conduzem a transformações na dita família tradicional. As uniões de facto, na sua vertente homossexual ou heterossexual são exemplo dessa transformação. As famílias de acolhimento e as adoções surgem como recurso numa sociedade que se depara com um aumento da violência familiar e uma crescente infertilidade. A monoparentalidade pelo divórcio, por viuvez ou gravidez na adolescência justapõe o modelo de família nuclear intacta. Estas transformações impõem o desenvolvimento de novas configurações mentais da família.

A Linha de Medalie é um instrumento de avaliação de desenvolvimento da família. Constitui a linha de vida e os problemas vivenciados pela família. Permite identificar os acontecimentos relevantes, do sistema familiar durante o seu processo de desenvolvimento.

A avaliação funcional refere-se a como os membros da família interagem entre si e envolve a vertente instrumental e expressiva. O funcionamento instrumental insere as atividades de vida diária. O funcionamento expressivo refere-se à comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças (Wright e Leahey, 2011).

O diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar pode ser consultado no Anexo 1.

Com a avaliação são conhecidas as potencialidades e identificadas as dificuldades da família. São delineadas intervenções, propostas e discutidas com a família em que o objetivo da intervenção de enfermagem é promover ou facilitar a mudança. O Modelo de Calgary de Intervenção na Família tem por base as potencialidades e é orientado à resiliência da família. Este modelo assenta em três domínios do funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental.

As intervenções devem ser planeadas para promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar em um, dois ou até nos três domínios, sendo que uma alteração

num dos domínios pode influenciar os outros. As intervenções devem ser adaptadas a cada família e ao domínio de funcionamento familiar com o objetivo de “ajudar os membros da família a descobrir novas soluções e a reduzir ou aliviar os sofrimentos emocional, físico e espiritual” (Wright e Leahey, 2011, p.179). É de primordial importância identificar fragilidades, dificuldades ou necessidades no sistema familiar, validá-los com a família, como percebem o problema e a partir daí planejar a intervenção.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar permite conhecer a família como um todo e em parceria com os seus membros, propor intervenções que visem a melhoria da qualidade de vida familiar, potenciando as suas competências para fazer face aos desafios do quotidiano. Este modelo ajuda a encontrar o domínio do funcionamento familiar que necessita de mudança e orienta para a intervenção mais adequada (Wright e Leahey, 2011).

Uma das intervenções possíveis é o uso de perguntas ditas de intervenção, que se destinam a realizar mudança ao nível dos domínios. As perguntas de intervenção podem ser lineares ou circulares. As primeiras são investigativas, exploram a perceção de um problema por um elemento da família. As perguntas circulares objetivam encontrar explicações dos problemas, investigam os relacionamentos entre os membros, fatos, ideias ou crenças. No fundo, as perguntas lineares destinam-se à correção de comportamentos e as perguntas circulares visam a mudança (Wright e Leahey, 2011).

Wright e Leahey (2011), propõem outras intervenções para efetuar mudança nos domínios do funcionamento familiar. A nível do domínio cognitivo, são intervenções que têm o objetivo de mudar a forma de ver da família e o que percebe dos seus problemas de saúde, para que possam encontrar novas soluções. As autoras sugerem:

- Reforçar os pontos fortes do sistema familiar e dos seus membros;
- Fornecer informação e capacitar a família a obter informação sobre recursos.

As intervenções que visam efetuar mudança no domínio afetivo, são as que pretendem reduzir ou aumentar as emoções, que podem estar a impedir a solução do problema, Wright e Leahey (2011) mencionam:

- Validar ou normalizar as respostas emocionais;
- Incentivar as narrativas de doenças;
- Estimular o apoio familiar.

Para efetuar mudança no domínio comportamental, as intervenções têm como finalidade, ajudar os elementos da família a mudar a forma de interagir e de se comportar na relação. As autoras propõem:

- Incentivar e apoiar os membros da família a serem cuidadores;
- Planejar momentos que permitam descansar;
- Promover rotinas.

Para os enfermeiros “o objetivo final é ajudar os membros da família a descobrir novas soluções e a reduzir ou aliviar os sofrimentos emocional, físico e espiritual (Wright e Leahey, 2011, p.179).

3. METODOLOGIA DE ESTUDO DE CASO

O trabalho desenvolvido assentou na metodologia de estudo de caso tendo por base a abordagem qualitativa. Na abordagem qualitativa, a investigação é feita com os participantes, apoiando-se num raciocínio indutivo, sustentado pela revisão da literatura (Fortin, 1999).

Os participantes foram as famílias de pessoas, com idade superior a 18 anos e com o diagnóstico médico de uma doença mental.

A metodologia de estudo caso é um recurso de investigação utilizado pela enfermagem, pois permite estudar fenómenos complexos da vida, no seu contexto real, de forma intensiva e profunda, recorrendo a múltiplas fontes de evidência, para compreensão dos factos relacionados com indivíduos, grupos ou organizações (Andrade et al, 2017). É um método de pesquisa estruturado, que pode ser aplicado em diversas situações para o conhecimento de fenómenos individuais ou de grupo, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão. O objetivo deste método é descrever, entender, explorar e avaliar a situação e a partir daí, determinar fatores causais e estabelecer ações (Galdeano, 2003). Yin (2005) refere que o estudo caso utiliza várias técnicas de pesquisa salientando a observação direta e entrevistas às pessoas envolvidas.

Os estudos de caso tornam-se a melhor estratégia quando se colocam questões de partida “como” e “porquê”, quando o investigador tem pouco controlo sobre os acontecimentos ou quando o foco está num fenómeno atual inserido num contexto real. O projeto de pesquisa é a sequência que tem início nas questões de partida e termina nos resultados (Yin, 2005). Neste caminho existem várias fases, pelo que Galdeano (2003) construiu um guia orientador para os enfermeiros, com o objetivo de assegurar que não são esquecidos ou omitidos dados considerados essenciais e facilitar a elaboração do relatório. Este guia é constituído:

- Pelas **questões de partida**, que irão orientar o estudo;
- **Identificação**, é a fase de colheita de dados com objetivo de conhecer a pessoa ou o local em estudo;
- **Resumo dos problemas ou alterações identificadas**, consiste em analisar e categorizar os dados para caracterizar e definir o problema;
- **Fundamentação teórica**, corresponde à pesquisa na literatura informações que justifiquem as alterações ou o problema identificado;

- **Alternativas ou propostas** através da revisão da literatura, na procura da melhor evidência científica para identificar as propostas de resolução do problema e orientar a tomada de decisão;

- **Ações implementadas ou recomendadas**, onde se descreve as intervenções planeadas justificando a escolha, quando colocadas em prática é importante acompanhar a evolução e registar as mudanças;

- **Discussão**, diz respeito à apresentação e discussão do estudo caso com outros profissionais, num processo de reflexão e partilha de experiências, resultando num processo de decisão e avaliação.

3.1. Questão de partida

A prática baseada na evidência permite, através do pensamento reflexivo e crítico, resolver problemas da prática clínica, com a aplicação da melhor evidência científica disponível. A questão de partida é a base para encontrar as evidências disponíveis que permitem prestar cuidados seguros e de qualidade (Sousa et al, 2018). Tal como o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros em que, o avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista em saúde mental “incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (2011b, p. 3).

A questão de partida que norteou este trabalho, foi colocada na definição da problemática: como pode o enfermeiro intervir no acompanhamento da família da pessoa com doença mental no percurso da vivência da doença?

3.2. Instrumentos e técnicas utilizadas

A avaliação e intervenção familiar foi orientada pelo Modelo de Calgary recorrendo a pesquisa documental e a entrevistas semiestruturadas. A entrevista permite produzir um discurso espontâneo, criar uma relação de aproximação facilitadora da comunicação entre os intervenientes e permite ao profissional colher o essencial das representações e vivências do participante pois, é este que organiza as respostas (Gomes, 2015). Para tal foi assegurado o conforto, a privacidade e a individualidade de cada participante.

O Modelo de Calgary possibilita conhecer a família na sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento tornando-se uma ferramenta para identificar diagnósticos, podendo ser utilizada em contexto hospitalar e de cuidados de saúde primários (Monteiro et al, 2016).

Na avaliação estrutural e de desenvolvimento da família, foram utilizados como instrumentos, o genograma, o ecomapa, a linha de Medalie, a Escala de Graffar Adaptada e o Apgar Familiar. Os três primeiros foram descritos no subcapítulo 2.4.

A Escala de Graffar Adaptada faz a avaliação socio económica da família, tendo por referência o elemento do agregado familiar, que tem o maior vencimento. Na escala são avaliados cinco critérios: a profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e local de residência. A cada critério é atribuído uma pontuação de 1 a 5. O resultado final é constituído pela soma das pontuações e varia entre 5 e 25.

Com este instrumento é possível identificar a classe social de acordo com a pontuação final, permitindo identificar situações de risco:

- Pontuação entre 5 e 9 - **Classe alta**
- Pontuação entre 10 e 13 - **Classe média alta**
- Pontuação entre 14 e 17 - **Classe média**
- Pontuação entre 18 e 21 - **Classe média baixa**
- Pontuação entre 22 e 25 - **Classe baixa**

Para complementar a avaliação funcional da família, aplicou-se o instrumento denominado Apgar Familiar, permitindo avaliar a satisfação de um elemento da família face a assistência prestada pelos restantes familiares. Esta escala caracteriza:

- **Adaptação intrafamiliar** refere a utilização dos recursos, dentro e fora da família para a resolução de problemas que ameaçam o equilíbrio familiar;
- **Participação/comunicação** reflete as tomadas de decisão e responsabilidade pelos elementos da família;
- **Crescimento/desenvolvimento** alude à maturidade física, psíquica e emocional dos membros da família através de apoio e orientação mútuos;
- **Afeto** pela presença de relações de cuidados e afetivas entre os elementos da família;

- **Resolução/decisão** tomado pelo compromisso de dedicar tempo aos membros da família, implicando uma decisão na partilha de bens e espaços (Andrade e Martins, 2011).

Cada questão permite as respostas de “quase sempre”, “algumas vezes” ou “quase nunca”, com as pontuações de 2,1 e 0 respetivamente. O resultado é obtido pela soma das pontuações de cada resposta e varia entre 0 e 10. O total permite classificar o tipo de relação familiar:

- Pontuação de 7 a 10 - família **altamente funcional**;
- Pontuação de 4 a 6 - família com **moderada disfunção**;
- Pontuação de 0 a 3 - família com **disfunção acentuada**.

3.3. Identificação

No decurso do estágio foi realizada, esta abordagem com duas famílias de pessoas com doença mental, tendo como orientador o Modelo de Calgary, permitindo conhecer a família nos seus domínios estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foi mobilizada uma família em contexto comunitário (família 1) e outra família em contexto hospitalar (família 2).

O tempo de estágio revelou-se insuficiente no contexto da comunidade. O facto de a utente não cumprir os dias agendados para a consulta, limitou as entrevistas, que ficaram reduzidas a três. As entrevistas decorreram com a utente. Não houve oportunidade para entrevistar o marido.

No contexto de internamento esta dificuldade não foi sentida. As interações surgiam de uma forma programada ou espontânea, no decorrer dos dias. As entrevistas decorreram com a utente, com a irmã e com as duas.

As interações desenvolveram-se tendo por base a relação terapêutica, onde as famílias foram reconhecidas como detentoras de um modo único de interação com o ambiente, permitindo-lhe uma maior consciência de si e dos seus próprios recursos para fazer face as suas dificuldades e responder às suas necessidades (Chalifour, 2008).¹

Para este processo de avaliação da família foi necessária “a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de

¹ **Competência 2 EEESMP** “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018).

observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21428).

As famílias são classificadas e descritas de seguida, segundo o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, permitindo conhecer e compreender as famílias na sua multidimensionalidade.² O foco de avaliação da família centra-se mais nas relações entre os seus membros do que nas pessoas de forma individual. No apêndice 1 e 2 podem ser consultadas as avaliações de forma mais detalhada.

No domínio estrutural: a família 1 é uma família nuclear constituída pelo casal. A esposa, a D. H., é a pessoa índice. A D. H. tem 58 anos, é casada com o Sr. P. há 35 anos. O Sr. P. tem 57 anos. O filho do casal, o Sr. S., nasceu um ano depois do casamento.

O filho saiu de casa recentemente, para constituir família. Como família alargada foram identificadas a tia materna, dois primos e um amigo (que considera como família). São pessoas, com quem tem um vínculo forte e a quem recorre, quando precisa de apoio emocional ou de suporte nas tomadas de decisão.

É uma família com limites rígidos (Olson, 2000).

O casal está desempregado, a D. H. com baixa médica há mais de 6 anos, o marido desempregado recentemente, a receber subsídio de desemprego. Este é o seu recurso económico.

É uma família de classe média (avaliação efetuada segundo a Escala de Graffar). Residem em casa própria, com boas condições habitacionais.

O subsistema conjugal é pouco permissivo, sendo o marido quem toma as decisões em relação ao casal. Fazem poucas atividades em conjunto.

A religião tem uma dimensão importante nesta família. É a única atividade que fazem em família, é um momento de interação entre os membros da família. É um local de encontro, harmonia e de bem-estar.

No domínio de desenvolvimento: esta família, encontra-se na etapa do ciclo vital, da família com saída do filho de casa. Esta etapa promove uma renegociação do subsistema conjugal como díade e uma abertura para incluir o cônjuge ou parceiro do filho (Wright e Leahey, 2011).

² **Unidade de Competência F2.2. EEESMP** “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2018).

Com a linha de Vida de Medalie identificam-se momentos críticos que alteraram o desenvolvimento da Família. O nascimento do filho, em que a D. H. sentiu pouco apoio da família, as suas tentativas de suicídio, o falecimento do pai e o desemprego dos cônjuges.

As tarefas domésticas e a gestão financeira são assumidas pelo marido. A D. H. tem pouca participação nas decisões e tarefas domésticas, considera que a sua opinião não é tida em consideração.

Existe um vínculo fraco entre o subsistema conjugal. A D. H. tem um vínculo forte com o filho. O pai tem um vínculo fraco com o filho e, por vezes, gerador de stress quando o filho o confronta com o seu comportamento, para com a mãe e a sua doença.

No domínio funcional: nas consultas de enfermagem a D. H. expressa a sua indignação e revolta, por o marido tomar todas as decisões. No entanto, sente-se incapaz de abordar o tema com o marido.

O Apgar familiar, foi aplicado à pessoa índice, que evidenciou uma família com moderada disfunção. A D. H. está pouco satisfeita, com o apoio e atenção que a família lhe oferece. Deseja fazer mais atividades com o marido e que a tomada de decisão seja partilhada.

No domínio estrutural: a família 2 é uma família monoparental, por viuvez, liderada pela mãe, que coabita com a filha mais velha. A filha mais velha, a D. W., é a pessoa índice, é solteira e tem 57 anos. A mãe, D. Z. tem 89 anos e está reformada. A filha mais nova, D. S. tem 55 anos e já constituiu família. É casada, vive com o marido e os dois filhos que são jovens adultos.

Como família alargada foram identificadas a irmã e uma tia materna a quem recorrem para apoio emocional e partilha de decisões. Existem vínculos fortes entre o subsistema parental e o subsistema fraternal. O subsistema conjugal, formado pela D. S. e o marido, tem um vínculo fraco e uma relação conflituosa pois não reconhece a doença da cunhada e não aceita o apoio que a esposa dá à mãe e à irmã.

Quanto aos limites é considerada uma família flexível (Olson, 2000).

É uma família de classe média alta (avaliação efetuada segundo a Escala de Graffar).

A D. W. tem uma vida mais sedentária e uma alimentação pouco saudável, tendo preferência por hidratos de carbono.

Os subsistemas parental e fraternal são muito protetores. O subsistema parental muito permissivo com dificuldade em impor regras. Identifica-se isolamento social por parte da utente.

O rendimento familiar vem da reforma da mãe e da utente. A irmã também ajuda quando é necessário.

A família reside em casa própria com boas condições habitacionais. A casa raramente está organizada e limpa porque a utente desarruma e espalha objetos, a casa está muito cheia. Têm uma empregada doméstica que faz a limpeza e prepara as refeições, mas o tempo revela-se insuficiente. A irmã faz a gestão económica e ajuda na organização do apartamento.

No domínio de desenvolvimento: está na etapa família em fim de vida, do ciclo vital. Esta etapa começa com a reforma, termina com a morte dos cônjuges e caracteriza-se por uma adaptação ao envelhecimento e por uma interdependência com a geração subsequente (Wright e Leahey, 2011).

Na linha de vida de Medalie foram identificados momentos críticos do processo de saúde/doença da D. W. e que alteraram o desenvolvimento da família. A vinda da família para Portugal. Sem recursos, têm de recomeçar uma nova vida, ficam a viver no sul do país. Com 17 anos vêm, com a irmã, estudar para a capital e residem as duas numa casa alugada pelos pais.

Aos 26 anos inicia seguimento, de forma irregular, em consulta de psiquiatria por comportamentos bizarros, isolamento social, com dificuldades e grande sofrimento nas relações interpessoais. Passados 7 anos, surge o primeiro internamento numa instituição de saúde, por quadro psicótico de características paranoides.

Com 38 anos, num contexto de internamento, realiza eletroconvulsivoterapia, ficando com epilepsia sequelar. Passados 3 anos, surge novo internamento, com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide recaída com depressão e ideação suicida. Num fim de semana que passa em casa, faz tentativa de suicídio, saltando da janela, fazendo uma fratura de vertebra cervical com necessidade de transplante de osso e internamento prolongado, ficando sem sequelas físicas. No ano seguinte falece o pai, na sequência de uma vasculite.

Está internada, há cerca de 2 meses, por agravamento dos sintomas psicóticos com evolução de um ano.

A D. W. não participa e não demonstra interesse, em participar nas tarefas domésticas, sobrecarregando a irmã que já faz a gestão da própria casa.

Foram identificados vínculos fortes entre a mãe e as filhas e entre as irmãs. O cunhado tem um vínculo fraco e gerador de stress com a esposa, sogra e cunhada. Os sobrinhos têm um vínculo intermédio com a tia e com a avó.

A utente tem dificuldade na gestão do regime terapêutico e a mãe não tem capacidade para supervisionar.

No domínio funcional: na comunicação emocional, a D.W. demonstra embotamento afetivo. A irmã expressa emoções e sentimentos como a zanga por não encontrar ajuda na comunidade, a raiva por o marido não aceitar a doença da irmã e não dar apoio emocional, exaustão por dificuldade em fazer a gestão da casa onde mora a utente. No entanto, a utente fica inquieta quando a irmã expressa os seus sentimentos e emoções. A irmã é o membro da família com maior influência e autoridade sobre a utente, é ela que identifica e toma iniciativa para resolver os problemas.

A D. S. acredita que, a utente tem sido mal-acompanhada pelos profissionais de saúde, levando a uma evolução da sua doença. É incapaz de expressar que a irmã tem uma doença mental grave.

A irmã assumiu, recentemente, o papel de cuidadora. Este papel era assegurado pela mãe.

O Apgar Familiar, foi aplicado à pessoa índice, sugere uma família altamente funcional. Sente-se satisfeita com o apoio que recebe, com o tempo que passa com a família e como resolvem os problemas. Existe uma forte união entre a mãe, irmã e utente.

3.4. Resumo dos problemas ou alterações identificadas

Ao conhecer as famílias na sua multidimensionalidade, com auxílio do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar, foram identificadas dificuldades³ e pontos fortes.⁴

Na família 1 foram identificadas as seguintes **dificuldades**, que não foi possível validar com a família:

- Comunicação familiar diminuída;

³ **Critério de avaliação F3.1.2.** “Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar” (OE, 2018).

⁴ **Critério de avaliação F2.2.2.** “Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” (OE, 2018).

- Dificuldade na expressão das emoções;
- Fraca coesão familiar;
- Rendimento familiar insuficiente motivado pelo desemprego (problema futuro).

Foram reconhecidos como **recursos**:

- A família alargada (tia e primos) e um amigo;
- Rede de suporte social e emocional no templo;
- A consulta de enfermagem.

Na família 2, foram identificadas e validadas com a família, como principais **dificuldades**:

- Isolamento social/socialização comprometida;
- Dificuldade na gestão das emoções;
- Deficit de informação sobre a doença mental e a sua evolução;
- Sobrecarga do cuidador;
- Rede de suporte emocional insuficiente.

Como **recursos** destacaram-se:

- Forte coesão familiar (entre a utente, mãe e irmã);
- Rede de suporte emocional dado pela tia materna.

3.5. Fundamentação teórica

Após serem conhecidas as famílias, identificadas as suas dificuldades e recursos, foi feita uma pesquisa bibliográfica de estudos que justifiquem os dados encontrados. Algumas informações já tinham sido colhidas e apresentadas no enquadramento teórico deste relatório, onde se descreve a família da pessoa com doença mental. No entanto, foi feita nova pesquisa, com o intuito de complementar a pesquisa já efetuada.

A Ordem dos Enfermeiros (2011b) ressalta que o enfermeiro especialista em saúde mental “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (p. 2).

Perante a doença mental, todos os membros da família se mobilizam num processo adaptativo que pode ou não ser adequado, interferindo no cotidiano familiar. Situações como a adaptação a novos papéis, sobrecarga física, emocional e económica podem favorecer o aparecimento de necessidades nos membros da família, especialmente os que estão mais próximos (Gomes, 2015).

Um estudo realizado por Gomes (2015), identifica dificuldades expressas pela família da pessoa com doença mental, nomeadamente dificuldades financeiras associadas ao desemprego ou assiduidade precária e aumento dos gastos com a terapêutica; interação familiar prejudicada; afastamento do convívio social e familiar; pouca participação em atividades de lazer e dificuldades em lidar com o doente; dificuldade de entre ajuda e de encontrar apoio na comunidade e os que encontram não são organizados. Sentimentos de desalento, falta de confiança e isolamento social por parte da família são indicadores das suas dificuldades.

A família da pessoa com doença mental tem, muitas vezes, a necessidade de se reorganizar face às suas rotinas, às dificuldades financeiras, ao desgaste físico e emocional pelo confronto com a doença e pelos cuidados que presta ao familiar (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012).

A relação familiar é sempre comprometida pelas dificuldades que surgem ao nível da comunicação, constituindo um foco de atenção, por parte dos enfermeiros, para melhorar os aspetos comunicacionais da família (Carvalho, 2012).

O estigma da doença mental leva que o diagnóstico seja ocultado pela família. Este comportamento acentua o isolamento e o sofrimento da família e da pessoa doente. A falta de compreensão da doença mental conduz a uma redução dos contactos sociais, principalmente pelo absorvente papel do cuidador, que se chega a esquecer de outros papéis familiares (Gomes et al, 2017). Tanto a família como o elemento com doença mental, mostram dificuldade em verbalizar o nome da patologia mental, mesmo perante um enfermeiro especialista em saúde mental (Carvalho, 2012).

Gomes (2015), enumera algumas estruturas de apoio referidas pela família. A família alargada são os primeiros a serem identificados como disponíveis para oferecer ajuda. Recorrem aos profissionais de saúde quando não conseguem lidar com a situação. Há famílias que desconhecem a quem recorrer e não têm informação sobre os recursos disponíveis na comunidade. Eaton et al (2011) corroboram, referindo que a família utiliza

como recursos a família alargada, os profissionais de saúde em saúde mental e acrescentam a espiritualidade. Deste modo, recebem apoio emocional para lidar com o seu familiar com doença mental.

3.6. Alternativas ou propostas

Para dar resposta às dificuldades identificadas, com o objetivo de potencializar as capacidades das famílias, foi realizada uma revisão da literatura, para identificar as propostas de resolução de problemas e orientar a tomada de decisão na intervenção na família. As propostas de intervenção foram sustentadas pelo Modelo de Calgary de Intervenção na Família, já descrito no enquadramento teórico.

A Ordem do Enfermeiros refere que, a avaliação em enfermagem de saúde mental “sintetiza a informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente” (2011b, p. 2).

O Modelo de Calgary de Intervenção na Família tem por base as potencialidades e é orientado para a resiliência da família. Assenta na promoção, melhoria e manutenção de um funcionamento familiar eficaz nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. As intervenções perspetivam promover ou facilitar a mudança, sendo as mudanças a nível cognitivo as mais desafiadoras, pois ocorrem no âmbito das crenças familiares (Wright e Leahey, 2011).

A família tem a necessidade de se reorganizar para dar resposta às dificuldades sentidas. Esta “reorganização contempla aspetos relacionados com o doente, aspetos relacionados com a família e aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde ou outros apoios da comunidade” (Gomes, 2015, p. 115).

De acordo com Gomes, a interação familiar com a pessoa com doença mental é muitas vezes complexa. Esta complexidade faz com que alguns elementos da família, tenham dificuldade interagir com o elemento com doença mental, tornando o processo relacional prejudicial para ambos. Assim, “Uma das formas de oferecer ajuda a estas famílias é através da colaboração no estabelecimento de condições básicas para o seu relacionamento” (2015, p.131).

Cuidar da família da pessoa com doença mental é contactar com o seu sofrimento, com as suas dificuldades, frustrações e aceitação da doença. É evidente a necessidade

que a família tem de narrar as suas vivências, partilhar as suas experiências, de serem ouvidos e de serem orientados na resolução de problemas. A família tem o papel de cuidar, incentivar, ser suporte seguro e de confiança, pois é na família que os seus membros procuram apoio, compreensão e alternativas (Borba, et al, 2011).

Para Gomes, a família é o suporte com o qual se pode contar independentemente das dificuldades que enfrentam, constituindo um espaço de socialização e de proteção dos seus membros. “Para que possa continuar a sê-lo é necessário conhecer as suas dificuldades na transição e oferecer-lhes os cuidados que necessitam” (2015, p. 146).

A família, ao ser acompanhada por profissionais de saúde especializados, sente-se cuidada gerando sentimentos de segurança e sente-se acolhida favorecendo uma reflexão sobre questões do cotidiano. Permite um espaço de diálogo sobre questões familiares, promove a psicoeducação sobre a doença, a sua evolução, como cuidar do seu familiar e apoio na resolução de problemas. O conhecimento de que determinado comportamento está associado à doença e não à vontade da pessoa com doença mental transforma as relações familiares (Martins e Guanaes-Lorenzi, 2016).

Eaton et al (2011) salienta que a família espera que os profissionais de saúde mental forneçam informação sobre a doença e como lidar com o seu familiar com doença mental.

No seu estudo Gomes (2015) destaca que, as intervenções de enfermagem na família são orientadas pela avaliação das suas necessidades, que passa por conhecer as dinâmicas familiares, identificar as necessidades e esclarecer a família. Para conhecer as dinâmicas familiares, a autora identifica:

- A família é um todo, composta pelos elementos saudáveis e pelo elemento com doença mental;
- A família é o suporte da pessoa com doença mental após a alta;
- A pessoa com doença mental, pode estar integrado na família com a sua própria dinâmica;
- Reconhecer a importância de inserir a família no processo terapêutico como medida facilitadora da transição.

Na identificação das necessidades da família, a autora encontrou:

- Sobrecarga emocional;
- Necessidade de conforto;

- Necessidade de informação;
- Necessidade de apoio;
- Necessidade de ajuda nas transições saúde/doença.

Para esclarecer a família, elucida:

- Que o familiar tem uma doença;
- Sobre os comportamentos do membro com doença mental;
- Alertar para sinais de descompensação;
- Esclarecer dúvidas e adaptar estratégias relativas à administração da medicação.

Os enfermeiros devem ter capacidade, para identificar os momentos em que se devem aproximar da família e que esta sinta abertura para expor as suas dificuldades. As intervenções planeadas devem considerar o fortalecimento das relações familiares pois, facilitam a abordagem ao doente, promovem a adesão terapêutica e previnem novas crises na família (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012).

De acordo com Gomes (2015), as intervenções de enfermagem, ajustadas as necessidades da família, passam por dar apoio, confortar, saber ouvir e a preparação para a alta. Chalifour, (2008) acrescenta que, a família pode experienciar medos, ansiedade e momentos de desalento que põem à prova a sua confiança traduzindo-se em dificuldades que não consegue resolver sem uma ajuda exterior. Nestes momentos é importante o suporte, em que suportar é dar apoio, que pode ser instrumental, afetivo, cognitivo, social ou espiritual.

Segundo Gomes, o apoio prestado à família “está relacionado com informações sobre a doença, sobre vigilância na administração dos psicofármacos e integração do doente na família” (2015, p. 132).

Uma atitude de compreensão perante um comportamento menos assertivo, por parte da família, será considerada uma intervenção de enfermagem (Gomes, 2015). É importante que o enfermeiro compreenda o que lhe é comunicado e que reconheça o que recente e vive, deve conhecer a compreensão afetiva e cognitiva que a família possui da situação e devolver-lhe o que compreendeu. Deste modo, a família sente-se compreendida, é incentivada a partilhar a sua experiência e a procurar alternativas às suas dificuldades de acordo com os seus recursos e expectativas (Chalifour, 2008).

Em saúde mental, torna-se importante desenvolver competências comunicacionais, onde se valorize a comunicação não verbal, se saiba interpretar o que

não é verbalizado e se saiba dar um significado às mensagens da família. A comunicação é “um processo interativo que envolve sentimentos e do qual se espera que existam mudanças nas pessoas envolvidas” (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012, p. 59).

Saber ouvir implica escutar e observar. Escutar o que é dito e observar o não verbal, os sentimentos e emoções que não são verbalizados, mas que estão implícitos. O enfermeiro deve promover que a família expresse o seu sofrimento, libertando as suas emoções e escutando-se a si própria. Deste modo, favorece que tenha uma nova perspetiva da sua experiência, e reconheça capacidades para ultrapassar as dificuldades (Phaneuf, 2005). Tal como reforçado por Relvas e Alarcão, “é da organização de cada história e da organização das várias histórias que emergem novos significados nas relações e que conseqüentemente, surge a mudança” (2007, p. 274).

O enfermeiro propõe intervenções que são um convite à mudança. No entanto não pode direcionar essa mudança, mas pode criar um contexto para que ela ocorra. Quando as intervenções não são reconhecidas com úteis pela família, o profissional deve estar aberto para propor intervenções alternativas. As intervenções devem ter em consideração as crenças familiares e serem vinculadas aos seus recursos (Wright e Leahey, 2011).

O regresso a casa, de um membro da família que esteve hospitalizado, pode constituir um momento de stress. A alta clínica é um momento de transição, com necessidade de uma reorganização da família, onde podem surgir dificuldades. Os enfermeiros terão que estar atentos para que, este momento, não comprometa o reequilíbrio familiar. Assim, a preparação para a alta é um momento privilegiado de intervenção com a família, uma oportunidade para esclarecer dúvidas e gerir expectativas face ao futuro (Gomes, 2015).

O Modelo de Calgary de Intervenção Familiar ajuda a identificar o domínio do funcionamento familiar onde é necessário promover a mudança e a determinar a intervenção mais adequada para tal. São vastas as possibilidades de intervenções na família, mas cabe ao enfermeiro adaptá-las a cada família e ao domínio de funcionamento familiar. É possível utilizar a mesma intervenção em várias famílias e para diferentes problemas. No entanto, não podemos esquecer que cada família é única com potencialidades específicas (Wright e Leahey, 2011).

Para (Wright e Leahey, 2011), não é esperado que se observem mudanças só com algumas intervenções ou que, as mudanças, sejam observadas num curto espaço de tempo. É impossível afirmar o tempo necessário para concluir que uma intervenção foi bem-sucedida.

Na pesquisa bibliográfica, foi encontrada evidencia de que os grupos de apoio a famílias, de pessoas com doença mental, são um espaço de partilha de emoções, de aprendizagem, de libertação e de porto de abrigo. Os grupos intervêm a nível educativo e emocional permitindo a expressão de emoções, desabafar, partilhar e sobretudo ser compreendido. A partilha permite fazer a apreciação e dar sugestões entre os participantes favorecendo um papel educativo, uma vez que são pares na adversidade e vivenciam situações semelhantes (Gomes et al, 2017).

Sampaio et al, reforça que existem benefícios nas intervenções psicoterapêuticas de grupo dinamizadas por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental (2017).

3.7. Ações implementadas ou recomendadas

Com a revisão da literatura, na procura da mais recente evidência científica, foram identificadas propostas de intervenções para capacitar as famílias, nas suas potencialidades, para enfrentar os desafios do cotidiano, tendo por base o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar.⁵

Na família 1, em concordância com as dificuldades identificadas, foram consideradas intervenções nos domínios afetivo e comportamental:

Domínio Afetivo

- Encorajar a expressão de emoções;
- Facilitar a comunicação familiar.

Domínio Comportamental

- Planear atividades em família (aproveitando as idas ao templo).

⁵ **Critério de avaliação F3.4.1.** “Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (OE, 2018).

Para a família 2, de acordo com as dificuldades reconhecidas, foram implementadas intervenções nos domínios afetivo, cognitivo e comportamental do funcionamento familiar:

Domínio Afetivo

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Incentivar a narrativa das vivências da doença e das dificuldades sentidas;
- Promover apoio emocional.

Domínio Cognitivo

- Promover o envolvimento da família alargada (sobrinhos);
- Encorajar relações interpessoais (vizinhos e amigos);
- Elogiar as competências e recursos da família nomeadamente a presença diária e apoio dado pela irmã;
- Adequar expectativas face a evolução da doença mental;
- Oferecer informação sobre os recursos da comunidade/orientar para serviços sociais.

Domínio Comportamental

- Planear rotinas;
- Programar momentos de descanso, estabelecendo objetivos semanais;
- Redistribuir tarefas domésticas.

3.8. Discussão

As intervenções, do enfermeiro especialista em saúde mental, no tratamento da pessoa com doença mental, “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e a qualidade de vida de toda a família” (OE, 2011b, p. 3).

As famílias foram avaliadas nas suas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional o que permitiu identificar, as dificuldades e os recursos para enfrentar os

desafios do quotidiano. Foram propostas intervenções, de uma forma colaborativa com a família, com vista, a introduzir a mudança.

Reconhecer e elogiar as competências da família e oferecer uma nova perspetiva do problema, cria um contexto para a mudança permitindo que a família descubra soluções para os desafios com que se depara no quotidiano e tenha ganhos em saúde (Wright e Leahey, 2011).

Durante o estágio, foram discutidos a avaliação e intervenção nas famílias, com as enfermeiras e professor orientadores de estágio. Foram momentos privilegiados de análise, reflexão e partilha de experiências.

No projeto foi planeado estudar quatro famílias, duas em cada contexto de estágio. Por motivos de tempo e disponibilidade das famílias foram avaliadas apenas 2, uma em cada contexto, constituindo uma limitação ao estudo.

O tempo de estágio não permitiu validar, com a família 1, as dificuldades e potencialidades identificadas, assim como não foi possível sugerir intervenções que a família reconhecesse como úteis. Teria sido importante reforçar os pontos fortes da família. As idas ao templo como ponto de união familiar e esses dias poderiam ser o pretexto, para desenvolver outras atividades em família, facilitar a comunicação entre os membros e reforçar os laços familiares.

Nesta família não foi possível entrevistar o marido. No entanto, teria sido possível trazer o marido através da utente uma vez que, numa visão sistémica, cada pessoa é um todo, parte da família e da comunidade onde se reconhece essa família e comunidade. Teriam sido usadas questões como: “o que acha que o seu marido sente quando faz as tarefas domésticas e a gestão financeira sozinho?” ou “como acha que o seu marido se sente quando toma medicação em excesso?” e a partir daí, sugerir intervenções que promovessem a mudança.

O contexto de internamento foi facilitador para avaliar a família 2, promovendo as entrevistas com a utente, com a irmã e com ambas. Apesar das intervenções terem sido validadas com a família, o tempo de estágio não permitiu a sua monitorização e avaliação.

As entrevistas revestiram-se de enorme utilidade, permitiram conhecer as famílias e foram cruciais para atingir a “excelência relacional, estando presente em todos os momentos de contacto onde o enfermeiro se mobiliza enquanto instrumento terapêutico” (Martins et al, 2021, P.31).

As famílias avaliadas assumiram como recursos, os membros da família alargada. Na literatura, foi encontrado referência à família alargada como um dos primeiros recursos identificados pela família, para fazer face às dificuldades do cotidiano, num processo adaptativo. Na família 1 foram identificados a tia, primos e um amigo. Na família 2 a irmã e a tia materna. A irmã assumiu recentemente o papel de cuidadora, dada a perda de capacidade da mãe, para tal.

A consulta de enfermagem foi identificada, como recurso, apenas pela família 1. Segundo Gomes (2015) a família procura ajuda, dos profissionais de saúde, quando já não consegue lidar com a situação e na maioria das vezes, o que considera necessário é o internamento. Os enfermeiros não estão na primeira linha quando a família pede ajuda.

Cabe a nós enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, mostrar que estamos disponíveis e que temos competências para ajudar, a família, a ultrapassar os desafios que surgem, na convivência com o familiar com doença mental.

A família 1 reconhece a vivência de rituais religiosos como um recurso. Cada pessoa tem uma dimensão espiritual, em que a espiritualidade contém princípios religiosos, morais e éticos que ajudam a pessoa a reconhecer a sua essência e o que é bom para si (Chalifour, 2008).

Foram identificadas emoções de alegria e prazer, promovidos pela fé, que potenciam a capacidade da pessoa para enfrentar as dificuldades, continuar a lutar pela sobrevivência e proporcionam alívio para o seu sofrimento. A espiritualidade é benéfica para a saúde mental e promove a qualidade de vida, com comportamentos de oração ou meditação que oferecem conforto e reduzem os fatores de stress (Murakami & Campos, 2012).

De acordo com Chalifour (2008), o reconhecimento da dimensão espiritual da pessoa reflete-se no enfermeiro, através do respeito que demonstra à pessoa, à sua liberdade, à vida e no modo como a acompanha.

Na família 1 foi identificada, como dificuldade, a comunicação familiar diminuída.

Phaneuf (2005), define comunicação como “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (p. 23). Pode ser feita de modo consciente ou inconsciente, verbal ou não verbal e é através da comunicação que se apreende e compreende “as intenções, as opiniões,

os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa, e segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (p. 23).

Dias complementa que, a comunicação é um fator determinante, que facilita as relações entre os membros da família. Comunicar subentende relação, promove capacidade de expressão que, quebra a solidão e promove o vínculo a outrem, “é satisfação das necessidades de ordem intelectual, afetiva, moral e social, constituindo uma componente essencial da vida de cada um em particular e em geral de todo o sistema familiar” (2011, p.153).

O mesmo autor acrescenta ainda que, cada pessoa “está permanentemente a fazer trocas entre o sistema familiar e o meio que o envolve cultural e socialmente, neste caso a família e a sociedade (...) a comunicação torna-se assim parte integrante do indivíduo na família e na sociedade” (2011, p.153).

Reconhecer dificuldades no processo de comunicação no sistema familiar, onde o comportamento de cada membro é fator e produto do comportamento dos outros, é fulcral para promover a mudança.

O enfermeiro pode incentivar e ajudar os elementos da família, a ouvir as preocupações e sentimentos mútuos, ao promover espaço para que expressem as suas vivências. Assim, promove o funcionamento familiar no domínio afetivo (Wright e Leahey, 2011).

Nas duas famílias estudadas, foram identificadas dificuldades na gestão e expressão de emoções.

Para Damásio, as emoções “são ações ou movimentos, muitos deles públicos, que ocorrem no rosto, na voz, ou em comportamentos específicos” (2012, p. 42). Elas são responsáveis pela regulação automática da vida e visam a sobrevivência com bem-estar. O contexto em que a emoção ocorre e a sua intensidade estão ligados com os seus possíveis benefícios. As emoções podem ir da alegria à mágoa, do medo ao orgulho ou da vergonha à simpatia.

As reações emotivas variam de pessoa para pessoa, até mesmo perante o mesmo acontecimento, depende da sua personalidade e da disposição afetiva do momento (Phaneuf, 2005). O modo como interpretam um acontecimento, o ambiente social e cultural, o contexto de um acontecimento e a motivação da pessoa são fatores que influenciam o processo emocional (Chalifour, 2008).

Phaneuf (2005), reconhece a importância de cada um ter a consciência das suas emoções, de falar sobre elas para as exteriorizar e diminuir o sofrimento, no entanto “não é fácil desembrulhar o emaranhado das emoções e dos sentimentos de um ser humano” (p. 209).

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a reconhecer, aceitar e a expressar as suas emoções pois, não reconhecer e acolher as emoções cria um estado de tensão dificilmente tolerável. É importante facilitar a expressão das emoções pois, conduz ao reconhecimento e à satisfação das necessidades (Chalifour, 2008).

Chalifour (2008) salienta que o medo e a indiferença dificultam a expressão de emoções, assim como de certo modo, a ausência de expressão emocional constitui a morte ou entorpecimento da pessoa.

Damásio (2012) acrescenta que as emoções precedem os sentimentos, pois primeiro temos emoções e depois sentimentos. Ao contrário das emoções, os sentimentos são necessariamente invisíveis ao público, ou seja, as emoções desenrolam-se ao nível do corpo e os sentimentos da mente.

Deste modo, torna-se relevante não ficar apenas pelas emoções e convidar os membros da família a reconhecer os seus sentimentos e a falarem sobre eles. Só o próprio tem acesso aos seus sentimentos, ao seu mundo interior, só ele os pode reconhecer, falar e pensar sobre o que sente em função daquilo que vive. Para o enfermeiro é através da comunicação, como um processo de acesso ao outro e de compreensão mútua, que permitirá o acesso as suas emoções e sentimentos (Phaneuf, 2005).

A narrativa das vivências da doença permite, o acesso as histórias da doença e permite identificar as dificuldades e pontos fortes da família. Este tipo de intervenção permite o conhecimento das experiências de cada elemento da família e a expressão de emoções com alívio do sofrimento (Wright e Leahey, 2011). Ao narrar a história do seu processo de saúde /doença é possível estar atento ao tom de voz, à expressão e às palavras utilizadas, assim como, aceder às emoções, aos valores e crenças que transmitem (Nunes, 2017).

Na família 2 foi encontrado como desafio o isolamento social. Como já foi referido, o isolamento social, com afastamento do convívio social e familiar, surge como dificuldade expressa pela família. Torna-se relevante, em conjunto com a família, explorar alternativas para a falta de atividades sociais e relações interpessoais e sugerir

intervenções, na tentativa de descobrir soluções para o isolamento social e aumentar os contactos sociais na comunidade (Wright e Leahey, 2011).

A sobrecarga do cuidador identificada na família 2, pode traduzir-se em sobrecarga do cuidado e sobrecarga física e emocional. Verifica-se um único cuidar, que assume o cuidado da irmã com doença mental e da mãe com idade avançada, sem mais apoio familiar. A sobrecarga física e emocional é expressa por emoções e sentimentos e pela dificuldade em fazer a gestão dos problemas do quotidiano. A convivência com a doença mental é revestida por “sentimentos de desespero, ansiedade, preocupação e sofrimento, implicando em conflitos e tensões” (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008, p. 598).

A família necessita de ser ouvida, ter o seu sofrimento compreendido e acolhido que, por vezes, se torna difícil ou até mesmo insustentável e desgastante, evidenciando assim, a importância de a família ser orientada e apoiada na sua convivência com o membro com doença mental. O impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação a uma nova realidade, o estigma, a dependência e a cronicidade da doença mental podem conduzir à sobrecarga do cuidador (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Segundo Silva, Passos & Barreto (2012), o facto de o familiar cuidador ter uma vida ativa ou participar em grupos de apoio, parece contribuir para a diminuição da sobrecarga. No grupo de apoio, encontram um suporte social, aprendem sobre a doença e como conviver melhor com o familiar doente, compartilham sentimentos e experiências e tomam consciência de que têm de se cuidar para poderem cuidar do outro. Assim, a participação em grupos de apoio deve ser incentivada.

Os mesmos autores acrescentam que, a religião pode representar um fator de alívio da sobrecarga. Na fé encontram apoio e esperança, diminuindo o stress e melhorando o autocuidado e a autoestima, promovendo a saúde mental do familiar.

Na literatura, encontra-se referência à importância dos grupos de apoio às famílias da pessoa com doença mental e aos seus benefícios quando são dinamizados por enfermeiros especialistas em saúde mental. Nos locais de estágio não funcionava nenhum grupo de apoio pelo que, não tive oportunidade experienciar esta dinâmica, o que acredito que tinha sido uma mais-valia para a minha formação.

Na família 2 foi reconhecido uma lacuna na informação sobre a evolução da doença mental do familiar. Foram realizadas intervenções psicoeducativas, não estruturadas, para adequar expectativas. Segundo Lemes & Neto, a psicoeducação “é uma técnica que

relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento” (2017, p. 17). Nesta ordem, é possível intervir na prevenção e educação para saúde, constituindo um meio de suporte ao cuidado ao cuidador.

As autoras, Wright e Leahey (2011) identificam a necessidade de receber informações e opiniões dos enfermeiros, como uma das mais significativas para família que cuida do seu familiar doente, especialmente se a doença for complexa. Nunes reforça que, quando os enfermeiros “informam, explicam, estão a capacitar as pessoas, a dotá-las de conhecimentos e de perspectivas para suportarem a sua tomada de decisão” (2017, p. 31).

A psicoeducação tem benefícios na diminuição de recaídas e internamentos, promove a identificação pela família de situações de crise, diminui a exclusão social e facilita a adesão ao tratamento (Almeida et al, 2018).

Considero que, o Modelo de Calgary é uma ferramenta importantíssima no cuidado à família. Possibilita conhecer a família e permite orientar, organizar e estruturar as intervenções de enfermagem para promover a mudança, numa perspectiva colaborativa com a família.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Para Fortin, quando a investigação é aplicada a seres humanos é primordial tomar medidas que protejam a liberdade e os direitos dos participantes. Assim descreve cinco princípios determinados pelo código de ética (1999, p.116):

- Direito à autodeterminação;
- Direito à intimidade;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade;
- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo;
- Direito a um tratamento justo e leal.

A enfermagem é uma profissão autorregulada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e pelo Código Deontológico. O enfermeiro tem a responsabilidade profissional de agir no respeito pelos princípios orientadores da sua prática, na defesa dos direitos fundamentais da pessoa humana tendo em conta os princípios éticos (Thompson et al, 2004):

- **Respeito pela autonomia**, significa respeitar a decisão e a vontade das pessoas, proteger os que passam pela perda de autonomia ou trabalhar no sentido de restabelecer a autonomia perdida. Reconhecer que as pessoas têm direitos humanos básicos, como o direito à verdade, à privacidade e aos cuidados de saúde.

- **Princípio da justiça**, é o respeito pelo princípio da equidade. Todos devem ser beneficiados com as mesmas oportunidades nos cuidados de saúde, com igualdade de resultados para diferentes grupos.

- **Princípio da beneficência ou da não maleficência**, implica agir no melhor interesse da pessoa e evitar prejudicá-la. Este princípio inclui o dever de cuidar, defender e proteger os mais vulneráveis, quer se encontrem numa situação transitória ou não.

Nunes (2017), citando Carper (1978), identifica o conhecimento ético (saber o que devo fazer) como um dos padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem. O conhecimento ético

Inclui as ações voluntárias do enfermeiro ao prestar cuidados, sujeitas a valores, normas, interesses e princípios. As competências necessárias requerem capacidade para fazer juízo de valor, compreender as diferentes visões filosóficas, o conhecimento das diferentes culturas humanas e como estas afetam os cuidados com a saúde, o conhecimento sobre o género e a raça que influencia a saúde e o bem-estar e a capacidade para compreender o

desenvolvimento moral. O código que guia a conduta ética dos enfermeiros, baseia-se no princípio primário de obrigação com o respeito pela vida humana (Nunes, 2017, p. 146).

Para este trabalho foram respeitados os princípios éticos. Os intervenientes foram informados dos objetivos, dos procedimentos subsequentes, de puderem abandonar o projeto em qualquer altura e foram esclarecidas as dúvidas. O princípio do anonimato foi respeitado, todos os participantes foram identificados por letras e algumas datas ou acontecimentos não relevantes, foram omitidos.

As equipas, dos locais de estágio, mostraram disponibilidade para dar continuidade ao trabalho iniciado.

5. CONTEXTO DE ESTÁGIO

Para compreender as necessidades de cuidados de enfermagem dos familiares da pessoa com doença mental e desenvolver competências técnicas e científicas na área de Especialização de saúde Mental e Psiquiatria, na intervenção à família da pessoa com doença mental, realizei um estágio em contexto comunitário e de internamento. No âmbito comunitário decorreu numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria, inserida na Equipa de Psiquiatria Comunitária, e no âmbito de internamento numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria.

A Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria, em contexto de internamento, é uma IPSS. Os utentes são admitidos através da consulta externa ou vêm referenciados de outro hospital da área de Lisboa e têm, com maior frequência, os diagnósticos médico de demência, esquizofrenia, depressão e doença bipolar.

Da equipa multidisciplinar fazem parte enfermeiros, assistentes operacionais, médicos psiquiatras e psicólogos. A equipa de enfermagem é composta por 1 enfermeiro chefe especialista em saúde mental e psiquiatria e 8 enfermeiros. Durante a semana, no turno da manhã estão 2 enfermeiros, no turno da tarde ficam 2 enfermeiros até às 21h e 1 enfermeiro o restante turno. No turno da noite está 1 enfermeiro. No fim-de-semana e feriados, fica 1 enfermeiro por turno.

O estágio no âmbito comunitário esteve integrado numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria, da região de Lisboa. Na Instituição, o serviço de psiquiatria é constituído por quatro unidades funcionais: unidade de internamento, hospital de dia, psiquiatria de ligação e a unidade funcional comunitária.

A unidade tem como missão a promoção da saúde mental, prevenção e tratamento das doenças psiquiátricas, reabilitação e reinserção biopsicossocial segundo os princípios orientadores do modelo holístico e humanitário, com uma abordagem centrada na pessoa, alicerçada na aliança terapêutica e na relação de ajuda.

A equipa multidisciplinar é constituída por 2 enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, 3 médicos psiquiatras, 1 psicóloga e 1 assistente social. A referenciação dos utentes, à equipa de enfermagem, é feita pelo médico psiquiatra, por outros profissionais de saúde intra e extra-hospitalar, a pedido do próprio utente e/ou família, podem ser encaminhados pela autoridade de saúde pública e pelos cuidados continuados.

6. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

EEESMP NOS CONTEXTOS

Neste capítulo é relatado o percurso de estágio, tendo em conta o processo de aprendizagem e as atividades desenvolvidas, relacionando-as com a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMP, nos diferentes contextos.

A Ordem dos Enfermeiros define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Nos contextos de estágio desenvolvi atividades/intervenções, suportadas numa revisão da literatura, para uma prática baseada na melhor evidencia científica disponível com o objetivo de adquirir e desenvolver competências de EEESMP.

6.1. Em contexto comunitário

O estágio em contexto comunitário decorreu numa instituição de saúde mental, na sua unidade funcional comunitária. Comecei por observar a enfermeira orientadora nos cuidados à pessoa com doença mental e família. Gradualmente, fui intervindo na consulta de enfermagem sob supervisão da enfermeira orientadora e fui adquirindo alguma autonomia.

Fui confrontada com a minha pouca experiência, na área da saúde mental e psiquiatria e com a dificuldade em gerir situações mais complexas. Observar a orientadora, assim como refletir e partilhar as minhas dúvidas, emoções e sentimentos contribuiu para o meu processo de formação, permitindo a mobilização dos conhecimentos adquiridos, em situações futuras.

A participação na consulta de enfermagem, foi um local de excelência, para conhecer a pessoa com experiência em doença mental, no seu contexto familiar e social, tendo por base a relação terapêutica.

A relação de ajuda pressupõe uma interação entre o enfermeiro e a pessoa com doença mental em que cada um procura identificar e satisfazer uma necessidade de ajuda, em que os objetivos estão ligados ao pedido e à compreensão que o enfermeiro tem da dificuldade sentida pela pessoa (Chalifour, 2008).

Desenvolvi e adquiri competências na utilização de técnicas de comunicação na relação terapêutica. A comunicação é o meio de entrar em contacto com o outro e com o

seu mundo interior. Quer queiramos, quer não estamos sempre em comunicação. O modo como nos vestimos, o cheiro, o modo como nos sentamos como falamos ou até o silêncio transmitem informação. Estar atenta a estes pormenores, de comunicação não verbal e verbal e ao que os sentidos nos dizem, favorece a relação terapêutica e é a base para as relações de carácter psicoterapêutico (Chalifour, 2008).

A comunicação é a base da relação terapêutica. Constitui a principal ferramenta terapêutica para o enfermeiro conhecer a pessoa, o ambiente em que vive e a sua conceção do mundo, que pode dificultar ou favorecer as suas estratégias para promover a saúde, prevenir a doença ou aderir ao tratamento (Phaneuf, 2005).

Na consulta também é feito, a vigilância do estado mental e físico do utente, monitorização da adesão ao regime terapêutico, a preparação da medicação para a semana e administração de terapêutica injetável. Para tal, foi necessário recorrer a pesquisa bibliográfica e à sua leitura para compreender os processos de saúde/doença da pessoa com doença mental, o que me permitiu a integração de novos conceitos e conhecimentos.⁶

Foi o meu primeiro contacto com a pessoa com doença mental grave e reconheço que foi difícil. O seu sofrimento é difícil de imaginar... é difícil de compreender... como refere Abreu “existem limites para a compreensão, já que nem todas as vivências, em particular as mais patológicas, se podem atualizar dentro de nós” (2011, p.24).

Foi possível desenvolver intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente psicoeducativas de acordo com as necessidades identificadas, na pessoa com doença mental e/ou família, nas consultas de enfermagem. Foram, de um modo geral, não estruturadas, de forma individual e desenvolvidas num determinado momento. Reportaram-se a disponibilizar informação (sobre a doença e a sua evolução ou sobre a medicação), esclarecimento de dúvidas ou educação para a saúde.⁷

Particpei nas reuniões multidisciplinares, do serviço de psiquiatria que se realizavam à quarta-feira. Aqui, foram apresentados estudos caso que incluíam as intervenções dos vários profissionais de saúde. Foram discutidos planos terapêuticos para os utentes e era feita a articulação entre o internamento e a comunidade numa

⁶ **Critério de avaliação F3.1.4.** “Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos” (OE, 2018).

⁷ **Critério de avaliação F4.1.3.** “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais” (OE, 2018).

continuidade de cuidados. Constituíram momentos de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora, em visitas domiciliares. Estas visitas permitem avaliar o estado mental da pessoa com experiência de doença mental, conhecer o seu contexto familiar e social, reforçar a importância da adesão ao tratamento e fazer a administração de terapêutica injetável. Os utentes já eram acompanhados pela equipa comunitária, assegurando assim, a continuidade dos cuidados.⁸

Neste contexto, desenvolvi a primeira competência de EEESMP, que se relaciona com a capacidade de autoconhecimento, enquanto pessoa e enfermeira. Ter consciência de mim, do que sinto e como me sinto na relação com o outro e em como isso interfere na relação de ajuda que se estabelece. Tomei consciência de como as minhas vivências, crenças e valores, como pessoa e enfermeira, podem influenciar a relação terapêutica. Comecei a identificar alguns fenómenos de transferência e contratransferência e a compreender como podem comprometer a relação. Considero que é algo que se faz continuamente, usando a reflexão na ação, para o qual contribuíram os momentos de reflexão com a enfermeira orientadora e os diários de aprendizagem realizados ao longo do estágio.⁹

Chalifour (2008), reforça que a relação terapêutica exige conhecimentos científicos e um bom autoconhecimento. Phaneuf (2005) acrescenta que a reflexão é um instrumento para o autoconhecimento, sendo os diários de aprendizagem ferramentas deste processo. São descritos pensamentos, reações, expectativas e permite avaliar e analisar intervenções, o seu desenvolvimento e resultados. “Este olhar retrospectivo permite-nos não somente julgar os nossos comportamentos relacionais, as nossas decisões e as nossas dificuldades, mas permite também melhorarmo-nos” (p. 177).

⁸ **Competência 2 EEESMP** “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018).

Critério de avaliação F3.5.5. “Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa” (OE, 2018).

⁹ **Competência 1 EEESMP** “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018).

6.2. Em contexto hospitalar

O estágio em contexto hospitalar teve lugar, numa instituição de saúde mental e psiquiatria, num serviço de internamento.

Inicialmente, foi um desafio estabelecer uma relação com os utentes, com doença mental grave com atividade delirante. Para tal foi necessário mobilizar recursos internos, conhecimentos e habilidades adquiridos, na minha experiência como enfermeira e no estágio em contexto comunitário. O mais importante é estar disponível, ouvir o outro mais do que falar e tranquilizá-lo referindo que está num lugar seguro.

Recordo uma situação, com uma utente com sintomas psicóticos, que se afastava de mim. Quando surgiu a oportunidade de falar com ela, percebi que me evitava porque eu lhe “lia os pensamentos”. O seu evitamento despertou em mim sentimentos de tristeza e pus-me em causa a pensar “o que fiz mal?”. Refleti sobre o assunto e compreendi que, o problema não era eu, mas a manifestação da sua doença pela atividade delirante e que levava ao seu isolamento social. Após ter interagido com a utente pude esclarecer, com ela, que eu não tinha capacidade de ler os seus pensamentos e que só tinha acesso ao que me contava. A nossa relação evoluiu e avançou, pois, voltou a procurar-me.¹⁰

O embotamento afetivo, verbalizado por uma utente como um “não sentir nada” ou um “vazio” foi algo a que tentei dar um significado para o poder compreender. Esta ausência de emoções e sentimentos que me levou a refletir e a procurar nas minhas vivências algo semelhante. Como será o vazio? Quando vivenciamos uma situação que nos provoca um grande sofrimento e que inconscientemente bloqueamos as nossas emoções, será esse o vazio? Será algo semelhante?

As passagens de turno constituíram momentos privilegiados de formação informal. Permitiram conhecer a pessoa com experiência em doença mental, que estava internada, discutir o seu plano terapêutico, assegurar a continuidade de cuidados e partilhar experiências vivenciadas.

As reuniões multidisciplinares que incluíam enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistente social, onde foram discutidos os planos terapêuticos dos utentes, proporcionaram momentos de aprendizagem. Em algumas tive um papel ativo. Recordo uma situação em que uma utente expressou o seu medo face a

¹⁰ **Critério de avaliação F3.1.3.** “Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados” (OE, 2018).

perspetiva da alta. O medo do que ia encontrar lá fora, de estar sozinha e de não conseguir gerir as atividades do cotidiano. Numa reunião, depois de ter conversado com a enfermeira orientadora, expus a situação e em articulação com a assistente social a utente foi proposta para ingressar na residência assistida, com vista à preparação e treino para alta¹¹.

Durante o estágio realizei um estudo caso de uma utente com doença mental grave. Realizei entrevistas onde pude obter informações relevantes sobre a sua história pessoal, antecedentes pessoais e familiares de saúde, conheci o seu contexto familiar e social, a sua história de saúde atual, fiz uma avaliação do seu estado mental e procurei conhecer a sua interação com a família e com o seu contexto¹².

A avaliação decorreu ao longo do internamento e contemplou entrevistas com a utente e com a irmã, numa compreensão multidimensional da utente e foram identificados stressores intrapessoais, interpessoais e extras pessoais.¹³ Assim, foram implementadas e monitorizadas e avaliadas as intervenções, tendo por base os diagnósticos de enfermagem de saúde mental, utilizando linguagem CIPE.¹⁴

Neste contexto, e tendo em conta as características desta utente, dinamizei 2 intervenções de cariz psicoterapêutico, de forma individual, utilizando o desenho como mediador expressivo (Apêndice 3). A arteterapia é um método de intervenção psíquica que utiliza mediadores artísticos, no contexto de um processo terapêutico, resultando numa relação baseada na interação entre o sujeito, o trabalho artístico e o terapeuta (Carvalho, 2013).

Organizei um plano de sessão, com o tema “como me sinto hoje”. Mais tarde, voltei a usar o mesmo plano, mas alterei o tema para “tema livre”. A avaliação da intervenção foi feita pela descrição da experiência, os sentimentos e emoções vividos através da

¹¹ **Critério de avaliação F3.5.4.** “Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenário de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2018).

¹² **Unidade de competência F2.1.** “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (OE, 2018).

Unidade de competência F2.2. “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2018).

¹³ **Competência 3 EEESMP** “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” (OE, 2018).

¹⁴ **Unidade de competência F3.1.** “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (OE, 2018).

Unidade de competência F3.4. “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE, 2018).

apresentação do desenho, da verbalização e exploração do significado e da cor do desenho (Apêndices 4 e 5).

Considero que, esta intervenção psicoterapêutica, teve benefícios em ser realizada de forma individual. Pelos seus sintomas psicóticos, a utente retraia-se e era pouco participativa nas dinâmicas de grupo. Assim, pretendi demonstra-lhe que era importante, que tinha disponibilidade para ouvi-la, criar uma relação de confiança e ajuda, e através do mediador expressivo ter acesso ao seu mundo interior. Neste contexto foi participativa, atenta e comunicativa. Nas duas intervenções saiu mais tranquila e com um sorriso no rosto.¹⁵

Neste período, dinamizei 3 intervenções de cariz psicoterapêutico, em grupo, com o título “o corpo e o movimento” (Apêndice 6)¹⁶. Foi utilizado como mediador expressivo a dança/movimento e tinha como grupo-alvo os utentes com doença mental internados na unidade. Esta prática, para além de ser uma competência do EEESMP, permite ganhos em saúde e eleva os cuidados prestados à pessoa com doença mental (Martins et al, 2021).

Para cada sessão elaborei um plano da sessão, estruturado de acordo com os objetivos definidos e a descrição da atividade. Foi um guia orientador, para a dinamização das sessões, que necessitou de ser adaptado de acordo com a participação e do que eu ia sentindo e compreendendo dos participantes. A avaliação, das sessões, foi feita pela partilha da experiência, através da verbalização do que cada um sentiu, o que pensou e como vivenciou a intervenção (Apêndices 7, 8 e 9).

Na procura de novas situações de aprendizagem, assisti às jornadas de psiquiatria e saúde mental, com o tema (re)criar cuidados de saúde mental. Foram abordadas temáticas como as alterações neuropsiquiátricas no idoso, a doença mental grave, perturbações do desenvolvimento intelectual e a reabilitação em saúde mental (Anexo 2). Permitiu-me adquirir novos conhecimentos nas áreas da saúde mental, psiquiatria, neuropsiquiatria, psicofarmacologia, neuroquímica e reabilitação cognitiva, assim como, conhecer alguns projetos, que se estão a desenvolver nestas áreas, a nível nacional.

¹⁵ **Critério de avaliação F4.2.5.** “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (OE,2018).

¹⁶ **Competência 4 EEESMP** “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018).

Houve uma frase proferida, que retive, mas não me lembro o autor, e me fez refletir “em saúde mental convivemos com o melhor da pessoa e com o pior da doença”. No fundo é isso a pessoa está lá e o modo de chegar ao outro é entrar em sintonia com ele, através da empatia e da comunicação. A compreensão empática do enfermeiro permite-lhe chegar ao mundo interior da pessoa e de adaptar a suas intervenções ao que pensa, ressentido e vive (Chalifour, 2008).

Nestas jornadas participei com a exposição de um poster com o título “Cuidar de quem cuida – Intervenção terapêutica na família da pessoa com doença mental” (Apêndice 10 e Anexo 3), que foi elaborado em conjunto com o professor e com a enfermeira orientadores do estágio. Com o poster partilhei o estudo caso de uma família, norteado pelo Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Pretendi divulgar, a importância de os cuidados de enfermagem estarem centrados na família e a relevância deste modelo, na avaliação e intervenção na família.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar o presente relatório de estágio constituiu um momento de reflexão, sobre o trabalho desenvolvido, o processo de formação e desenvolvimento, como pessoa e como enfermeira. O foco da intervenção na família, na pessoa com doença mental e a promoção da saúde mental traduzem algumas das prioridades de atuação do EEESMP pois, é “durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial” (OE, 2018, p.21427).

Ao ser enfermeira há 25 anos, num serviço de medicina interna, surge a necessidade de procurar uma especialidade, que me desse novas ferramentas para a prestação de cuidados. A vontade de sair da minha zona de conforto impera e encontro na especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, um leque de potencialidades. Considero que, esta especialidade é transversal a todas as áreas de enfermagem e que me acrescentou enquanto pessoa e profissional.

O projeto teve origem na minha necessidade, de me aproximar da família e de adquirir competências para poder ajudá-la, nas suas dificuldades. Perante os desafios da vida, a família vai-se adaptando e reestruturando para continuar a funcionar, mas nem sempre é pacífico levando a desequilíbrios.

Com o estágio, foi possível pôr em execução o projeto, prestar cuidados à pessoa com doença mental e à sua família, assim como, adquirir e desenvolver competências de EEESMP numa prática reflexiva.

Por não ter experiência profissional, na área da saúde mental, foi um desafio prestar cuidados à pessoa com doença mental. Houve momentos em que senti medo de não ser capaz ou impotência para enfrentar alguns desafios, mas também existiram momentos de satisfação quando, após uma intervenção, um utente verbalizava sentir-se melhor. Estar integrada, numa equipa multiprofissional e principalmente, numa equipa de enfermagem, foi impulsionador no meu processo de aprendizagem. A partilha de conhecimentos e experiências, assim como, os processos reflexivos da prática com os enfermeiros orientadores, contribuíram para ultrapassar as dificuldades sentidas.

O MCAIF foi uma ferramenta que permitiu conhecer a família nos seus domínios estrutural, de desenvolvimento e funcional, em que cada família é única com

potencialidades específicas. As intervenções são propostas de uma forma colaborativa com a família e visam desenvolver potencialidades para enfrentar os desafios do processo de saúde/doença.

Foram reconhecidos recursos como, a família alargada, a consulta de enfermagem e rituais religiosos. Foi tido em atenção e foram exploradas as preocupações manifestadas pela família. As dificuldades surgiram associadas a informação insuficiente sobre a doença mental e a sua evolução, dificuldade na expressão e gestão das emoções, comunicação familiar diminuída e sobrecarga do cuidador. As intervenções foram de encontro às necessidades identificadas pela família tendo em vista a mudança.

A bibliografia aponta para os benefícios, de a família da pessoa com doença mental, ser acompanhada por EEESMP, no seu percurso da vivência da doença. A relação terapêutica, numa perspetiva existencial-humanista tem em atenção o que a família experiencia e favorece a sua expressão, neste sentido o enfermeiro acompanha-a, demonstrando interesse, e convida-a a reconhecer-se tal como é, e a assumir os riscos inerentes às mudanças que se impõem (Chalifour, 2008).

As intervenções, orientadas pelo MCIF, decorrem nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. É fundamental elogiar os pontos fortes do sistema familiar, reforçando a autoestima e promovendo o bem-estar. O enfermeiro deve dar apoio, suporte, saber ouvir, informar, capacitar e esclarecer dúvidas. Tal como o preconizado pela OE, as intervenções do EEESMP “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...) e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (2011b, p.3).

Na minha prática, deixei de estar focada apenas, na capacitação da família para o cuidar e passei a incluir um espaço para ouvi-la, para lhe permitir expressar-se, deixar fluir as suas emoções, para poder verbalizar as suas preocupações e a ajudar a identificar e mobilizar os recursos internos e externos, para enfrentar os desafios do cotidiano. Acima de tudo, as intervenções propostas com vista à mudança, devem fazer sentido para a família.

Neste percurso de formação, como EEESMP pretendi adquirir e mobilizar saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos que me permitam atuar no diagnóstico e no planeamento, implementação e avaliação das intervenções (OE, 2011b) à família e à pessoa com doença mental, integrando-os na minha prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P. J. L. (2011). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. (5ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, B.; Almeida, C.; Oliveira, C. & Machado, D. (2018). Atualização no tratamento do transtorno bipolar: o impacto da psicoeducação familiar. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 3, 11-17.
- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, C. H.; Felipes, L. & Dal Pozzo, V. C. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6, 40-47.
- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental – 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Alto Comissariado para a Saúde (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Andrade, L. et al (2015). Promoção da saúde: Benefícios através da dança. *REFACS* (online) 2015; 3(3):228-234. Acedido em 19/06/2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/282526949>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Andrade, S. R.; Ruoff, A. B.; Piccoli, T.; Schmitt, M.D.; Ferreira, S.A. & Xavier, A.C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*. 26(4), 1-12. DOI: 10.1590/0104-07072017005360016

- Associação Portuguesa de Dança Movimento Terapia, (2018). Acedido em 23/06/2018.
Disponível em: <https://praiaapdmtblog.wordpress.com/danca-movimento-terapia/>
- Bagagem, M. (2010). *A família e a saúde mental*. Loures: Lusociência.
- Borba, L. O.; Paes, M. R.; Guimarães, A. N.; Labronici, L. M.; Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45(2), 442-449.
- Borba, L. O.; Schwartz, E. & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*. 21(4), 588-94.
- Carvalho, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (8), 52-57.
- Carvalho, J. C. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 14, 06-08.
- Carvalho, R. (2013). Um amor do coração: arte-terapia em Portugal – uma perspetiva plurifacetada. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. 3, 09-14.
- Chalifour, (2008). *Intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Loures: Lusodidacta.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal – Plano de acção 2007-2016*. Disponível em: <https://www.hmlenos.min-saude.pt/docs/PNacSM2007.pdf>
- Damásio, A. (2012). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Temas e Debates. Círculo de Leitores
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 19, 139-156.
- Eloia, S. C.; Oliveira, E.N.; Eloia, S.M.; Lomeo, R.; Parente, J. R. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 38(103), 996-1007.

- Eaton, P.; Davis, B.; Hammond, P.; Condon, E.; Mcgee, Z. (2011). Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-12. DOI:10.1155/2011/392705
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referencias bibliográficas e citações norma APA*. Lisboa: ESEL.
- Ferraz, M. et al, (2009). *Terapias expressivas integradas*. Coleção expressão em terapia – Volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar – Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman, Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey, M.R Alligood. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed). (p.335-375). Loures: Lusociência.
- Galdeano, L. E.; Ross, L. A. & Zago, M. M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana Enfermagem*, maio-junho; 11(3), 371-375.
- George, J. B., et al. (2000). *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática de enfermagem*. (4ªed). Porto Alegre: Artemed.
- Gomes, M. F. P. (2015). *Promoção da saúde das famílias com pessoas doentes mentais* (Tese de doutoramento). Disponível em:
https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20093/3/Tese%20Final%20Doutoramento_Filomena%20Gomes.pdf
- Gomes, I.; Lopes, M.; Monteiro, M.; Basto, M; Oliveira, C.; Botelho, M. ... Henriques, A. (2017). Grupo de suporte a familiares de pessoas com doença mental grave: reequilíbrio da identidade no cotidiano. *Pensar Enfermagem*. 21(1), 3-19.

- Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 7, 54-60.
- Gomes, M. F. P.; Martins, M. M. & Amendoeira, J. (2011). As famílias com doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 5, 52-58.
- Kebbe, L. M.; Rôse, L. B.; Fiorati, R. C. & Carretta, R. Y. (2014). Cuidando do familiar com transtorno mental: Desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde Debate*. 38(102), 494-505. DOI: 10.5935/0103-1104.20140046
- Lemes, C. B.; Neto, J. A. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*. 25(1), 17-28.
- Martins, P.; Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 32(4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324216>
- Martins, M.; Machado, A.; Gouveia, M; Carvalho, P.; & Renca, P. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Monteiro, G.; Moraes, J.; Costa, S.; Gomes, B.; Franca, I. & Oliveira, R. (2016). Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*. 16(4), 487-500. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.4.7
- Murakami, R.; Campos, C. (2012). Religião e saúde mental: Desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(2), 361-367.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em enfermagem

de saúde familiar. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 515/2018. Diário da República, 2.ª série (N.º 151 de 7 de agosto de 2018), 21427-21430. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Organização Mundial de Saúde (1994). La protection de la santé des personnes âgées. 111-27.

Pereira, A.; Teixeira, G.; Bressan, C. & Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(3), 407-416.

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

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. (4ª ed). Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2007). Era uma vez: quatro terapeutas e uma família. Narrativa de uma terapia familiar. In M. M. Gonçalves, O. F. Gonçalves. *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*. (2ª ed). (p. 265-299). Coimbra: Quarteto.

Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto.

Sampaio, D. & Gameiro, J. (2005). *Terapia familiar*. (6ª ed). Porto: Afrontamento.

Sampaio, F., Peres, M., Graça, R., Barreto, A., Teixeira, S., & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: Implementação e avaliação num

contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 5, 87-92.

Silva, C.; Passos, V.; & Barreto, S. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*. 15(4), 707-731.

Sousa, L.; Marques, J.; Firmino, C.; Frade, F.; Valentim, O.; Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*. 31-39.

Thompson, I.; Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem*. (4ª ed). Loures: Lusociência.

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

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso – Planejamento e métodos*. (3ª ed). Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção
Familiar (Família 1)**

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

Identificação dos membros da família:

Utente

Nome: H. O. (1)

Idade: 58 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: feminino

Estado Civil: casada

Escolaridade: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED] (com baixa médica, sem remuneração)

Nome: P. O. (2)

Papel familiar: esposo

Idade: 57 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: masculino

Estado Civil: casado

Escolaridade: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED] (desempregado, a receber subsídio de desemprego)

Nome: S. O. (3)

Papel familiar: filho

Idade: 34 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: masculino

Estado Civil: solteiro, a residir com a namorada

Escolaridade: tem um curso profissional

Profissão: [REDACTED] (ativo)

Nome: A.S. (4)

Papel familiar: namorada do filho

Idade: 43 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: feminino

Estado Civil: solteira

Escolaridade: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED]

É uma família nuclear constituída pelo casal.

1. Dimensão Estrutural

1.1. Estrutura Interna

Composição Familiar	O núcleo familiar é constituído pela H. O. e pelo marido. O filho saiu de casa há cerca de 5 meses para viver com a namorada.
Género	Família com membros do género feminino e masculino.
Orientação Sexual	Família de orientação heterossexual.

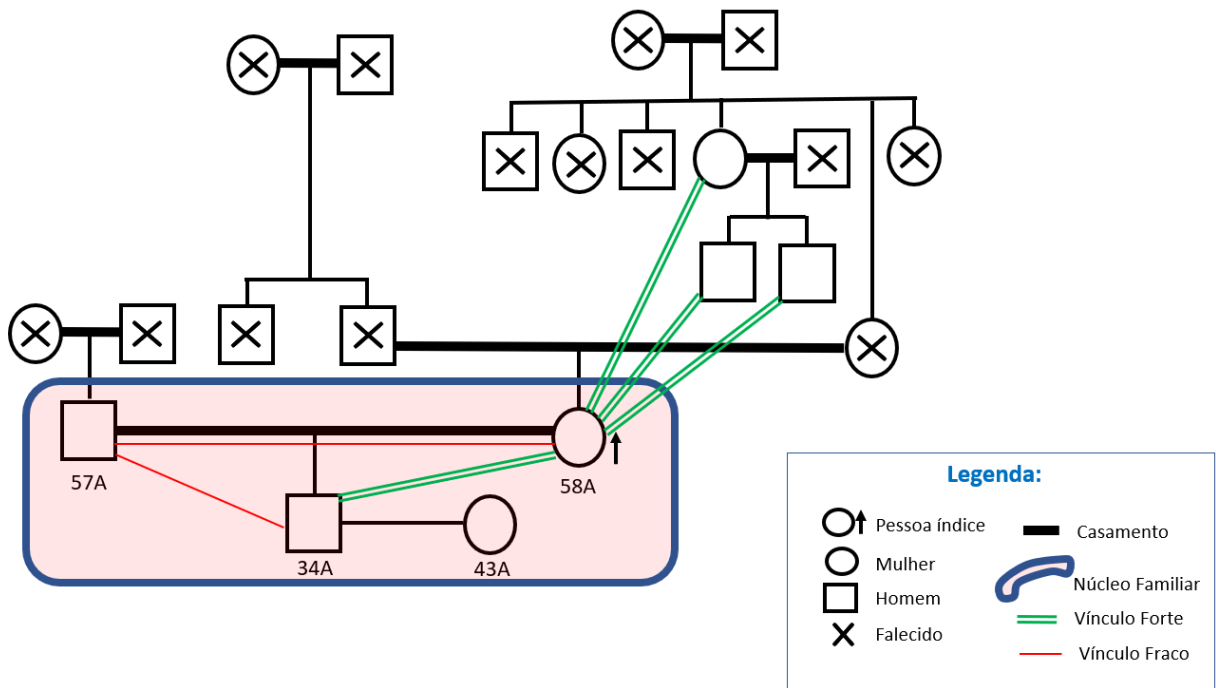
Subsistemas:

Parental	A utente tem um vínculo forte com o filho e distante com a namorada do filho. Não menciona espontaneamente a namorada do filho, só quando questionada. O pai tem um vínculo fraco com o filho e distante com a namorada do filho. O filho, por vezes, confronta o pai com a doença da mãe.
Conjugal	A D. H. está casada há 35 anos. Tem um vínculo fraco com o marido e por vezes gerador de stress, considera o marido "castrador". O marido não aceita a sua doença. Nunca a acompanha as consultas.

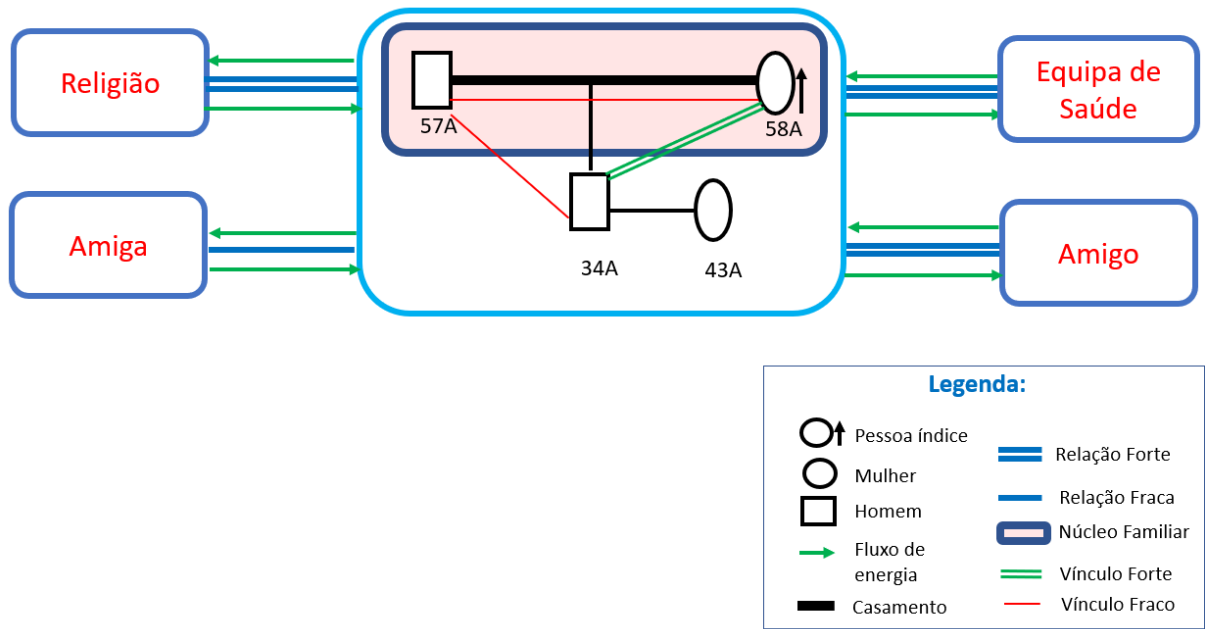
Limites/Fronteiras (*flexível, rígida, anárquica*)

Rígida

1.2. Genograma



1.3. Ecomapa



1.4. Estrutura Externa:

Família Alargada	A D. H. é filha única e os pais já faleceram. Tem uma tia materna e dois primos com quem tem uma relação forte. É a quem recorre quando tem necessidade de falar, para apoio emocional e na tomada de decisão. Tem um amigo, que considera como família, que lhe dá suporte nas tomadas de decisão. É a quem recorre quando necessita de alguma coisa, com ele consegue ser ela própria.
Subsistemas mais amplos	A utente teve vários empregos, o último foi como repositora. Neste momento está com baixa médica, mas não é remunerada (com baixa há mais de 6 anos). O marido está desempregado a receber subsídio de desemprego. Sai, uma vez por semana, com uma amiga para lanchar. A amiga faz-lhe companhia, ouve-a e dá-lhe suporte emocional. Faz ginástica numa coletividade duas vezes por semana. É seguida pela Equipa Comunitária e vai semanalmente à consulta de enfermagem.

1.5. Contexto:

Classe Social

Valores	Classe média (avaliação efetuada segundo a Escala de Graffar)
Estilos de Vida	A D. W. procura um estilo de alimentação saudável pois tem HTA e diabetes Mellitus II. Faz um período de caminhada 1 a 2 vezes por vezes por semana, raramente com o marido.
Comportamentos	Subsistema conjugal pouco permissivo, sendo o marido quem toma as decisões em relação ao casal. Fazem poucas atividades em conjunto. Vão juntos ao supermercado, mas é o marido que decide as compras.
Recursos	A utente não tem rendimento próprio. O marido recebe subsídio de desemprego. Sem outros recursos económicos.
Fatores de Stress	Existem fatores de stress na família relacionados com o subsistema parental e conjugal.

Religião/ Espiritualidade

Valores	Católicos
Hábitos	A D. H. teve uma educação católica, foi batizada e fez a primeira comunhão. Vai à missa quando sente necessidade. Há cerca de 10 anos conheceu a religião [REDACTED] e seguiu as suas orientações. Tornou-se [REDACTED]
Comportamentos	Frequenta um Templo com o marido e com o filho. O filho é médium. A religião transmite-lhe serenidade, harmonia e paz interior. Gosta de partilhar estes momentos com o marido e com o filho. É algo que fazem juntos, em acordo e com tranquilidade. Sente que os aproxima enquanto família.

1.6. Ambiente

Tipo de Habitação/ Condições da habitação	A D. H. reside com o marido em casa própria, situada no 2º piso de um prédio com elevador. É um apartamento com 4 quartos, sala, 2 casas de banho e cozinha equipada com mobília e eletrodomésticos essenciais, micro-ondas e máquina de lavar a loiça. Tem água da rede pública, saneamento básico ligado à rede pública e eletricidade. Todas as divisões têm janelas e luz natural. Tem boas acessibilidades e está situada numa zona central da cidade. A casa está organizada e limpa.
--	--

2. Avaliação do Desenvolvimento

2.1. Etapas

Etapa do Ciclo de Vida	Família com saída do filho de casa (Wright e Leahey, 2011).
Mudanças recentes na Família/Problemas Associados	O falecimento do pai da utente de quem foi cuidadora e de quem era muito próxima. A saída do filho de casa.
Alterações inerentes aos Subsistemas	No subsistema conjugal pela saída do filho de casa.

2.2. Linha de Vida de Medalie

Identifica momentos críticos do processo saúde/doença da pessoa índice.

Ano	Momentos Críticos na Família
██████	Casou. Sai de casa dos pais.
██████	Nascimento do filho. Um momento de felicidade, mas em que se sentiu pouco apoiada pelo marido e pelos pais.
██████	Começou a ser seguida em consulta de psiquiatria, tendo como diagnóstico médico de perturbação distónica e perturbação histriónica da personalidade.
██████	Falecimento da mãe com doença cardíaca. Foi cuidadora da mãe nos últimos meses de vida. O pai fica a residir na sua casa.
██████	Tentativa de suicídio com ingestão voluntária de medicação.
██████	Falecimento do pai com doença cardíaca. Fica com baixa médica e não volta a trabalhar.
██████	Tentativa de suicídio com ingestão voluntária de medicação e consumo de bebidas alcoólicas.
██████	O marido fica em situação de desemprego. Tentativa de suicídio com ingestão voluntária de medicação e consumo de bebidas alcoólicas. Saída do filho de casa para ir viver com a namorada.

2.3. Tarefas

Adaptação às tarefas dos diferentes membros familiares	É o marido que faz a gestão financeira e confeciona as refeições. A utente colabora na limpeza da habitação, com pouco empenho e adquirindo uma postura passiva, pois considera que o marido quer as coisas à maneira dele.
Distribuição de Tarefas pelos Membros da Família	A D. H. e o marido fazem as compras, para a casa, em conjunto. A utente refere ter um papel passivo nas decisões, considera que a sua opinião não é tida em conta. O marido compra sempre as mesmas coisas. A utente trata da roupa (lava e passa a ferro).

2.4. Vínculos

Vínculos Afetivos Entre Membros da Família

Existem vínculo fraco entre o casal. A mãe tem um vínculo forte com o filho. O pai tem um vínculo fraco com o filho e, por vezes, gerador de stress quando o filho o confronta.

3. Avaliação Funcional

3.1. Atividades de Vida Diárias

Manter um Ambiente Seguro	A casa é ampla e está arrumada. O marido prefere ter a casa na penumbra, facto que, desagrada à utente. A luz transmite-lhe serenidade e sensação de bem-estar.
Comunicar	A D. H. tem discurso fluente, organizado e adequado.
Respirar	Tem apneia obstrutiva do sono. Usa CIPAP durante a noite.
Comer e Beber	A utente, considera ter hábitos alimentares saudáveis. Refere consumir bebidas alcoólicas em ambientes festivos. Tem Diabetes Mellitus, a fazer Metformina, com glicemias capilares controladas.
Eliminar	Sem alteração nesta atividade de vida.
Higiene Pessoal e Vestir-se	Sem alteração nesta atividade de vida. Tem aspeto cuidado. Usa brincos e maquiagem discreta. Roupa limpa e adequada a estação.
Controlar a Temperatura do Corpo	Sem alteração nesta atividade de vida.
Movimentar-se	Sem alteração nesta atividade de vida.
Trabalhar e Divertir-se	A utente está desempregada. Gosta de ler, de fazer caminhadas e de estar na natureza.
Expressão da Sexualidade	A D. H. refere que tem pouca intimidade com o marido e acrescenta “não sou eu com o meu marido”.
Sono e Repouso	Sono da utente não comprometido.
Morte	Não surgiu oportunidade de abordar o tema com a utente.
Gestão do Regime Terapêutico	A utente tem semanalmente consulta de enfermagem onde é preparada a caixa terapêutica.

3.2. Expressivo

Comunicação Emocional	A D. H. expressa a sua indignação, durante as consultas, por o marido tomar todas as decisões. No entanto sente-se incapaz de abordar o tema com o marido.
Padrão de Comunicação	A utente tem dificuldade em verbalizar a sua opinião e o seu sentir perante o marido.
Influência e Poder nas Relações	O marido é o membro da família com maior influência sobre a utente.
Crenças e Sua Influência	A sua crença na religião Umbanda ajuda-a a enfrentar as dificuldades e a procurar o seu caminho.

Capacidade para Resolver Problemas	É o marido que toma iniciativa para resolver os problemas que surgem.
Fatores de Stress Familiar	A utente não conseguir exprimir os seus sentimentos perante o marido. A revolta do filho por o pai não ouvir a mãe e que por vezes, confronta o pai.
Importância dos Problemas Familiares	Os problemas familiares têm influência na relação dos subsistemas conjugal e parental.
Validação dos Problemas Identificados com a Família	Foram identificadas dificuldades, mas não foi possível validar com a família. - Comunicação familiar diminuída; - Dificuldade na expressão das emoções; - Fraca coesão familiar; - Rendimento familiar insuficiente motivado pelo desemprego (problema futuro).

4. Apgar Familiar

O Apgar familiar foi aplicado à pessoa índice. É uma família que sugere moderada disfunção.

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 x 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0 x
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 x 0
D	Estou satisfeito(a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 x 0
E	Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 x 0

- Pontuação de 7 a 10 - família **altamente funcional**;
- Pontuação de 4 a 6 - família com **moderada disfunção**;
- Pontuação de 0 a 3 - família com **disfunção acentuada**.

A sua família costuma visitá-lo(a):

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente X
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente

**Apêndice 2 – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção
Familiar (Família 2)**

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

Identificação dos membros da família:

Utente

Nome: W. R. (1)

Idade: 57 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: feminino

Estado Civil: solteira

Escolaridade: frequentou a universidade a [REDACTED]

Profissão: nunca trabalhou, tem reforma de sobrevivência do pai

Nome: Z. R. (2)

Papel familiar: mãe

Idade: 89 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: feminino

Estado Civil: viúva

Escolaridade: ensino superior

Profissão: [REDACTED], reformada

Nome: S. R. (3)

Papel familiar: irmã

Idade: 55 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: feminino

Estado Civil: casada

Escolaridade: ensino superior

Profissão: [REDACTED], desempregada

Nome: P. L. (4)

Papel familiar: cunhado

Idade: anos; Data de Nascimento:

Género: masculino

Estado Civil: casado

Escolaridade: ensino superior

Profissão: [REDACTED]

Nome: R. L. (5)

Papel familiar: sobrinho

Idade: 22 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: masculino

Estado Civil: solteiro

Escolaridade: ensino superior

Profissão: estudante

Nome: F. L. (6)

Papel familiar: sobrinho

Idade: 19 anos; Data de Nascimento: [REDACTED]

Género: feminino

Estado Civil: solteira

Escolaridade: ensino superior

Profissão: estudante

É uma família monoparental liderada pela mãe.

1. Dimensão Estrutural

1.1. Estrutura Interna

Composição Familiar	O núcleo familiar é constituído pela D. W. e pela mãe. A irmã já constituiu família e vive com o marido e com 2 filhos em casa própria. O pai já faleceu.
Género	Família com predominância do género feminino
Orientação Sexual	Família de orientação heterossexual
Ordem de nascimento	1; 3

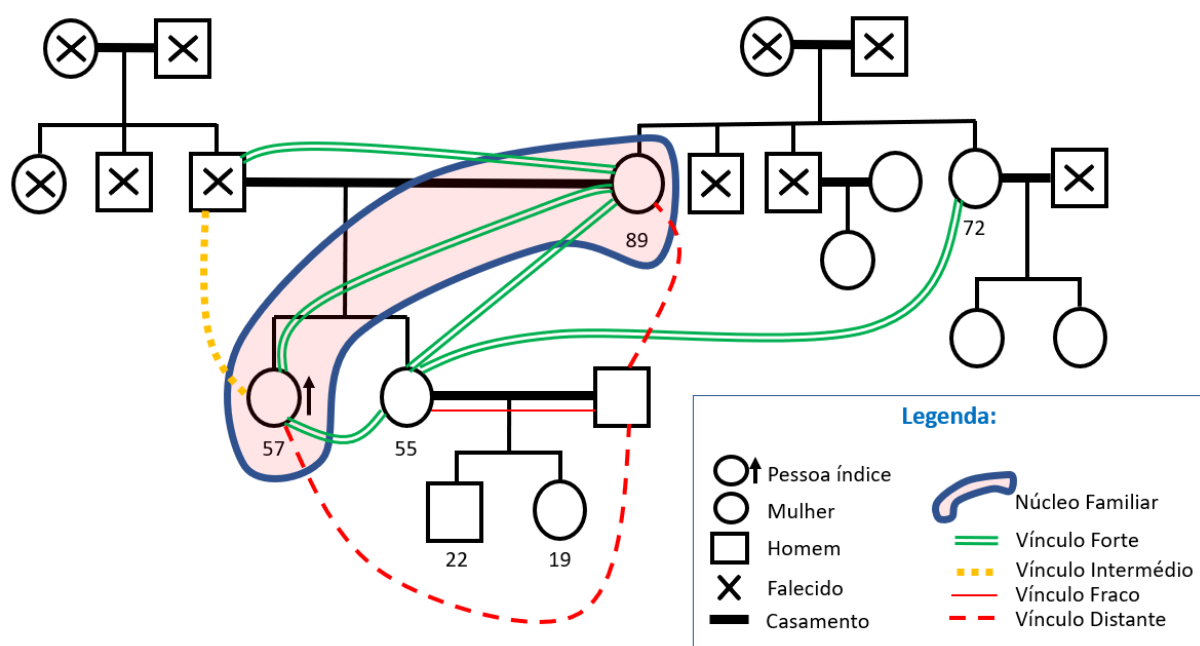
Subsistemas:

Parental	A mãe tem um vínculo forte com as filhas. A D. S. tem um vínculo forte com os filhos.
Fraternal	As irmãs têm um vínculo forte. Vieram para Lisboa estudar e moraram as duas até a D. S. casar.
Conjugal	A D. S. tem um vínculo fraco com o marido e por vezes gerador de stress. O marido não aceita a doença da cunhada. Refere que sempre a protegeram e que é preguiçosa.

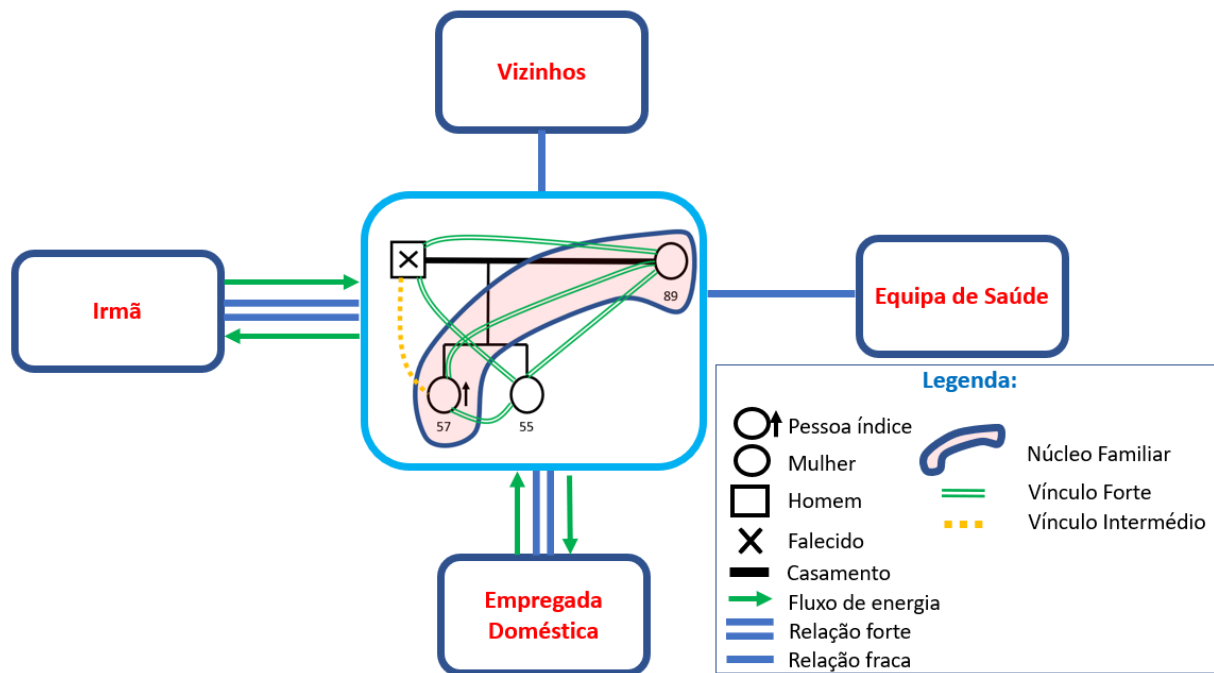
Limites/Fronteiras (*flexível, rígida, anárquica*)

Flexível

1.2. Genograma



1.3. Ecomapa



1.4. Estrutura Externa:

Família Alargada	A D. W. tem a irmã, uma tia (irmã da mãe) que vive no Norte e tem menos 17 anos que a mãe. Quando tem necessidade de falar procura a irmã. A D. S. tem contacto pessoal, com a mãe e com a irmã, diariamente e por via telefónica, várias vezes ao dia. Recorre frequentemente à tia, por contacto telefónico, para apoio emocional e partilha das decisões. O Sr. P. não frequenta a casa da sogra e não tem relação com a sogra ou com a cunhada. Tem uma relação conflituosa com a esposa. Os sobrinhos têm boa relação com a utente e com a avó e visitam-nas ocasionalmente.
Subsistemas mais amplos	A D. W. nunca trabalhou. Em tempos, frequentou um centro de dia que abandonou, por ter atividades pouco estimulantes intelectualmente. Antes do internamento era seguida no HPL de forma irregular, sendo necessário recorrer ao serviço de urgência ou a consultas no sistema privado. A D. S. está desempregada, há cerca de 1 ano, a receber subsídio de desemprego.

1.5. Contexto:

Classe Social

Valores	Classe média alta (avaliação efetuada segundo a Escala de Graffar)
Estilos de Vida	A D. W. tem alimentação pouco saudável (gosta muito de doces) e realiza pouca atividade física, passando grande parte do dia sentada.
Comportamentos	Subsistema parental e fraternal muito protetor. Subsistema parental muito permissivo com dificuldade em impor regras. Isolamento social da D. W. não procurando relações interpessoais.
Recursos	A D. W. nunca trabalhou e tem uma reforma de sobrevivência pelo pai. A mãe está reformada. A irmã ajuda monetariamente com o que pode.
Fatores de Stress	Existem fatores de stress na família relacionados com a D. W. e a sua doença mental.

Religião/ Espiritualidade

Valores	Católicos
Hábitos	A D. W. refere que não acredita em nada. A D. Z. e a D. S. são católicas.
Comportamentos	A D.S. deixou de frequentar a igreja porque o marido vai à missa e depois ignora/não aceita a sua família. Considera que não é coerente com os valores transmitidos pela igreja.

1.6. Ambiente

Tipo de Habitação/ Condições da habitação	A D. W. reside com a mãe em casa própria, situada no 2º piso de um prédio com elevador. É um apartamento com 2 quartos, sala, casa de banho e cozinha equipada com mobília e eletrodomésticos essenciais, micro-ondas e máquina de lavar a loiça. Tem água da rede pública, saneamento básico ligado à rede pública e eletricidade. Todas as divisões têm janelas e luz natural. Tem boas acessibilidades e está situada numa zona central da cidade. A casa está muito cheia com livros e objetos que a D. W. compra. Raramente está organizada e limpa porque a utente desarruma a roupa e espalha objetos. Têm uma empregada doméstica 3h/dia que faz a limpeza e prepara as refeições. A D. S. faz a gestão económica, as compras e ajuda na organização do apartamento, o que se torna difícil pelo comportamento da D. W. O tempo da empregada doméstica revela-se insuficiente.
---	---

2. Avaliação do Desenvolvimento

2.1. Etapas

Etapa do Ciclo de Vida	Família em fim de vida (Wright e Leahey, 2011).
Mudanças recentes na Família/Problemas Associados	O falecimento do pai. O envelhecimento da mãe. A evolução da doença mental da D. W.
Alterações inerentes aos Subsistemas	No subsistema conjugal pelo afastamento afetivo dos membros do casal.

2.2. Linha de Vida de Medalie

Identifica momentos críticos do processo saúde/doença da pessoa índice.

Ano	Momentos Críticos na Família
██████	Vinda da família de ██████ para Portugal. Sem recursos, vivem cerca de um ano, em casa dos avós maternos, no Norte.
██████	Mudam-se para o Sul onde o pai encontrou emprego.
██████	A utente vem com a irmã estudar para Lisboa, numa casa alugada pelos pais, por aconselhamento médico para a utente adquirir autonomia. Recebem a visita dos pais aos fins de semana.
██████	Inicia seguimento, de forma irregular, em consulta de psiquiatria por comportamentos bizarros, isolamento social, com dificuldades e grande sofrimento nas relações interpessoais.
██████	Internamento numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria por quadro psicótico de características paranoides.
██████	Internamento numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria, onde realizou eletroconvulsivoterapia, ficando com epilepsia sequelar.
██████	Internamento numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria, com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide recaída com depressão e ideação suicida. Num fim de semana que passa em casa, faz tentativa de suicídio, saltando da janela, fazendo uma fratura de vertebra cervical com necessidade de transplante de osso e internamento prolongado, sem sequelas físicas.
██████	Falecimento do pai, na sequência de vasculite. Esteve acamado durante 3 anos.
██████	Internamento com pneumonia bilateral.
██████	Internamento numa Instituição de Saúde Mental e Psiquiatria por agravamento dos sintomas com evolução de um ano.

2.3. Tarefas

Adaptação às tarefas dos diferentes membros familiares	A D. W. não participa nas tarefas domésticas, não demonstra interesse e refere gostar de não fazer nada. Adotou dois gatos da rua, mas não cuida deles, sobrecarregando a irmã. A mãe já não tem capacidade física para fazer tarefas domésticas.
Distribuição de Tarefas pelos Membros da Família	A D. S. faz um acompanhamento quase diário da gestão da casa e faz as compras. Revela sentir-se cansada pois também faz a gestão da sua própria casa. A D. W. considera que a irmã está exausta de ver a casa sempre desarrumada e reconhece que poderia participar nas atividades domésticas para não a sobrecarregar. A D. W. não tem capacidade para fazer gestão financeira, gastando o dinheiro de forma indevida (compra livros e bugigangas). É a irmã que faz a gestão financeira, quando deixa dinheiro com a mãe, a utente consegue que a mãe lho dê para gastar.

2.4. Vínculos

Vínculos Afetivos Entre Membros da Família

Existem vínculos fortes entre a mãe e as filhas e entre as irmãs. O cunhado tem um vínculo fraco e gerador de stress com a esposa, sogra e cunhada. Os sobrinhos têm um vínculo intermédio com a tia e com a avó.

3. Avaliação Funcional

3.1. Atividades de Vida Diárias

Manter um Ambiente Seguro	A utente demonstra desinteresse pelo ambiente externo deixando objetos espalhados onde podem tropeçar.
Comunicar	A D. W. tem discurso fluente, circunstanciado e tangencial, com atividade delirante.
Respirar	Sem alteração nesta atividade de vida.
Comer e Beber	Utente obesa, com hábitos alimentares pouco saudáveis apreciando doces e refrigerantes. Tem necessidade de ajuda para cortar os alimentos devido aos tremores dos membros superiores. Tem Diabetes Mellitus, a fazer Metformina, com glicemias capilares controladas.
Eliminar	Com incontinência urinária sendo necessário usar fralda durante a noite e cueca fralda durante o dia. Já aconteceu no

	passado, relacionado com a medicação (clozapina), que reverteu quando parou.
Higiene Pessoal e Vestir-se	Necessita de ser estimulada a fazer os cuidados de higiene, demorando um tempo acrescido no duche. Atualmente com necessidade de ajuda para se vestir pelos tremores.
Controlar a Temperatura do Corpo	Sem alteração nesta atividade de vida.
Movimentar-se	A D. W. mobiliza-se de forma independente, anda com equilíbrio mantido. Passa grande parte do dia sentada no sofá.
Trabalhar e Divertir-se	A utente nunca trabalhou. Gostava de ler, mas já deixou de o fazer há algum tempo. Passa o tempo sentada no sofá ou deitada na cama. Até junho frequentou aulas de mandarim que abandonou por aumento sintomas psicóticos – atividade delirante.
Expressão da Sexualidade	A utente faz referência a indivíduos do sexo oposto de forma desinibida.
Sono e Repouso	Sono da utente não comprometido. Em casa a mãe dorme por períodos curtos por estar preocupada que a utente.
Morte	Em [REDACTED] fez tentativa de suicídio com defenestração. Tem atividade delirante, com a morte da irmã, que terá sido encomendada por ela.
Gestão do Regime Terapêutico	Utente com dificuldade no cumprimento terapêutico e a mãe com incapacidade para supervisionar.

3.2. Expressivo

Comunicação Emocional	A D.W. demonstra embotamento afetivo. A irmã expressa emoções e sentimentos como a zanga por não encontrar ajuda na comunidade, a raiva por o marido não aceitar a doença da irmã e não dar apoio emocional, exaustão por dificuldade em fazer a gestão da casa onde mora a utente.
Padrão de Comunicação	A utente demonstra ansiedade, ficando inquieta quando a irmã expressa os seus sentimentos e emoções.
Influência e Poder nas Relações	A D. S. é o membro da família com maior influência e autoridade sobre a utente. Existe uma forte união entre a mãe, irmã e utente.
Crenças e Sua Influência	A D. S. descreve a doença mental da irmã como uma depressão paranoide e acredita que têm sido mal-acompanhada, pelos profissionais de saúde, desde o início da doença.

	O cunhado não reconhece a doença mental e assume que a D. W. é uma pessoa “mimada”.
Capacidade para Resolver Problemas	É a D. S. que identifica os problemas e toma iniciativa para os resolver.
Fatores de Stress Familiar	A evolução da doença da utente, a incapacidade da mãe para ajudar na gestão da casa, a sobrecarga da irmã e a relação da irmã com o marido.
Importância dos Problemas Familiares	Os problemas familiares têm influência nas relações familiares nomeadamente entre o subsistema conjugal.
Validação dos Problemas Identificados com a Família	- Isolamento social/socialização comprometida; - Dificuldade na gestão das emoções; - Deficit de informação sobre a doença mental e a sua evolução; - Sobrecarga do cuidador; - Rede de suporte emocional insuficiente.

4. Apgar Familiar (Smilkstein)

O Apgar familiar foi aplicado à pessoa índice. É uma família altamente funcional.

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 x 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 x 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 x 1 0
D	Estou satisfeito(a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 x 0
E	Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 x 1 0

- Pontuação de 7 a 10 - família **altamente funcional**;
- Pontuação de 4 a 6 - família com **moderada disfunção**;
- Pontuação de 0 a 3 - família com **disfunção acentuada**.

A sua família costuma visitá-lo(a):

- Diariamente ☒ X
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente

Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

Domínio Afetivo	- Promover a comunicação expressiva das emoções; - Incentivar a narrativa das vivências da doença e das dificuldades sentidas; - Promover apoio emocional.
Domínio Cognitivo	- Promover o envolvimento da família alargada (sobrinhos); - Encorajar relações interpessoais (vizinhos e amigos); - Elogiar as competências e recursos da família nomeadamente a presença diária e apoio dado pela irmã; - Adequar expectativas face a evolução da doença mental; - Oferecer informação sobre os recursos da comunidade/orientar para serviços sociais.
Domínio Comportamental	- Planear rotinas; - Programar momentos de descanso, estabelecendo objetivos semanais; - Redistribuir tarefas domésticas.

Apêndice 3 – Intervenção psicoterapêutica “Como me sinto hoje”

Introdução

A arteterapia é um método de intervenção psíquica que utiliza mediadores artísticos, no contexto de um processo terapêutico, resultando numa relação baseada na interação entre o sujeito, o trabalho artístico e o terapeuta (Carvalho, 2013).

As terapias expressivas permitem de uma forma criativa, mediar questões emocionais, a resolução conflitos, melhorar a autoimagem, desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Ferraz et al, 2009).

1. Objetivos

- Facilitar a comunicação intra e interpessoal;
- Estimular a espontaneidade e a criatividade;
- Favorecer a expressão de emoções e sentimentos.

2. Planificação da Intervenção

A intervenção tem o título de *Como me sinto hoje*. A sessão foi planeada tendo em conta as características físicas, psicológicas e cognitivas da utente a que seria aplicada.

3. Avaliação

No final da sessão, será convidada a verbalizar a sua experiência (a descrever o desenho, o que representa, o que lhe suscitou, o que sentiu) para avaliar a intervenção e conhecer os seus benefícios.

4. Referencias Bibliográficas

Ferraz, M. et al, (2009). *Terapias Expressivas Integradas. Coleção Expressão em Terapia – Volume 1*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Carvalho. R. (2013). Um amor do coração: arte-terapia em Portugal – uma perspetiva plurifacetada. *Arte Viva, Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. 3, 09-14.

Apêndice 4 – Plano da Sessão “Como me sinto hoje”

Plano da Sessão

Como me sinto hoje

Intervenção	Objetivos	Descrição da atividade	Recursos	Tempo
Acolhimento	- Orientar a sessão para as fases seguintes	- Explicar a sessão e expor os objetivos	Sala com mesa e cadeiras	5 min
Desenvolvimento	- Estimular a criatividade	- Desenho individual, dirigida ao tema “como me sinto hoje”	Sala com mesa e cadeiras Folhas, lápis de cor e canetas de feltro	20 min
Verbalização	- Descrever a experiência, os sentimentos e as emoções vividas - Preparar a saída do espaço terapêutico	- Apresentação do desenho - Verbalização e exploração do significado e da cor do desenho	Sala com mesa e cadeiras	15 min

Handwritten red text: 27.13.13

Handwritten red text: 27.13.13

Handwritten red text: 27.13.13



Handwritten signature in blue ink, possibly reading "C. J. ...".

Handwritten signature in grey ink, possibly reading "D. J. ...".

Handwritten signature in red ink, possibly reading "J. ...".

Handwritten signature in yellow ink, possibly reading "M. ...".

Apêndice 5 – Intervenção psicoterapêutica “*O Corpo e o Movimento*”

Introdução

A dança/movimento utilizada como técnica expressiva, promove a conexão entre o movimento e a emoção, permitindo que o movimento corporal ao ritmo da música, leve a mudanças físicas e psicológicas, promovendo a saúde e o desenvolvimento pessoal. Promove a espontaneidade, ligada às emoções, à comunicação e ao insight. Esta técnica centra-se no aspeto expressivo do movimento, existindo uma relação entre o movimento e o seu significado, permitindo que ele se expresse por si mesmo e sem lhe atribuir um significado (Ferraz et al, 2009).

Para a Associação Portuguesa de Dança Movimento Terapia (2018) a dança e o movimento são uma forma de psicoterapia que utiliza o corpo e a sua linguagem para ajudar na resolução de conflitos emocionais e psicológicos, em que tudo o que se passa na mente tem reflexo no corpo e vice-versa. O movimento é visto como simbólico, com um significado específico para a pessoa que o realiza, capaz de aceder a conteúdos inconscientes que habitam o corpo, tornando-se conscientes através do movimento e só depois passíveis de serem verbalizados e integrados ao nível do pensamento. O movimento evidencia sensações, sentimentos, emoções, imagens e memórias que estão no inconsciente.

Os objetivos gerais das intervenções psicoterapêuticas através da dança apontam para desenvolver a imagem corporal e aprender a aceitar o seu corpo e a sua história, aprender a escutar o corpo e a utilizá-lo de forma espontânea, desenvolver habilidades de comunicação e interação, melhorar a auto estima, promover a auto consciência, aprender a gerir as emoções, partilhar a experiência de pertencer a um grupo e desenvolver/manter capacidades físicas (Ferraz et al, 2009).

As intervenções assentam numa relação terapêutica baseada na criação de um ambiente seguro e de confiança utilizando linguagem verbal e não-verbal (Associação Portuguesa de Dança Movimento Terapia, 2018). Possibilitando o movimento, o terapeuta permite à pessoa uma maior estruturação de si mesmo, promovendo a recuperação de sentimentos reprimidos, que podem levar a uma alteração da autoimagem e da qualidade de vida (Andrade et al, 2015).

1. Objetivos

- Facilitar a interação entre os membros do grupo através de dinâmicas grupais;
- Permitir a expressão de emoções e sentimentos;
- Ajudar a comunicação interpessoal;
- Promover o bem-estar.

2. Caracterização do Grupo-Alvo

A intervenção é planeada, para utentes com doença mental, internados na unidade e que queiram participar. Como critério de exclusão os utentes com sintomatologia psicótica ativa. O grupo será constituído, no máximo, por 8 elementos. É respeitada a disponibilidade e aceitação de cada pessoa. O programa será realizado na sala de convívio do serviço.

3. Planificação da Intervenção

A intervenção tem o título de *O corpo e o Movimento*. A sessão foi planeada de acordo com o grupo-alvo tendo em conta as suas características físicas e cognitivas.

4. Avaliação

No final da sessão, os elementos do grupo, serão convidados a verbalizar a sua experiência (o que mais gostaram, o que descobriram, o que sentiram e o que refletiram), para avaliar a intervenção e conhecer os seus benefícios.

Referencias Bibliográficas

Andrade, L. et al (2015). Promoção da Saúde: Benefícios Através da Dança. *REFACS* (online) 2015; 3(3):228-234. Acedido em 19/06/2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/282526949>

Associação Portuguesa de Dança Movimento Terapia, (2018). Acedido em 23/06/2018. Disponível em: <https://praiaapdmtblog.wordpress.com/danca-movimento-terapia/>

Ferraz, M. et al, (2009). *Terapias Expressivas Integradas. Coleção Expressão em Terapia – Volume 1*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.

Apêndice 6 – Plano da 1ª Sessão “O Corpo e o Movimento”

Plano da Sessão 1

O corpo e o movimento

Intervenção	Objetivos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Permitir a partilha inicial de sentimentos - Orientar a sessão para as fases seguintes	Receber o grupo, explanar a sessão e expor os objetivos. O grupo a mover-se livremente pela sala, vai passando um lenço por cada elemento que, quando está com ele na mão, diz o seu nome e como se está a sentir no momento. Viva la vida – Coldplay (instrumental).	Sala ampla Utilização de música Lenço	Enfª Filomena	10 min
Aquecimento	- Despertar a consciência corporal - Preparar o corpo para a expressão emocional - Facilitar a interação entre os membros do grupo	Ao som do tema “Dá-me um abraço” – Miguel Gameiro, os elementos do grupo exprimem, o que sentem, ao ouvir a letra da música, utilizando o corpo e interagindo entre si.	Utilização de música	Enfª Filomena	5 min

Processo	- Estimular a criatividade - Promover o sentimento de pertença no grupo - Promover o bem-estar.	Ao som de diferentes ritmos musicais vai ser estimulado o movimento e a comunicação não verbal. O movimento será de forma individual, a pares e em grupo. Shimbalaie – Maria Gadú (dança em roda); Tico-tico no fubá – Zequinha de Abreu (dança a pares); Canta, canta minha gente – Martinho da Vila (dança a pares de costas voltadas); Paixão de beata – Pinto do Acordéon (duas filas, vão formando pares e vão saltando entre as filas); Menina Florentina – Tais Quais (dança livre).	Utilização de música (vários gêneros musicais)	Enfª Filomena	20 min
Verbalização	- Partilhar a experiência, os sentimentos e as emoções vividas - Preparar a saída do espaço terapêutico	O grupo senta-se no chão em círculo, formando uma flor, sendo o centro os pés. Cada pessoa verbaliza, de forma aleatória, o que sentiu, o que pensou e como vivenciou a sessão. Love story – The piano Guys	Chão Utilização de música	Enfª Filomena	10 min

Obstáculos previsíveis à implementação da intervenção:

Inadequada participação dos participantes

Não cumprimento do tempo estabelecido

Apêndice 7 – Plano da 2ª Sessão “O Corpo e o Movimento”

Plano da Sessão
O corpo e o movimento

Intervenção	Objetivos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Despertar a consciência corporal - Orientar a sessão para as fases seguintes	Receber o grupo, explanar a sessão e expor os objetivos. O grupo forma uma roda e vai sendo orientado/convidado a sentir o corpo. “Over the rainbow” – The Niall O'Sullivan Jazz Quartet.	Sala ampla Utilização de música	Enfª Filomena	10 min
Aquecimento	- Despertar a consciência corporal - Preparar o corpo para a expressão emocional - Facilitar a interação entre os membros do grupo	Ao som do tema “Dá-me um abraço” – Miguel Gameiro, os elementos do grupo exprimem, o que sentem, ao ouvir a letra da música, utilizando o corpo e interagindo entre si.	Utilização de música	Enfª Filomena	5 min

Processo	- Estimular a criatividade - Promover o sentimento de pertença no grupo - Promover o bem-estar	Ao som de diferentes ritmos musicais vai ser estimulado o movimento e a comunicação não verbal. O movimento será de forma individual, a pares e em grupo. Trem bala – Aninha Vidal (dança em roda); Aí se eu te pego – Instrumental (dança a pares de costas voltadas e vão trocando o par quando o terapeuta diz “troca”); Devagar, devagarinho – Martinho da Vila (dança a dois sempre de mãos dadas e trocam o par à indicação do terapeuta); Menina Florentina – Tais Quais (dança livre).	Utilização de música (vários géneros musicais)	Enfª Filomena	15 min
Verbalização	- Partilhar a experiência, os sentimentos e as emoções vividas - Preparar a saída do espaço terapêutico	Ao som da música, o grupo, vai andando pela sala e vão-se sentando livremente. Cada pessoa verbaliza, de forma aleatória, o que sentiu, o que pensou e como vivenciou a sessão. Love story – The piano Guys	Chão Utilização de música	Enfª Filomena	10 min

Obstáculos previsíveis à implementação da intervenção:

Inadequada participação dos participantes

Não cumprimento do tempo estabelecido

Apêndice 8 – Plano da 3ª Sessão “O Corpo e o Movimento”

Plano da Sessão 3

O corpo e o movimento

Intervenção	Objetivos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	- Apresentar os novos elementos ao grupo - Favorecer a interação entre os membros do grupo - Orientar a sessão para as fases seguintes	Receber o grupo, explicar a sessão e expor os objetivos. O grupo a mover-se livremente pela sala, apresentam-se e vão-se cumprimentado. Imagine – The Royal Philhamornic Orchestra (instrumental).	Sala ampla Utilização de música	Enfª Filomena	10 min
Aquecimento	- Despertar a consciência corporal - Preparar o corpo para a expressão emocional - Facilitar a interação entre os membros do grupo	Ao som do tema “Canção dos Abraços” – Sérgio Godinho, os elementos do grupo exprimem, o que sentem, ao ouvir a letra da música, utilizando o corpo e interagindo entre si.	Utilização de música	Enfª Filomena	5 min

Processo	- Estimular a criatividade - Promover o sentimento de pertença no grupo - Promover o bem-estar	Ao som de diferentes ritmos musicais vai ser estimulado o movimento e a comunicação não verbal. O movimento será de forma individual, a pares e em grupo. Trem bala – Aninha Vidal (dança em roda); Talvez se eu dançasse – Miguel Araújo (formar uma roda, vai um elemento para o meio que os outros vão imitar); Paixão de beata – Pinto do Acordéon (dança a pares); O que é, o que é – Gonzaguinha (dança livre).	Utilização de música (vários géneros musicais)	Enfª Filomena	15 min
Verbalização	- Partilhar a experiência, os sentimentos e as emoções vividas - Preparar a saída do espaço terapêutico	Cada pessoa verbaliza, de forma aleatória, o que sentiu, o que pensou e como vivenciou a sessão. “Over the rainbow” – The Niall O'Sullivan Jazz Quartet Love story – The piano Guys	Cadeiras Utilização de música	Enfª Filomena	10 min

Obstáculos previsíveis à implementação da intervenção:

Inadequada participação dos participantes

Não cumprimento do tempo estabelecido

Apêndice 9 - Poster "Cuidar de quem cuida"

Cuidar de Quem Cuida

Intervenção Terapêutica na Família da Pessoa com Doença Mental

Autores: Filomena Lopes*, Filipa Pires de Lima**, António Nabais***

Numa mudança de paradigma em que os cuidados deixam de estar centrados exclusivamente na pessoa e passam a estar centrados na família, torna-se relevante acompanhar o **sistema familiar**, a encontrar estratégias adaptativas para ultrapassar os desafios da doença mental. O foco desenvolve-se na avaliação e compreensão da dinâmica/ relações familiares, na identificação das fragilidades, dificuldades ou necessidades do sistema familiar e em delinear as respetivas intervenções (Carvalho, 2015). O **Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar**, orienta a colheita de dados e o plano de intervenção (Wright, L. & Leahey, M. 2011).

Estudo de Caso

O núcleo familiar da nossa cliente integra apenas a mãe, de idade avançada. O apoio da família alargada é exclusivamente da irmã mais nova e o seguimento pela equipa de saúde é irregular. Há pouca abertura do sistema familiar ao exterior, não favorecendo as relações interpessoais.

Foram propostas intervenções nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental para promover, melhorar e sustentar o funcionamento familiar.

Modelo de Calgary de Intervenção Familiar	
Domínio Afetivo	-Promover a comunicação expressiva das emoções; -Incentivar a narrativa das vivências da doença e das dificuldades sentidas; -Promover apoio emocional.
Domínio Cognitivo	-Promover o envolvimento da família alargada (sobrinhos); -Incorajar relações interpessoais (vizinhos e amigos); -Flogiar as potencialidades da família nomeadamente a presença diária e apoio dado pela irmã; -Oferecer informação sobre os recursos da comunidade/orientar para serviços sociais.
Domínio Comportamental	-Planear rotinas; -Programar momentos de descanso, estabelecendo objetivos semanais; -Redistribuir tarefas domésticas.

-Programar consultas de enfermagem semanais.
-Intervenção psicoterapêutica utilizando dança/movimento como técnica expressiva.

Diagrama Ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

(Adaptado de Wright, L. & Leahey, M., 2011, p. 52)



Conclusões: A aplicação do modelo permitiu conhecer a família, identificar dificuldades e potencialidades para elaborar propostas de intervenção na perspetiva de melhorar a qualidade de vida dos seus membros e promover um ambiente familiar saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, J. C. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 66-68.
Figueiredo, M. M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar – Uma abordagem globalizadora em enfermagem de família*. Loures: Lasociência.

Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermagem e Família – Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.) São Paulo: Roca.

* Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

** Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria na Clínica Psiquiátrica de São José

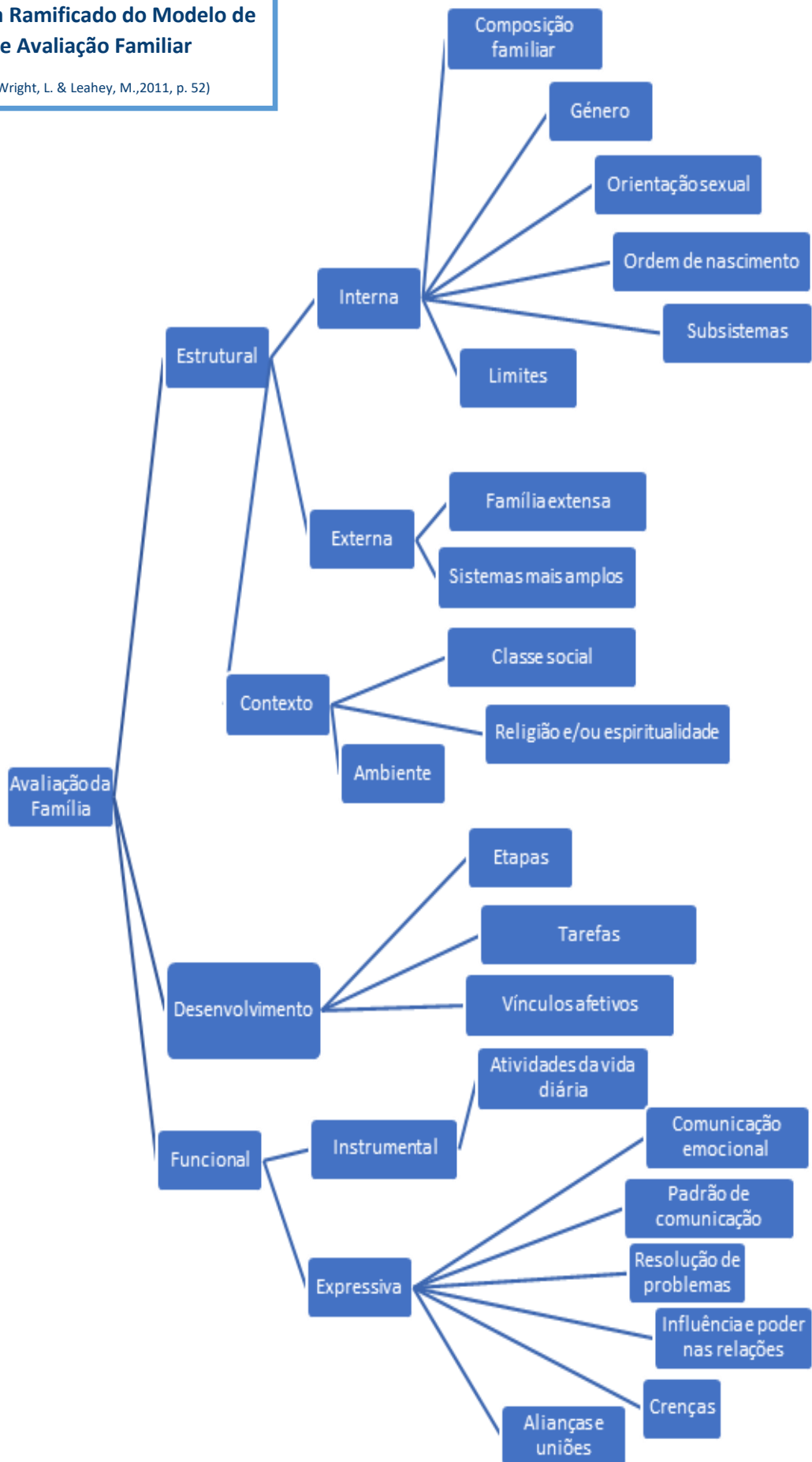
*** Professor Adjunto Escola Superior Enfermagem de Lisboa, investigador e Enfermeiro Funções de Gestão CHULC

ANEXOS

**Anexo 1 - Diagrama Ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação
Familiar**

Diagrama Ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

(Adaptado de Wright, L. & Leahey, M., 2011, p. 52)



Anexo 2 - Certificado de participação e programa das jornadas



Irmãs Hospitaleiras

Certificado de Participação

Filomena Maria Tomás Lopes, participou nas Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental-60 anos de Hospitalidade - (Re)Criar cuidados de saúde mental, que se realizaram na CSRSI em Condeixa, nos dias 23 e 24 de janeiro de 2020, com a duração total de 16 horas.

A Comissão Organizadora

23.01.2020

09.00 – ABERTURA DO SECRETARIADO

09.30 – 10.15 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

<i>A medicina da Mente e os cuidados de saúde do doente</i>	Dr. José Manuel Jara
Moderador	Prof. Dr. Pacheco Palha

10.15 – 10.30 – COFFEE-BREAK

10.30 – 12.00 – MESA 1. ALTERAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS NO IDOSO

<i>Genética das demências</i>	Prof. Dr.ª Isabel Santana
<i>Depressão no idoso</i>	Dr. Luis Marques; Dr.ª Filipa Maduro
Moderador	Dr. Horácio Firmão

12.00 – 13.00 – SESSÃO DE ABERTURA

13.00 – 14.00 – ALMOÇO

14.00 – 16.00 – MESA 2. DOENÇA MENTAL GRAVE

<i>Esquizofrenia resistente: implicações, respostas atuais e futuras</i>	Dr. Miguel Bajouco
<i>Doença afetiva: respostas atuais e futuras para lidar com o risco de deterioração cognitiva e funcional</i>	Prof. Dr. João Bessa
<i>O papel da reabilitação cognitiva na doença mental grave</i>	Dr.ª Vera Raposo
<i>Um projeto de intervenção domiciliária na promoção do recovery da pessoa com doença mental (InterComuniCaRE)</i>	Prof. Dr.ª Ermelinda Macedo
Moderador	Dr.ª Luísa Delgado Dr. Cláudio Laureano

16.00 – 16.15 – COFFEE-BREAK

16.15 – 17.00 – CONFERÊNCIA 2

<i>A neuroquímica da felicidade: fronteiras da saúde mental</i>	Prof. Dr.ª Manuela Grazina
Moderador	Dr. Pedro Varandas

17.30 – ENCERRAMENTO DOS TRABALHOS

19.30 – JANTAR SOCIAL



MOD.190.01

Instituto Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde Rainha Santa Isabel – Rua P. Bento Menni, 3150-146 Condeixa

24.01.2020

09.30 – 11.00 – MESA 3. PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

<i>Integração sensorial</i>	Dr. Paulo Fernandes
<i>Sexualidade nas Perturbações do Desenvolvimento Intelectual</i>	Prof. Dr. Jorge Cardoso
Moderador	Dr. João Albuquerque

11.00 – 11.15 – COFFEE-BREAK

11.15 – 13.00 – COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderador: Dr. José Valente

13.00 – 14.00 – ALMOÇO

14.00 – 15.45 – MESA 4. SUICÍDIO E ESPERANÇA

<i>Luto nos técnicos e nos familiares dos doentes suicidas</i>	Prof. Dr. Carlos Braz Saraiva
<i>Que diferença faz a esperança</i>	Pe. Nuno Miguel Santos
Moderador	Prof. Dr. José Carlos Santos

15.45 – 16.00 – COFFEE-BREAK

16.00 – 17.00 – MESA 5. REABILITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

<i>Papel dos Cuidados Continuados na Saúde Mental</i>	Enf. Miguel Narição
<i>Reabilitação cognitiva nos doentes pós traumatismo</i>	Prof. Dr.ª Sara Fernandes
<i>Reabilitação funcional: experiência(s) da CSRSI</i>	Enf. Jorge Façanha
Moderador	Dr. Pires Preto

17.30 – ENTREGA DE PRÉMIOS E ENCERRAMENTO DAS JORNADAS

Anexo 3 - Certificado de participação nas jornadas com o poster

"Cuidar de quem cuida"



Irmãos Hospitaleiras

Certificado de Participação

Filomena Lopes, participou nas Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental-60 anos de Hospitalidade - (Re)Criar cuidados de saúde mental, que se realizaram na CSRSI em Condeixa, nos dias 23 e 24 de janeiro de 2020, com o poster "Cuidar de Quem Cuida Intervenção Psicoterapêutica na família da pessoa com doença mental".

A Comissão Organizadora