

**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**Intervenções psicoterapêuticas unifamiliares  
em famílias de pessoas com doença mental grave**

**Martina Medeiros**

**2012**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

# **Intervenções psicoterapêuticas unifamiliares em famílias de pessoas com doença mental grave**

**Martina Medeiros**

**Luísa D'Espiney**

**2012**



A família é muito maior do que se imagina.  
Ela representa o passado, o presente e também o futuro

*Luiz Antônio Alves*

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. AS FAMÍLIAS E AS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL .....	7
3. INTERVENÇÕES FAMILIARES NUM INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA.....	12
3.1. O internamento como situação de crise na família .....	12
3.2. O pensamento crítico e o diagnóstico em enfermagem .....	15
3.3. Cuidados à família e pessoa com doença mental hospitalizada.....	19
3.4. “Ajudar quem cuida” – Sensibilizar a equipa para o cuidado à família .....	28
3.4.1. Estruturar a avaliação – Guião da entrevista familiar .....	30
4. INTERVENÇÃO FAMILIAR COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NUMA CONSULTA COMUNITÁRIA DE PSIQUIATRIA.....	32
4.1. Recrutamento e avaliação da família: dificuldades e constrangimentos.....	35
4.2. Descrição da intervenção – Terapia Familiar Cognitivo-comportamental .....	36
4.3. Avaliação do funcionamento familiar após a intervenção .....	49
5. CONCLUSÃO .....	50
6. BIBLIOGRAFIA .....	56
ANEXOS .....	63
Anexo I – Formação em Terapia Familiar Comportamental (TFC)	
Anexo II – Caso 1	
Anexo III – Caso 2	
Anexo IV – Caso 3	
Anexo V – Caso 4	
Anexo VI – Sessão de análise das práticas “Ajudar quem cuida – um espaço psicoterapêutico para as famílias”	
Anexo VII – Proposta de Guia de avaliação familiar para o internamento	
Anexo VIII – Recrutamento e triagem de famílias	
Anexo IX – Formulário das entrevistas individuais com a família alvo da TFC	
Anexo X – APGAR da família do senhor G	
Anexo XI – Consentimento para participar no programa de TFC	
Anexo XII – Formulário de avaliação familiar – Terapia Familiar Comportamental	
Anexo XIII – Formulário de registo da medicação	
Anexo XIV – Formulário de sinais precoces de alarme	
Anexo XV – Formulários de perícias de comunicação da TFC	
Anexo XVI – Autorização para aplicar o modelo de TFC na consulta comunitária	

## 1. INTRODUÇÃO

Este relatório pretende dar a conhecer grande parte da minha aprendizagem, através da descrição reflexiva das atividades que desenvolvi ao longo do estágio do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Sendo um mestrado profissionalizante, em que teria de desenvolver competências de enfermeira especialista, optei por centrar a minha aprendizagem numa vertente interventiva e fazer com que as competências teórico-práticas que iria adquirir me tornassem melhor enfermeira. Este “melhor enfermeira” inclui ser capaz de transferir para a prática clínica os conhecimentos mobilizados ao longo do mestrado e fazer perdurar no tempo e nas minhas intervenções as competências nele adquiridas.

Trabalhando há 16 anos na área da saúde mental, fui desenvolvendo aptidões que se aliaram a todos os saberes construídos ao longo desta formação e que, acredito, me tornaram mais capaz e possibilitaram desenvolver competências específicas de enfermeira especialista na área de intervenção familiar.

A finalidade deste estágio foi aprofundar conhecimentos sobre como desenvolver “**intervenções psicoterapêuticas em famílias de pessoas com doença mental grave**”. Estas intervenções são caracterizadas por relação de ajuda, suporte emocional, técnicas de modificação de comportamentos e gestão de stress. Identifiquei esta área de intervenção como sensível aos cuidados de enfermagem, pelo confronto diário com pedidos de ajuda das famílias e pela evidência científica das pesquisas efetuadas. A família emerge como foco dos cuidados de enfermagem, na medida em que, segundo Bolander, Luckmann e Sorensen (1998, p. 398), a família é como “uma unidade básica da sociedade, na qual se processam comportamentos humanos conotados com a saúde (...)”. Também, Silva (2009, p. 60) evidencia que “os comportamentos de saúde e doença são aprendidos no contexto familiar e a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde e a família é um fator significativo na saúde e bem estar dos indivíduos”.

A intervenção familiar está indicada em vários contextos e, como referem Wright e Leahey (2002, p. 22), para uma enfermeira decidir se realiza uma intervenção familiar deve considerar “o nível de funcionamento familiar, o seu próprio nível de habilidade e os recursos disponíveis”, recomendando várias circunstâncias em que a família beneficia de intervenção de enfermagem, sendo uma delas “quando um membro da família apresenta uma doença com evidente impacto prejudicial sobre os outros membros da família” (ibidem). Em saúde mental, o impacto da pessoa doente na família e o comportamento da família perante a doença levam a uma sobrecarga e constante adaptação familiar. As famílias afetadas fazem diversos ajustes e compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no

lazer (Gallagher e Mechanic, 1996) e, como salienta o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016, devem existir “na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias” (p. 19). No Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), a Ordem dos Enfermeiros realça que “as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (p. 9). Fazenda (2009, p. 118) salienta que “para que os utentes e familiares passem dos níveis mais simples para os mais complexos da participação, é necessário um processo de ‘empowerment’ e de partilha da informação pelos profissionais.”

As intervenções familiares têm a sua origem num pressuposto de autonomização do sistema familiar e de promoção da saúde mental. Têm surgido novos conceitos relacionados com a autonomia e poder individual que cada um tem sobre a sua saúde e o conceito de “empowerment” é mesmo uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que o define como “um processo através do qual as pessoas obtêm maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (Relatório Mundial de Saúde, 1998, p. 6). Partilhar informação com o utente, é ao mesmo tempo, creditá-lo e acreditar que ele pode ser capaz de tomar decisões informadas. “Uma das necessidades mais significativas de famílias que enfrentam doenças é a de receber informações (...) e a mais desejada diz respeito à promoção de saúde e tratamento das doenças” (Wright e Leahey, 2002, p. 159). As mesmas autoras assinalam que as famílias valorizam as entrevistas familiares como uma “oportunidade de expressarem as preocupações, aumentando a comunicação entre os seus membros e a obtenção de apoio da equipa de enfermagem” (ibidem).

Ao longo da minha experiência profissional fui tomando consciência de que as famílias nem sempre têm um espaço terapêutico nas equipas de saúde e que, muitas vezes, quando abordam os profissionais, são-lhes atribuídas características de caráter crítico ou mesmo pejorativo. É frequente ouvir-se os termos “família desadequada” ou “não colaborante” quando, na verdade, o que as famílias nos querem transmitir é que necessitam de ajuda. É urgente tomarmos consciência de que a família é uma unidade indivisível, à qual a pessoa doente pertence, mesmo quando está sob o nossos cuidados, e que essa unidade “caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade” (Figueiredo, 2009, p. 29) que pode ficar alterada quando alguém adocece.

Ao longo deste estágio propus-me desenvolver competências de enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, como está preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010, p. 3), com ênfase nas

seguintes: “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” e “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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”. Os principais critérios de avaliação foram:

“F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.

F3.4.5. (...) Promover e reforçar as capacidades das famílias.

F3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.

F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários 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.

F4.1.3. Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas).

F4.1.5. Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.

F4.1.6. Apoia famílias de pessoas com doença mental grave, incentivando a organização de grupos de ajuda que o incluam, assim como à família.” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2010, pp. 5-7)

Para compreender mais profundamente os problemas das famílias e formas de as ajudar, fiz uma revisão da literatura, utilizando não só livros e revistas, mas também artigos publicados em bases de dados electrónicas que figuram no servidor EBSCO, CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Psychology and Behavioral Sciences Collection e E-Journals, utilizando o modo de busca Boolean/Phrase. As palavras utilizadas na pesquisa foram termos que são utilizados na literatura internacional (family, feelings, caregiver, needs, treatment, mental health, nursing, interventions, community; hospitalization, burden).

Fiz uma apreciação crítica, de forma a obter um constructo teórico válido, que me ajudou a conhecer melhor o problema e planear intervenções baseadas em evidência. De forma a adquirir

mais conhecimentos na área das intervenções familiares, frequentei uma formação em Terapia Familiar Comportamental (Anexo I) que me ajudou na implementação das atividades.

O objetivos principais deste estágio foram **“compreender as dificuldades das famílias de pessoas com doença mental grave e planejar intervenções individualizadas às famílias”**. Para concretizar estes objetivos, realizei dois tempos de estágio.

A primeira parte decorreu numa unidade de internamento de psiquiatria, para pessoas em fase de agudização da doença mental, de um hospital geral. Os objetivos específicos para esta fase (ver capítulo 3) foram:

1. Desenvolver intervenções de ajuda, seguindo a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a famílias de pessoas internadas que apresentavam dificuldades na gestão de problemas relacionados com o internamento e a doença;
2. Sensibilizar os enfermeiros para o cuidado dirigido às famílias através de uma sessão de análise das práticas;
3. Propor uma norma de registo de avaliação familiar no internamento.

O segundo módulo foi cumprido numa equipa comunitária de psiquiatria, e o objetivo específico – descrito no capítulo 4 – foi o seguinte:

1. Desenvolver intervenção unifamiliar de Terapia Familiar Comportamental a uma família, seguindo o modelo de Falloon.

## **2. AS FAMÍLIAS E AS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL**

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (RMS) de 2010, a saúde mental é uma parte integrante da saúde, não podendo existir saúde sem saúde mental e esta é determinada por fatores sócio-económicos, biológicos e ambientais.

“Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência” (OMS, 2005, p. 1). Os transtornos mentais são responsáveis por grande parte da perda de qualidade de vida e “a previsão é que esse ónus cresça significativamente no futuro” (ibidem). “Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas”, como se afirma na introdução do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

“De acordo com o primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental – ‘Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica: Prevalência, factores de risco, carga social e económica e utilização de serviços’ – Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população. No último ano, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (23%) e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida” (Furtado, Ribeirinho e Alves, 2010, p. 8).

Os problemas de saúde mental começaram a constituir uma preocupação crescente pela alta prevalência e impacto social que as doenças mentais trouxeram à sociedade. As novas políticas em Portugal e no mundo convergem para o encerramento das instituições psiquiátricas tradicionais, integrando os cuidados de saúde mental em hospitais gerais e equipas comunitárias. A desinstitucionalização, vem exigir novas práticas de cuidados onde a participação das famílias é um imperativo no êxito dos cuidados de saúde mental de qualidade. A reestruturação passa por um processo contínuo de transformações em toda a sociedade na forma de pensar a doença mental e a família deve ser alvo de um cuidado especial por lhe serem pedidos novos papéis. Passa a ter uma função ativa, participante, de suporte e cuidados, nos processos de reabilitação e manutenção da pessoa com doença mental no seu meio social.

Apesar dos avanços em psiquiatria, os serviços que oferecem planos específicos de ajuda a cuidadores e os aceitam como elementos participativos e fundamentais no êxito do projeto terapêutico ainda são escassos. Promover a participação da família no processo de recuperação do familiar doente é legítimo, desde que se tenha em consideração as suas dificuldades e necessidades. Segundo Gonçalves-Pereira (1996), mais de 22% dos familiares cuidadores (de pessoas com doença mental grave) tinham mais de 65 anos, e 42% tem probabilidade de estar a necessitar de ajuda.

Sendo a doença mental na sua grande maioria crónica, afetando a pessoa ao longo da vida, e tendo implicações no relacionamento interpessoal dentro da família, recai sobre esta uma responsabilidade de cuidadora que acarreta uma série de encargos: custos económicos; reações emocionais às doenças; stress face ao comportamento alterado; disrupção da rotina doméstica; e restrição das atividades sociais.

Neste sentido, estas alterações ao funcionamento familiar exigem cuidados centrados na família. Como refere Figueiredo (2009, p. 31), “a enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da família, do mesmo modo que as perceções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros”. Esta mutualidade transforma a própria família em “fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento” (ibidem).

A família é identificada como o suporte mais comum nos cuidados comunitários, tendo os enfermeiros o dever de integrar as famílias no âmbito dos cuidados de enfermagem (Wright e Leahey, 2002). Como constata Gonçalves-Pereira, Xavier e Fadden (2007, p. 243), “a família ainda não é, infelizmente, reconhecida na prática como recurso terapêutico natural, primordial e imediato (por preconceito ou alegada escassez de recursos)”. Para que esta seja um recurso de suporte devemos ajudá-la na prevenção da sobrecarga a que fica sujeita quando assume o papel de cuidadora. Neste novo paradigma de cuidados, a família tem um papel de cuidadora informal, sendo-lhe exigido que contribua para um ambiente propício à reinserção social. Os familiares

“frequentemente amparam o impacto do comportamento da pessoa quando esta fica doente ou tem uma recaída e normalmente são eles que fundamentalmente amam, cuidam e se preocupam com a pessoa com o transtorno mental. Às vezes também eles tornam-se alvo de estigma e discriminação. (...) O papel importante dos familiares precisa ser reconhecido na legislação” (Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação – Cuidar, Sim – Excluir, Não, 2005, p. 49).

No Resumo Executivo do Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 salienta-se que “não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias” (pág. 19). Afirma-se repetidamente no plano que a família deve também ser alvo de cuidados, embora, na prática, os serviços de apoio a familiares sejam escassos no que se refere à psicoeducação, ao suporte e apoio de famílias com “desgaste” e com graves problemas sociais para manter cuidados dignos aos familiares doentes.

Ao longo dos anos, cuidando de pessoas com doença mental, tenho observado as necessidades das famílias e constato no meu dia-a-dia o sofrimento, o cansaço e as dificuldades em

lidar com os comportamentos, sintomas e com a dependência nas atividades de vida diária provocadas pelos défices cognitivos. Medalia e Revheim (2007, pp. 46-47) esclarecem que “as pessoas com sintomas negativos proeminentes também parecem apresentar disfunção cognitiva. Embora os sintomas negativos e os défices cognitivos pareçam ser independentes uns dos outros, em conjunto contribuem para as dificuldades no funcionamento social, comunitário e vocacional das pessoas”. Estes sintomas não afetam só a pessoa doente mas também têm um enorme impacto sobre o funcionamento e papel dos cuidadores, e levam a maior sobrecarga do que os sintomas positivos (Provencher e Mueser, 1997).

As famílias pedem ajuda e procuram os enfermeiros para obter informações sobre o familiar doente, frequentemente não identificando as suas próprias necessidades de ajuda. Cabe ao enfermeiro reconhecer esse facto e, em conjunto com a família, determinar estratégias mais saudáveis para lidar com as dificuldades, não se limitando apenas a fornecer informações.

Waidman e Gusmão (2001) realçam a importância de os profissionais que atuam na área da saúde mental envolverem a família no tratamento de forma a ampará-la, apoiá-la e orientá-la na árdua tarefa de cuidar de um doente mental, mantendo-o desinstitucionalizado e tratado dignamente. Wright e Leahey (2002), no modelo de intervenções nas famílias, referem que “uma forma de alterar a ‘realidade’ que os membros da família conceberam é ajudá-los a desenvolver novas maneiras de interagir na família (...)” (p. 21). Nesse sentido, focalizam-se em modificações nos domínios cognitivo (educar, dar informação, clarificar), afetivo (expressão de sentimentos que podem reprimir as soluções de problemas) e no domínio comportamental, que vai permitir alterar e/ou adquirir novos comportamentos. As mesmas autoras defendem que a enfermagem

“tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem estar e saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem” (Wright e Leahey, 2002, p. 13).

Figueiredo e Silva (2006) referem, inclusive, que o “enfermeiro tem um papel primordial na promoção da autonomia do sistema familiar, devendo intervir em parceria com este de forma a melhorar o seu nível de competência e independência” (p. 11) e acrescentam que capacitar a família permite “uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança” (p. 32).

Tendo por base a fundamentação apresentada, tornou-se claro que cuidar da família é um imperativo atual e deve fazer parte da prática da enfermagem em qualquer área. Quando planeei este estágio e elaborei o projeto, explorando as várias hipóteses de intervenção, conclui que este é um aspeto ainda pouco estudado e documentado no nosso país, estando muito relacionado com os cuidados comunitários, com a prevenção e os cuidados domiciliários. Existe uma escassez de

cuidados de enfermagem para família em situação de crise e em momentos de agudização da doença e internamento hospitalar. Como nota Figueiredo (2009), tem havido um crescente interesse da enfermagem em relação às questões da família e, “embora os cuidados à família serem cada vez mais integrados nos processos formativos, têm sido, ao longo do tempo, negligenciados no contexto da investigação” (p. 72).

Nas últimas décadas, vários modelos de avaliação e intervenção na família têm surgido e Figueiredo (2009) defende que a complexidade do sistema familiar leva a que a abordagem sistémica se revele mais adequada. A autora realça a importância de compreender a “complexidade, globalidade, reciprocidade, diversidade, unicidade, entre muitas outras características inerentes à sua multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade da família, quanto o seu contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade” (ibidem, pp. 80-81). No estudo que faz sobre o cuidado à família, Figueiredo apresenta as abordagens mais consistentes de avaliação e intervenção familiar, começando por salientar que a Comissão da Região Europeia da OMS definiu o Modelo de Enfermagem de Saúde Familiar – Family Health Nursing Model (FHNM) –, onde expõe que a finalidade dos cuidados de enfermagem é “ajudar o indivíduo e a família na adaptação a situações de doença ou períodos de stresse” (Figueiredo, 2009, p. 169) e, ao nível da prevenção secundária e terciária, promover “o conhecimento da família no sentido de minimizar ao impacto dos fatores de stresse no funcionamento familiar; (...) reabilitação das forças da família; e intervenção em crises, centrada na resolução dos problemas e reabilitação” (ibidem). Atualmente, e ainda segundo Figueiredo (2009), podemos distinguir três modelos de avaliação e intervenção familiar. Em primeiro lugar, “o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar, baseia-se no Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman e foi adaptado para os cuidados à família por Berkey & Hanson em 1991 (Hanson, 1996; Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005)” (p. 170). A autora descreve este modelo como “um instrumento de avaliação centrado nos fatores de stresse familiares (gerais e específicos) e nas forças da família que funcionam como recurso para a manutenção de um funcionamento saudável da família” (p. 170). O Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (Friedman, 1998), surge com uma “abordagem macrosistémica da família. Esta visão macroscópica do sistema familiar possibilita a compreensão do mesmo a partir do seu contexto comunitário, centrando-se na organização familiar e nas relações da família com os supra-sistemas. As decisões de enfermagem relativamente às intervenções a implementar, apoiam-se nas necessidades e objetivos da família” (Figueiredo, 2009, p. 171). Finalmente, Figueiredo (2009) destaca o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) publicado pela primeira vez em 1984 e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF). Este apresenta-se como “uma estrutura

multidimensional que consiste de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento, e funcional” (Wright e Leahey, 2002, p. 16). Na categoria funcional, “os aspetos instrumentais referem-se à avaliação da capacidade de resposta da família às atividades de vida diária, sobretudo quando surge um problema de saúde e são necessárias readaptações que permitam o funcionamento adequado do sistema familiar” (Figueiredo, 2009, p. 178) e a avaliação do funcionamento expressivo permite “identificar e distinguir famílias emocionalmente saudáveis, das que experimentam uma dificuldade emocional superior ao habitual” (Wright & Leahey, 2002, p. 126). Todos estes modelos têm em comum uma visão sistémica na abordagem familiar e, como salientam Wright e Leahey (2002, p. 40), “a família como um todo é mais do que a soma das partes”.

Devido ao contexto da hospitalização, o cuidado às famílias durante o estágio na unidade de internamento de psiquiatria dificultou uma abordagem abrangente a todos os elementos da família. Os cuidados foram direcionados para as necessidades que iam surgindo. As rápidas mudanças na família provocadas pelo adoecer mental e pelo internamento trazem problemas inesperados e urgentes. Foi neste contexto que atuei, utilizando a nomenclatura da NANDA para estruturar as intervenções.

Figueiredo (2009, p. 185) destaca que, “tendo como base o MCAF e a terminologia diagnóstica NANDA, emergiram algumas categorias diagnósticas”, mencionando, ao nível da estrutura, a interação social; ao nível do desenvolvimento, os processos familiares, a paternidade e a maternidade; e, ao nível funcional, a tensão do papel de cuidador, a comunicação verbal da família, a manutenção do lar e o coping familiar. Foi no nível funcional que identifiquei diagnósticos de enfermagem às famílias no internamento de psiquiatria.

No estágio comunitário, o modelo de intervenção adotado foi psicoeducativo de caráter cognitivo-comportamental pois, como refere Brito (2005, pp. 23-24), “as intervenções psicoeducativas em famílias de pessoas com esquizofrenia são também uma área que, em termos de resultados de saúde, se tem mostrado muito sensível ao trabalho da Enfermagem, aliás fazendo habitualmente parte do curriculum de formação dos enfermeiros em diversos países como o Reino Unido e os EUA”. Estas intervenções têm um caráter preventivo e reforçam a adopção de estilos de coping eficazes e também reduzem o stress e sobrecarga na família (Magliano et al., 2000) e têm sempre um impacto sistémico porque influenciam as dinâmicas familiares. Além de reduzirem o stress na família, conferem ao doente e à família um papel mais ativo no processo de tratamento e promovem um adequado grau de expectativas e exigências em relação à pessoa doente (Brito, 2005). Este modelo de intervenção tem a sua aplicabilidade no contexto comunitário e, preferencialmente, as sessões deverão ser feitas no domicílio (Gonçalves-Pereira et al., 2006), como aconteceu neste estágio.

### **3. INTERVENÇÕES FAMILIARES NUM INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA**

Alarcão (2002) refere que a família está sujeita a dois tipos de pressão: a interna, que resulta das mudanças relativas ao desenvolvimento dos seus membros e dos seus subsistemas, e a externa, relacionada com as exigências de adaptação dos membros da família às instituições sociais que os influenciam. Identifica como fonte de stress familiar acontecimentos inesperados que podem afetar a organização estrutural do sistema familiar, como o aparecimento de uma doença crónica e prolongada. Durante o processo de internamento na psiquiatria, as intervenções de enfermagem devem estar também direcionadas para a família, evitando uma abordagem fragmentada apenas na pessoa doente. Uma das habilidades na ajuda às famílias é reconhecer que cada pessoa é mais bem compreendida se a entendermos no seu contexto familiar (Wright e Leahey, 2002).

“As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa” (Figueiredo, 2009, p. 30). É muitas vezes dos familiares próximos que provém o apoio mais constante, sobretudo em alturas de crise levando a uma sobrecarga associada à doença. Assim nasceu o conceito de “peso”, ou sobrecarga, para a família (“burden on the family”), introduzido por Treudley em 1946. Devemos ter sempre presente que os cuidados dirigidos à pessoa doente dentro do contexto familiar conferem à enfermagem o carácter sistémico que lhe é próprio. Partindo de um pensamento sistémico, Wright e Leahey (2002) salientam que os sistemas familiares têm capacidade autorreguladora; a mudança num membro da família afeta todos os outros, toda a comunicação não verbal é significativa, e facilitar a mudança é responsabilidade do enfermeiro.

#### **3.1. O internamento como situação de crise na família**

Chalifour (2009) nota que o conceito de crise é difícil de definir e salienta que “tal se deve, entre outros fatores, à sua etimologia”. O autor afirma que a crise tem uma explicação negativa – “destruição de um equilíbrio preexistente ou perigoso desvio de um estado de normalidade” – ou pode ter uma interpretação positiva – quando é “percecionada como dor perante algo, por vezes a necessidade de crescer, de tender para um maior equilíbrio” (p. 183). Chalifour vê a crise como uma experiência subjetiva que pode evoluir para melhor ou pior e que, se houver apoio às necessidades das pessoas, estas podem sair mais evoluídas da experiência de crise. O mesmo autor, citando Hill (1974), argumenta que há “fontes de stress” e acontecimentos que afetam a família, sendo um deles “a hospitalização de um cônjuge ou outro membro da família” (p. 191). Chalifour realça a importância de dar apoio nos momentos de crise e defende que

“numa perspectiva humanista, sabemos que num contexto relacional, a ajuda se inicia desde que cliente e terapeuta estão na presença um do outro. Isso ainda ganha mais sentido numa experiência de crise em que a pessoa se sente desprotegida e onde relacionar-se com um interveniente acolhedor e que procura ajudar pode dar origem a um sentimento de esperança, quebrar a solidão e libertar tensões e ansiedades” (Chalifour, 2009, p. 206).

Todas as intervenções de ajuda que desenvolvi foram assentes nesta perspectiva humanista que caracteriza os cuidados de enfermagem.

“A situação de doença prolongada de um familiar pode ser interpretada como uma situação de crise geradora de stress” (Sotto Mayor e Leite, 2011, p. 41) e tem “um impacto no bem-estar físico e emocional do cuidador” (Monin e Schulz, 2009, citados por Sotto Mayor e Leite, 2011, p. 39). Perante pensamentos e comportamentos alterados da pessoa doente, os familiares sentem impotência, receios e dúvidas que lhes provoca um nível de stress significativo. Martins e Alves (2009), estudando o impacto da doença mental na família, concluíram que “um dos sinais expressos resultantes desse impacto é precisamente a ansiedade”. Frequentemente, a equipa de saúde centra os seus cuidados na pessoa doente e a disponibilidade para compreender os problemas familiares fica para segundo plano, deixando as famílias entregues a si próprias. Algumas não conseguem sozinhas resolver os problemas que derivam da doença de um familiar e sentem sobrecarga. Berglund, Vahlne e Edman (2003) sugerem que essa sobrecarga pode ser reduzida quando as famílias são submetidas a intervenções psicoeducativas no internamento, influenciando de forma positiva as atitudes da família para continuar a cuidar da pessoa doente após a alta. Estas intervenções são facilitadoras dos processos de coping que permitem a estabilidade da família. “Envolver a família no cuidado ao doente durante o internamento exige mudança de atitudes e sobretudo encarar a família também como recetora de cuidados. (...) Sentirem-se incluídos, aumenta o sentimento de utilidade, podendo atenuar a ansiedade muito constante nas famílias dos doentes internados, proporcionada (...) pela situação clínica, mas também pela separação” (Renca et al., p. 98).

Para melhor conhecer as necessidades da família, cumpri grande parte deste estágio durante o horário das visitas, o que me possibilitou contactar com as suas preocupações, sentimentos, dúvidas e apelos constantes. Na maior parte das vezes, os familiares expressavam sentimentos negativos e de revolta, insegurança, incerteza, culpabilidade, tristeza e intranquilidade. Chalifour (2009) defende que uma das estratégias terapêuticas do enfermeiro é “tranquilizar” e salienta que “tranquilizar é, sem dúvida, a estratégia terapêutica relacionada mais intimamente com a terapia de suporte” (p. 280). Explica que a tranquilidade é um estado de espírito que tem como objetivo “restaurar numa pessoa um estado de confiança ou segurança” (p. 281). Foi, frequentemente, esta procura de confiança e segurança que as famílias expressavam. Wright e Leahey (2002) referem a

importância de as “enfermeiras criarem um ambiente de confiança para a expressão aberta dos medos, raiva e tristeza dos membros da família sobre a sua experiência de doença” e que “ essa oportunidade de expressar o impacto da doença (...), confere validação às suas experiências” (p. 161).

Parkinson (1985) realça que quando os enfermeiros incluem nos seus cuidados a família da pessoa internada, proporcionando-lhe apoio psicossocial e informação, ajudam-na a reforçar mecanismos de coping adaptativos à situação de stress que as famílias experimentam, com a doença e a hospitalização. Afirma ainda que este é um foco de intervenção da enfermagem. O autor estudou os resultados de um grupo de apoio num internamento de psiquiatria concluindo que o que as motivava a frequentar o grupo de apoio era o desejo de participar no plano de tratamento e compreender melhor a doença. Parkinson (1985) salienta ainda que estes grupos de apoio, ajudam a compreender os processos de coping e possibilitam desenvolver intervenções de enfermagem futuras. Eaton et al. (2011), num estudo sobre estratégias de coping de famílias de utentes internados em psiquiatria, destacam que o impacto da falta de serviços de saúde mental é sentido na família que se responsabiliza por cuidar do doente após a alta e analisam as estratégias de coping das famílias durante o internamento, salientando que a família sente necessidade de informação sobre a pessoa internada e sobre como deve lidar melhor com a situação.

Durante o internamento, a família passa por uma situação de adaptação enquadrável nos processos de transição identificados por Meleis (1997). O autor expõe que a enfermagem tem como missão assistir as pessoas durante os seus processos de transição ajudando-as a adaptarem-se a novas realidades. Oliveira et al. (2009, p. 37), referindo-se à enfermagem de família, recorrem a Friedman (1998), Hanson (2005) e Wright e Leahey (2005) para afirmar que esta “está direcionada para as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais e centra-se na sua capacitação funcional face aos seus processos de transição”. Magliano et al. (2000) concluíram que, quando os familiares de pessoas com esquizofrenia conseguem melhorar as suas estratégias de coping, a sobrecarga sentida pode ser reduzida, mesmo após vários anos. Isto aponta para a necessidade de as famílias de pacientes psicóticos crónicos receberem intervenções psicoeducacionais com ênfase na adoção de um estilo de coping eficaz.

A psicoeducação e o apoio das famílias pode contribuir para um melhor relacionamento e compreensão da doença, reduzindo sentimentos de hostilidade e desesperança. Jackson (1990), citado por Xavier, Gonçalves-Pereira, Corrêa e Caldas de Almeida (2002), salienta a evidência de que os familiares que expressam maior hostilidade para com os doentes apresentam uma sobrecarga familiar mais elevada. A sobrecarga e a hostilidade tornam-se um ciclo vicioso que pode ser travado por intervenções familiares, logo no internamento.

### **3.2. O pensamento crítico e o diagnóstico em enfermagem**

A disciplina de enfermagem deve “criar uma linguagem comum capaz de ser usada para organizar os fenômenos da prática de enfermagem sem despersonalizar o paciente” (Johnson, Maas e Moorhead, 2004, p. 42), segundo uma ideia desenvolvida por Kritek (1989). Este autor salienta a importância de serem definidos resultados para cuidados de enfermagem (que apresenta a maioria de horas de cuidados de saúde aos clientes) para determinar a qualidade dos cuidados prestados e que estes “são elementos fundamentais em qualquer programa de garantia de qualidade” (Johnson, Maas e Moorhead, 2004, p. 47). As mesmas autoras afirmam que “a profissão precisa de ser capaz de analisar a eficiência das suas intervenções e prática para assegurar o seu papel nos cuidados de saúde e influenciar políticas de cuidados de saúde” (ibidem, p. 50).

Seguindo esta orientação, utilizei a nomenclatura Nursing Interventions Classification (NIC) dos diagnósticos da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Foi o processo que encontrei para, de forma sistemática, registar uma parte do que aconteceu ao longo do estágio. Escolhi esta nomenclatura por ser aquela que já utilizara algumas vezes, tanto na prática como quando colaborei na formação de enfermeiros. Considero que é um sistema de classificação que utiliza uma linguagem muito clara nas intervenções em saúde mental e em particular na família. Dá-nos um leque muito alargado de intervenções que nos guia a prática, mais do que apenas auxiliar no registo.

“As palavras e frases NANDA, NIC e NOC [Nursing Outputs Classification] agem como dicionários que permitem aos enfermeiros relatarem o que pensam e o que fazem e (...) auxiliam a esclarecer os pensamentos, guiando as suas ações” (Lunney, 2004, p. 236). Este processo de registo de intervenção, ajuda o enfermeiro na tomada de decisão, importante para “otimizar a efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem” (ibidem, p. 348).

O uso desta taxonomia foi importante para a minha aprendizagem porque me obrigou a levantar diagnósticos e isso permitiu, além de uma exaustiva pesquisa nesta taxonomia, desenvolver o pensamento crítico, importante nas competências de um enfermeiro especialista. No início, surgiu-me uma questão: Como saber se os diagnósticos escolhidos são os mais adequados? Lunney (2004, p. 372) assume que “existe variação na precisão” do diagnóstico e “isso significa que alguns dados são mal interpretados e podem ter sido perdidas oportunidades para melhorar os resultados.” Planear os cuidados partindo de diagnósticos permite desenvolver o pensamento crítico e, como refere a mesma autora, “a capacidade de diagnosticar requer inteligência e pensamento crítico” (p. 36). Acrescenta que o pensamento crítico é composto por sete habilidades: “análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, predição, e transformação do

conhecimento” (p. 30). Ao identificar diagnósticos devemos sempre questionarmo-nos sobre a sua precisão e isso envolve pensar sobre o pensamento, o que desenvolve o autoaperfeiçoamento.

Também Chalifour (2009, p. 140) refere que “a enfermeira deve servir-se do seu julgamento clínico para decidir que dados vai colher”. Esse julgamento crítico, que se inicia na avaliação, segue todo processo de planificação de cuidados. Chalifour valoriza o diagnóstico de enfermagem, afirmando que este “deve ser utilizado quando a situação do cliente pode ser definida sob a forma de problema e que, neste caso, a lista de diagnósticos propostos pela NANDA pode ser útil para o enfermeiro concretizar a formulação do seu diagnóstico” (ibidem, p. 152).

O uso de uma taxonomia não é mais do que um recurso bibliográfico que ajuda a estruturar o pensamento e estimula o raciocínio crítico. Escolher um diagnóstico implica não escolher outro e só esse facto pressupõe pensar sobre toda a informação/avaliação e, determinar a intenção (mental/pensada) que nos predispõe desde logo para as intervenções de ajuda que vamos pôr em prática. Contribui também para desenvolver a enfermagem baseada na evidência e ajuda a controlar a subjetividade. Na metodologia do diagnóstico “os enfermeiros, como outras pessoas, interpretam as evidência e usam essas interpretações como base para a ação” (Lunney, 2004, p. 41) e, perante esta dificuldade de precisão e a subjetividade de levantar diagnósticos, os enfermeiros devem conferir os dados clínicos com fontes de literatura, com os clientes e com outros enfermeiros. O raciocínio crítico não se adquire pelos anos de experiência e, como refere Hampton (1994, cit. in Lunney, 2004, p. 349), “a experiência clínica ou o tempo num cargo são insuficientes para o desenvolvimento de capacidades em enfermagem”. É necessário que a experiência clínica seja refletida, atualizada, supervisionada e enquadrada numa procura constante de crescimento e aperfeiçoamento.

Por tudo isto, esta metodologia de trabalho não só me conduziu para intervenções orientadas para dar resposta às necessidades humanas, que estão na base dos diagnósticos de enfermagem, como também me permitiu desenvolver uma das unidades de competência do enfermeiro especialista: “F3.1. Estabelece um diagnóstico de saúde mental à pessoa, família, grupo e comunidade”. E, como está recomendado no preâmbulo do Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental,

“ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamentos clínicos e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas específicas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.”

## **Modelos teóricos de enfermagem nas atitudes do cuidar**

Na base de qualquer diagnóstico de enfermagem existe sempre um quadro conceitual que orienta as intervenções com ele relacionadas, enquadradas em modelos e teorias de enfermagem.

Ribeiro (2008, p. 50) defende que a enfermagem, além de uma vertente técnica, assenta em “princípios interacionistas. Facto que a define como uma profissão relacional”. O autor acrescenta que

“os próprios cuidados, enquanto intervenções contextualizadas, nunca se repetem, já que é impossível estandardizar aquilo que por natureza é um processo sistémico, dinâmico, interativo, envolvendo pessoas cuja semelhança é apenas e tão só a sua singularidade” (Ribeiro, 2008, p. 50).

Escolher um só modelo teórico para “guiar” o meu estágio seria redutor, excluindo outros conceitos fundamentais, além de que adotar uma teoria não implicaria conseguir transferi-la para a prática. O modelo conceitual que guiou as intervenções neste projeto, desde a conceitualização até à prática, assenta nos princípios fundamentais e básicos que constituem a disciplina de enfermagem. As teorias de enfermagem que se afirmam pela investigação e se confirmam na prática com utilidade para a sociedade são aquelas que irão permanecer e desenvolver a profissão. E foi num corpo de conhecimentos científicos que sustentei as ações de cuidar ao longo do estágio.

Nas intervenções que irei descrever há um conjunto de saberes que fazem parte do meu eu enfermeira e são resultado de conhecimentos, dos 22 anos do meu agir em enfermagem, dos últimos 16 anos em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, e de todos os saberes que mobilizei neste mestrado. Tal como afirma Veiga (2006, p. 64), “os modelos conceituais e as teorias de enfermagem não se limitam a orientar a observação” mas também nos mostram o campo de ação de cada disciplina. Embora sejam predominantemente do domínio abstrato, fundamentam-se na prática observada e experimentada (ibidem).

Uma das conceções que tem guiado as minhas atitudes de cuidar é a teoria de Hildegard Peplau. Esta autora salienta que “a postura adoptada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente” (1990). Os seus pressupostos teóricos são referência nos cuidados de enfermagem em saúde mental e servem de base a qualquer situação de relação de terapêutica. A autora vê “o fenómeno da enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado no enfermeiro e utente” e também escreve que “o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianos” (Peplau, 1990). Esta teórica argumenta que é no relacionamento enfermeiro/utente que

a ação da enfermagem se reflete em mudanças funcionais de caráter qualitativo e ganhos positivos. Estes pressupostos realçam a importância da comunicação e relação terapêutica fundamentais em qualquer processo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem.

Outro modelo referência na concretização das intervenções deste estágio foi o de Jean Watson, divulgado entre 1975 e 1979. Este modelo é abrangente e complexo, defendendo que “as intervenções relacionadas com o processo de cuidar, requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e ações (...). Porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro” (Watson, 2002, p. 55). Jean Watson salienta o pensamento de Karl Pribram, em que este prevê “que o aparecimento de um holismo claro iria incluir toda a ciência” (ibidem, p. 108). Esta visão global e universal da vida, em que cada homem é único mas universal e um todo, mais do que a soma das suas partes, tem sido muito desenvolvida pelas teorias contemporâneas da enfermagem e de outras ciências humanas. Os teóricos contemporâneos atribuem um caráter individual e único aos homens, mas ao mesmo tempo universal e interligado entre si e o mundo, onde a experiência consciente de si possibilita a consciência do outro. Como observa Bohm (1998), citado por Watson (2002, p. 108), “a consciência da espécie (humana) é *uma...* Se não vemos isto, é porque estamos a fechar os olhos perante esta”. Esta visão global do ser humano abre perspectivas para um cuidado sistémico, universal, integrado e intercultural que favorece o cuidado às famílias e grupos.

Um modelo central na prática de enfermagem em saúde mental e que esteve sempre presente nas intervenções familiares, pelo seu foco sistémico, foi o de Betty Neuman. Esta autora desenvolveu o seu modelo teórico pela experiência que foi adquirindo ao longo dos anos como enfermeira ligada à saúde mental e em sólidas teorias de outras áreas de conhecimento. Para Neuman (1995), o Homem e o meio ambiente são fenómenos essenciais nesta conceção e considera-os em constante interação. Esta autora introduz um novo conceito, definindo “agentes de stress” como forças ambientais (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) que podem alterar a estabilidade do sistema/cliente. A importância que Neuman atribui ao ambiente tanto externo com interno e a sua visão sistémica do cliente, traz grandes contributos para a compreensão dos problemas de saúde na família e dos fatores de stress associados à doença.

Mas, em enfermagem, é no cuidar que as teorias se aplicam. E, no cuidar, os processos inter-relacionais são constantes, exigindo que a pessoa do enfermeiro seja o instrumento base em todas as ações. É a pessoa do enfermeiro, o seu caráter, nível de desenvolvimento moral e sentido ético, que na prática da enfermagem fazem a diferença. O cuidar pode ser o ambiente propício para desenvolver a capacidade de refletir e discernir, onde se processa a transferência do que eu sei para aquilo que eu faço e com aquilo que eu sou. É no fazer que a pessoa do enfermeiro se revela e se

mistura de forma indissociável com as suas intervenções, tornando-as únicas. A consciência de si e o desenvolvimento de capacidades para gerir e conhecer os seus recursos, fazem parte de uma fonte de conhecimento por vezes menos valorizada, mas muito importante: o autoconhecimento e desenvolvimento moral do “Si pessoa” do enfermeiro. É aí que o cuidado de enfermagem vai nascer. O meu agir enfermagem é condicionado pela pessoa que sou e são tantas as nuances do cuidado, onde a comunicação verbal e não verbal de cada enfermeiro vai ser determinante. As taxonomias de enfermagem criaram um padrão de atividades próprias para cada intervenção mas a forma como essas atividades são desenvolvidas na prática vai ter sempre um carácter único e pessoal, de cada relação e dos seus intervenientes.

Ao longo do estágio as interações de ajuda desenvolveram-se através de técnicas de comunicação com valor terapêutico; “escuta”, “silêncio”, “redução da distância”, “clarificação/recapitulação”, “reflexão”, “compreensão empática” e “validação consensual” desenvolvidas e estudadas por várias teorias na área da enfermagem e outras disciplinas. Acreditar no valor terapêutico da comunicação é fundamental para que resulte. Não se sente aquilo em que não se acredita e na comunicação é importante sentir. A comunicação empática foi uma “ferramenta” que utilizei para conseguir a relação de confiança, muito importante na saúde mental. Estive atenta à comunicação não verbal e aos meus sentimentos porque considero que são estes dois aspetos que condicionam a qualidade da relação e os resultados das intervenções.

### ***3.3. Cuidados à família e pessoa com doença mental hospitalizada***

O estágio decorreu numa unidade de psiquiatria de um hospital geral da região da Grande Lisboa. O Serviço de Psiquiatria deste hospital tem como missão assegurar (1) a promoção da saúde mental; (2) a prevenção e o tratamento das doenças mentais; e (3) a reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental na área populacional de dois concelhos nos arredores de Lisboa, cobrindo uma população de 350 mil habitantes. O Serviço de Psiquiatria é constituído por quatro unidades funcionais. No espaço físico do hospital funcionam as unidades de Internamento de Doentes Agudos (na qual decorreu a primeira parte do estágio), Hospital de Dia e Psiquiatria de Ligação. A Unidade Funcional Comunitária funciona na comunidade (onde se desenvolveu a segunda parte do estágio).

**Unidade Funcional Comunitária.** Constituída por 4 equipas, desenvolve atividade em 3 centros de saúde e uma delas em instalações próprias. Cada equipa inclui 2 psiquiatras, 2 enfermeiros, uma psicóloga e uma assistente social. Esta unidade oferece: Intervenções de acordo com as

necessidades específicas de cada doente; Acessibilidade e contacto próximo com os doentes psiquiátricos graves; Intervenções precoces, pedagógicas ou reabilitativas; Inserção social dos doentes, trabalhando com as famílias e com estruturas comunitárias; Articulação com os Cuidados de Saúde Primários; Cooperação com estruturas comunitárias (câmaras municipais, IPSS).

**Unidade Funcional Internamento de Doentes Agudos.** Esta unidade tem capacidade para 29 utentes e uma equipa de 4 psiquiatras, 16 enfermeiros e uma terapeuta ocupacional. Foi recentemente considerada a melhor Unidade de Internamento de Psiquiatria na região de Lisboa pela ARS Lisboa e Vale do Tejo. Tem 15 quartos com duas ou três camas cada e 3 deles são quartos de observação permanente com uma só cama, para pessoas em fase muito crítica. Além dos vários gabinetes de observação e do gabinete de enfermagem, existe um refeitório, duas salas de convívio (onde decorre a terapia ocupacional) e um pátio interior ajardinado, ao ar livre, com material para atividades lúdicas (mesas de xadrez, damas e ténis de mesa).

**Unidade Funcional Hospital de Dia.** Tem a capacidade, em média, para 20 utentes em regime de internamento parcial. Desenvolve atividades terapêuticas e criativas, individuais e de grupo. A equipa integra um psiquiatra, uma psicóloga, um enfermeiro e dois terapeutas ocupacionais.

**Unidade Funcional Psiquiatria de Ligação.** É constituída por duas psiquiatras e uma psicóloga e presta cuidados a doentes internados noutros serviços do hospital.

**Pedopsiquiatria.** Equipa constituída por dois pedopsiquiatras e uma psicóloga.

**Comunicação entre as várias unidades.** A comunicação entre as equipas de internamento e comunitárias acontece num dia por semana. Nesse dia, além de sessões de formação para todos os técnicos, são feitas reuniões com as equipas do internamento e da comunidade para partilha de informação.

O facto de conhecer bem a equipa do internamento facilitou o processo de integração em estágio. Informe a equipa dos meus objetivos, solicitando a colaboração de todos, principalmente na identificação de situações em que a família necessitasse de intervenção de enfermagem. Chalifour (2009, p. 39) defende que “no momento do primeiro encontro com um novo cliente, a enfermeira necessita obter sobretudo informação relativamente ao pedido de ajuda ou ao motivo de admissão do cliente no sistema de saúde”.

O modelo de intervenção tinha sempre o seu início no conhecimento e avaliação da pessoa internada, de forma a compreender a situação de saúde, o grau de agudização da doença, e os

problemas familiares relacionados. A partir daí planeava reuniões com os familiares. Muitos casos eram sinalizados durante as passagens de turno e nas reuniões semanais entre as equipas da comunidade e do internamento. Outras situações foram identificadas por mim quando as famílias solicitavam ajuda na altura da visita. Desenvolvi intervenções de ajuda a dez famílias, mas acompanhei quatro famílias de forma mais estruturada, seguindo os diagnósticos da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e dei seguimento em regime ambulatorio. Duas delas continuo a acompanhar. Utilizar a nomenclatura de diagnósticos da NANDA permitiu-me formular um plano de cuidados e definir resultados. Chalifour (2009, p. 151) afirma que, “de modo a facilitar essa formulação, vários autores de cuidados de enfermagem psiquiátricos propõem a utilização dos diagnósticos da NANDA, aprovados desde 1996”.

Defini para este período de estágio os seguintes objetivos e atividades:

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver intervenções de ajuda a famílias de pessoas internadas que apresentem dificuldades na gestão de problemas relacionados com o internamento e a doença</li> <li>• Sensibilizar os enfermeiros para o cuidado dirigido às famílias através de uma sessão de análise das práticas</li> <li>• Propor uma norma de registo de avaliação familiar no internamento</li> </ul> <p><b>LOCAL</b> – Internamento de Psiquiatria de um hospital geral  <b>DATA</b> – 15 de janeiro a 14 de março de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o processo de saúde/doença da pessoa internada</li> <li>• Elaborar um formulário de avaliação familiar no internamento</li> <li>• Acolher e entrevistar os familiares da pessoa internada</li> <li>• Identificar necessidades de informação e apoio</li> <li>• Desenvolver intervenções de âmbito psicoeducativo</li> <li>• Gerir situações de conflito familiar provocadas pelo internamento/crise</li> <li>• Acompanhar as famílias durante todo o internamento, ajudando no planeamento da alta</li> <li>• Estar presente no horário de visita e facilitar a interação entre familiares e pessoa doente</li> <li>• Funcionar como pessoa de referência/gestor de caso ao longo do internamento, fazendo ligação com outros elementos da equipa</li> <li>• Identificar necessidade de visita domiciliária antes e/ou após a alta</li> <li>• Apresentar sessão de análise das práticas “Ajudar quem cuida – Um espaço psicoterapêutico para as famílias”</li> </ul>

Identifiquei diagnósticos segundo a nomenclatura da NANDA, tendo consciência de que o que fica aqui registado é apenas uma pequena parte do que foi experienciado na relação de cuidar. Esta metodologia permitiu-me estruturar os cuidados, minimizar a influência subjetiva na ação, desenvolver o pensamento crítico e avaliar os resultados. A descrição pormenorizada das situações, assim como o esquema das intervenções, atividades e resultados, estão em anexos, (Anexo II – Caso 1; Anexo III – Caso 2; Anexo IV – Caso 3; e Anexo V – Caso 4). De seguida é apresentado um resumo de cada situação.

**Caso 1 (Anexo II)**

O primeiro contacto com a situação foi durante uma visita domiciliária que resultou em internamento do utente, senhor A, por isolamento social, alterações do pensamento (ideias delirantes persecutórias e erotomaníacas) e disfunção nas atividades da vida diária. Avaliei a situação do utente, identificando necessidade de intervenção familiar e, no internamento, planeei e executei três entrevistas familiares e outras três foram efetuadas em consulta comunitária. Continuo a acompanhar a família (senhor A, irmã e filha) em consulta comunitária. Apresento de seguida o resumo das intervenções da NIC ligadas aos diagnósticos da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para o Caso 1, cuja descrição pormenorizada se encontra no Anexo II.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenções (NIC)</b>	<b>Resultados (NOC)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão relacionada com o papel do cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escutar ativamente</li> <li>• Apoio ao cuidador</li> <li>• Aconselhamento</li> <li>• Mobilização familiar</li> <li>• Promoção do envolvimento familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação do cuidador ao internamento do familiar numa unidade de psiquiatria</li> <li>• Saúde emocional do (familiar) cuidador</li> <li>• Relação cuidador/paciente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de pensamento alterado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte emocional</li> <li>• Controlo de ideias delirantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo de pensamento distorcido</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping familiar comprometido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização familiar</li> <li>• Suporte à família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação familiar no cuidado profissional</li> </ul>

Verificou-se um conjunto de indicadores com resultados positivos mensurados pela avaliação observável e relatada. Em relação à adaptação do cuidador ao internamento, à sua saúde emocional e à relação e participação da família, houve uma melhoria significativa. Houve uma acentuada melhoria na comunicação com a equipa, na confiança nos cuidadores e na diminuição de culpabilidade. Os aspetos em que houve menos mudança ou não houve alterações foram os indicadores de sobrecarga e ressentimento, um foco para futuras intervenções. Quanto ao processo de pensamento distorcido, também houve melhoria, exceto na capacidade para falar sobre os sintomas. Esta intervenção revelou-se vantajosa para melhorar a relação da irmã com o senhor A e com a equipa de saúde. Ao ajudarmos a família perante as dificuldades com a pessoa doente também reforçamos os laços entre eles. A parceria com a família foi assente no acolhimento, apoio, suporte e psicoeducação ao familiar cuidador, atendendo às necessidades específicas dos familiares. Continuo a acompanhar esta família quinzenalmente, seguindo o modelo de gestão de caso, descrito por vários autores como uma forma de ajuda organizada para atender necessidades individuais através da responsabilização, validação e coordenação dos cuidados, por um único técnico ou uma equipa (Soares, 2009).

**Caso 2 (Anexo III)**

A senhora B foi internada pela primeira vez em psiquiatria, por quadro de agitação, desorganização nas atividades de vida diária (AVD), inquietação, ansiedade, insónia, solilóquios e humor misto. Antes de ser internada, estava a ser acompanhada pelo médico de família por sintomas de depressão e medicada com antidepressivos.

Cinco dias após ter sido internada, o marido faleceu por enfarte. Os filhos foram aconselhados pelo médico a não informar a mãe devido ao quadro clínico. Tive conhecimento da história clínica da senhora B e do falecimento do marido durante a reunião de passagem de casos entre o internamento e a equipa comunitária. O contacto com a situação que descrevo partiu de um problema identificado pelo enfermeiro responsável pela utente, nesse turno. Apresento de seguida o resumo das intervenções da NIC ligadas aos diagnósticos da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para o Caso 2, cuja descrição pormenorizada se encontra no Anexo III, incluindo também uma reflexão crítica.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenções (NIC)</b>	<b>Resultados (NOC)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos familiares alterados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio à tomada de decisão</li> <li>• Aconselhamento</li> <li>• Suporte emocional</li> <li>• Suporte à família</li> <li>• Escutar ativamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping familiar</li> <li>• Solução do luto</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflito de decisão: Informar um familiar internado sobre a morte de outro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio à tomada de decisão</li> <li>• Aconselhamento</li> <li>• Melhorar o coping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de decisão</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo da ansiedade</li> </ul>

Os resultados na tomada de decisão, sobretudo no que respeita à escolha entre alternativas e ao contexto social da situação, foram muito positivos e influenciaram todos os outros. Em relação ao coping familiar e à solução do luto a melhoria foi generalizada, com destaque para os distúrbios no sono. O mesmo aconteceu no controlo da ansiedade, merecendo realce os relatos de todos os elementos da família.

O apoio prestado a esta família ajudou-a numa decisão difícil, que causava um comprometimento da estabilidade emocional, acumulado com o processo de luto. A escuta, o interesse e o respeito ajudaram à autodeterminação da família e a escolha da solução foi ao encontro das suas necessidades e desejos. Após avaliação em consulta comunitária, e devido à estabilidade e reorganização familiar, terminei a intervenção de ajuda, informando a minha disponibilidade para

os ajudar, se necessitassem. A senhora B passou a ser acompanhada apenas em consulta médica de psiquiatria.

### Caso 3 (Anexo IV)

O utente senhor C é acompanhado na consulta comunitária de psiquiatria desde 2009. É natural de Cabo Verde. Teve o início da doença mental aos 19 anos, com três internamentos em Cabo Verde e dois em Portugal. O senhor C vive com a irmã. A mãe está ausente por longos períodos, em trabalho, mas costuma estar presente durante os internamentos, disponibilizando-se para ajudar e demonstrando afeto. Foi internado por descompensação de doença bipolar tipo I, com sintomas psicóticos. Identificou-se uma baixa adesão às consultas e terapêutica com necessidade de intervenções psicoeducativas ao utente e família.

Na primeira semana de internamento surgiram muitos conflitos e dificuldades na comunicação entre equipa e a família e também entre família e utente, por este apresentar uma forte ideiação de alta e a família (mãe e irmã) não conseguirem lidar com essa situação. A irmã tinha comportamentos de hostilidade e zanga e demonstrava grande ansiedade em relação ao internamento do irmão, não conseguindo comunicar com ele de forma ajustada, confrontando-o sobre a doença numa fase em que este não apresentava insight ao seu estado de saúde. Foram proibidas as visitas nessa semana, que motivaram uma queixa por parte da irmã. Todas estas informações levaram-me a pensar que a família necessitava de ajuda.

Apresento de seguida o resumo das intervenções da NIC ligadas aos diagnósticos da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para o Caso 3, descritas detalhadamente no Anexo IV.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenções (NIC)</b>	<b>Resultados (NOC)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos familiares alterados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento</li> <li>• Suporte emocional</li> <li>• Suporte à família</li> <li>• Escutar ativamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalização da família</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitação da aprendizagem</li> <li>• Ensino: Processo de doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento: processo de doença</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão relacionada com o papel de cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escutar ativamente</li> <li>• Apoio ao cuidador</li> <li>• Aconselhamento</li> <li>• Mobilização familiar</li> <li>• Promoção do envolvimento familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação do cuidador ao internamento do familiar numa unidade de psiquiatria</li> <li>• Saúde emocional do (familiar) cuidador</li> </ul>

A normalização do sistema familiar foi notória. O conhecimento do processo de doença conheceu uma evolução muito favorável, sobretudo na descrição de sinais e sintomas de alarme no início da crise, tratamento e efeitos secundários, tal como a descrição das causas e dos efeitos da doença, que neste caso eram “nenhumas”. A saúde emocional do cuidador e a sua adaptação ao internamento do familiar registaram igualmente progressos significativos, mantendo-se um “leve comprometimento” em relação à depressão num dos familiares. O controlo do pensamento distorcido e o equilíbrio do humor foram também favoravelmente afetados, havendo a destacar indicadores como a demonstração de humor não instável, ausência de euforia, cumprimento de regime terapêutico e capacidade para as atividades diárias relatados. Embora estes indicadores estejam relacionados com a toma da medicação, as sessões de psicoeducação contribuíram para uma melhor adesão e aceitação da doença.

Neste caso, a intervenção favoreceu a estabilidade emocional da família e o conhecimento do processo de doença e também ajudou a família a melhorar a comunicação com a equipa. Como descrito no Anexo IV, foi durante as consultas comunitárias de psicoeducação que se consolidou a relação terapêutica, com ganhos visíveis para toda a família a longo prazo. Esta mostrou-se muito interessada em apoiar e cuidar do familiar doente e, posteriormente, durante um período de crise (hipomania), conseguiu-se evitar o internamento devido à parceria família/equipa de saúde, numa relação baseada na confiança, partilha de informação e apoio incondicional. Continuo a acompanhar esta família seguindo o modelo de gestão de caso.

#### **Caso 4 (Anexo V)**

O senhor D foi internado no Serviço de Psiquiatria com tentativa de suicídio grave por intoxicação medicamentosa em contexto de depressão. Necessitou de internamento em cuidados intensivos e esteve em ventilação mecânica durante 4 dias. Não tinha antecedentes de doenças psiquiátricas. Durante o internamento manteve ideação suicida nas primeiras duas semanas. Na terceira semana fazia crítica e negava intenção suicida.

A esposa e a filha mostraram-se sempre muito preocupadas. Pediam informação e ajuda e demonstravam tensão, tristeza, receio e dúvidas sobre como lidar com a situação de doença. Disponibilizei-me para falar com a família e, perante a avaliação, identifiquei diagnósticos e intervenções da NIC ligadas aos diagnósticos da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). A descrição pormenorizada deste caso e das intervenções e resultados, abaixo resumidas, encontra-se no Anexo V.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Intervenções (NIC)</b>	<b>Resultados (NOC)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escutar ativamente</li> <li>• Instilação de esperança</li> <li>• Aconselhamento</li> <li>• Presença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperança</li> <li>• Controlo da depressão</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitação da aprendizagem</li> <li>• Ensino: Processo de doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento: processo de doença</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping familiar comprometido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte à família</li> <li>• Suporte emocional</li> <li>• Promoção da integridade familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping familiar</li> </ul>

Fazendo uma apreciação genérica dos resultados podemos concluir que a esperança (sobretudo expressão de vontade de viver e a sensação de controlo e, ainda, a fixação de metas e projetos) e o controlo da depressão (relata sono adequado e melhoria do humor e, ainda, segue plano de tratamento) tiveram progressos notórios. A identificação da intensidade da depressão manteve-se inalterada. O conhecimento do processo de doença melhorou significativamente, mais do que coping familiar, atendendo a que, por exemplo, a utilização de estratégia de redução de stress e o cuidar das necessidades de todos os membros da família já eram consistentemente demonstrados desde o início. Registaram-se ganhos evidentes na expressão livre de sentimentos e emoções e na estabilidade emocional dos familiares, observada e relatada

A última reunião familiar foi em consulta comunitária, na qual pude avaliar as significativas melhorias no estado de saúde do senhor D e o reequilíbrio do funcionamento familiar demonstrado e relatado. Estavam muito satisfeitos pelo facto de o senhor D já ser autónomo na toma da medicação. A família retomou as atividades de vida diária habituais e o desempenho de papéis. Por este motivo terminei a intervenção planeada para esta família, informando a minha disponibilidade para os ajudar, se necessitassem. O senhor D passou a ser acompanhado apenas em consulta médica de psiquiatria.

### **Reflexão sobre os resultados em enfermagem**

A NOC (Nursing Outputs Classification) considera um “resultado de enfermagem” como “um estado, comportamento ou perceção mensurável do paciente ou da família, conceituado como uma variável, amplamente influenciada por intervenções de enfermagem (...)” (Johnson, Maas e Moorhead, 2004, p. 64).

Nesta nomenclatura são sugeridos resultados para cada intervenção e, por sua vez, cada resultado agrega vários indicadores que são selecionados consoante o cliente e o contexto e cada “indicador de resultado” é “uma variável específica referente e um resultado de enfermagem, que

reage a uma intervenção de enfermagem” (ibidem, p. 64). Os indicadores são avaliados por uma escala confirmada por “percepções observáveis ou avaliações relatadas do paciente” (ibidem, p. 64). Quando determinei indicadores para cada resultado tive em conta que o “nível de abstração fosse baixo” (Johnson, Maas e Moorhead, 2004, p. 65), selecionando indicadores atingíveis, de forma a obter um resultado mais verdadeiro. Definir indicadores para cada resultado, permitiu-me basear a avaliação em características mais fáceis de medir. As autoras alertam para a influência do “tempo de medida” (imediate ou a longo prazo) e, para a importância de repetir a avaliação ao longo do tempo, o que só foi possível para além do período estágio, já em contexto comunitário.

As características e os fatores de risco dos utentes influenciam os resultados, e também a mudança no estado de saúde pode não ocorrer imediatamente após uma intervenção de enfermagem, sendo difícil definir “o momento ideal para a avaliação dos resultados clínicos” (Johnson, Maas e Moorhead, 2004, p. 53). Esta foi uma dificuldade que senti na avaliação.

Outra questão difícil foi estruturar intervenções e resultados tendo como foco a família, na qual cada elemento apresenta necessidades diferentes. Numa abordagem familiar, o enfermeiro tem em conta o todo mas está atento aos problemas específicos de cada elemento da família e vai dando respostas de ajuda também a situações individuais. “A avaliação da família não é uma panaceia nem um substituto para uma avaliação individual. (...) As avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar ocorrem de maneira simultânea” (Wright e Leahey, 1990, cit. in Wright e Leahey, 2002, p. 17). Neste sentido, quando identifiquei as necessidades de ajuda, algumas eram específicas apenas de um elemento como, por exemplo, comportamentos e sintomas da pessoa doente. Agrupei essas necessidades nos problemas da família porque afetavam todos os seus elementos. Os indicadores que selecionei para avaliar os resultados tiveram em conta a duração da intervenção e o que era esperado que melhorasse. Esta metodologia ajudou-me a organizar os cuidados, a refletir sobre a prática e a reformular intervenções posteriores.

A ideia de que utilizar linguagem padronizada e seguir uma taxonomia leva a um generalização e impede a individualização dos cuidados é um conceito muitas vezes discutido na enfermagem. Ao utilizar esta metodologia tive a confirmação do contrário, tendo em conta que os “diagnósticos, intervenções e resultados padronizados de enfermagem realmente aumentam a capacidade de os enfermeiros identificarem e documentarem os diagnósticos que são peculiares a cada paciente, prescrevem intervenções específicas ao paciente e documentam a resposta dos resultados à intervenções para cada indivíduo, considerando o momento e o local” (Johnson, Maas e Moorhead, 2004, p. 111). Todos estes aspetos diminuem a subjetividade e organizam as ações tendo em conta critérios baseados em evidência, permitindo individualizar cada cuidado.

Foi a primeira vez que defini resultados recorrendo a indicadores NOC e senti muita dificuldade por ter de identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem num contexto em que o cliente está sujeito a intervenções de uma equipa multidisciplinar. Como referem Johnson, Maas e Moorhead (2004, p. 41), “ainda que se reconheça que a maioria dos resultados (...) não são influenciados por uma única disciplina, cada uma delas deve identificar os resultados do paciente que tenham sido influenciados pela sua prática, assim assegurando que sejam incluídas na avaliação da eficiência dos cuidados de saúde”.

Atualmente, na maioria dos países, reconhece-se que a enfermagem deve estar alinhada com outras disciplinas onde a avaliação clínica é uma realidade e os resultados dos cuidados devem ser identificados e medidos. Desta forma, os enfermeiros participam “de uma relação de igual para igual, numa equipa interdisciplinar e desenvolverão conhecimentos necessários ao aperfeiçoamento da prática da enfermagem” (ibidem, p. 51).

### **3.4. “Ajudar quem cuida” – Sensibilizar a equipa para o cuidado à família**

Para a sessão de análise das práticas defini como objetivos (1.º) sensibilizar os enfermeiros para a importância de incluir a família no âmbito dos cuidados de enfermagem, (2.º) refletir sobre os ganhos em saúde da participação da família no projeto terapêutico durante o internamento, (3.º) salientar a importância de intervenções familiares na preparação de uma “alta segura” e (4.º) apresentar um guia de avaliação familiar.

Planear uma sessão formativa foi ao encontro da minha necessidade de refletir sobre o tema que desenvolvi no mestrado com os enfermeiros que me acompanharam em estágio. Partilhar e discutir os conhecimentos que fui aprofundando ao longo desta formação com a equipa de enfermagem, que assiste todos os dias às necessidades das famílias, é um contributo para melhorar as práticas. Esta formação pode incluir-se numa “sessão de análise das práticas” que, na ótica de Bernardo, Gomes e Almeida (2010), “são muito importantes, na medida em que permitem refletir sobre o desempenho profissional com o objetivo de melhorar constantemente a prestação de cuidados. (...) A partilha de conhecimentos e de sentimentos possibilita a uniformização do trabalho em equipa e conseqüentemente a coesão/união da mesma.” Nesta perspetiva de partilha de saberes, as autoras defendem “a importância da capacidade formativa das situações vividas no trabalho” e que “os saberes mobilizados poderão ser traduzidos em saberes nomeáveis que permitam passar de uma prática empírica a uma prática científica e reconhecida, que não se fique pela experiência intuitiva.”

Um dos argumentos mais utilizados na prática perante as dificuldades em atender as famílias, é provavelmente a falta de disponibilidade. Isto estará relacionado com a organização do trabalho e das prioridades. Elsen et al (2009, p. 16) salientam que, “no hospital, os enfermeiros, mesmo tendo conhecimentos sobre o cuidado profissional às famílias, priorizam, (...) o cuidado centrado na situação da doença e da hospitalização”. Estas autoras afirmam que “o cuidado aos portadores de doença crónica e seus familiares pode ser considerado inovador” (ibidem, p. 18). E isto porque adopta metodologias reflexivas, aborda a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças com o doente e os seus familiares, além de estimular a ligação entre a equipa e os clientes. As autoras acrescentam que “o cuidado compartilhado surge como uma inovação na atenção às famílias de portadores de doenças crónicas principalmente no ambiente hospitalar” (ibidem, p. 18). Em relação à saúde mental, defendem que “o cuidado à família não consiste apenas em envolvê-la no tratamento, e que é preciso evitar os estereótipos de que as famílias abandonam, segregam e não têm afeto pelo seu familiar doente (...) e que ainda há um longo caminho a ser percorrido” (ibidem, p. 18). As famílias precisam de cuidados que lhes permitam compreender a doença e formas de lidar com as dificuldades. O tempo dedicado às famílias é um ganho para todos, não só no momento, mas a médio e longo prazo, incluindo para os serviços de saúde. Foi no sentido de discutir a evidência científica e pertinência do cuidado profissional às famílias que surgiu esta sessão. Propus um guia de avaliação familiar que foi discutido no final do encontro e que apresento no ponto seguinte (Estruturar a avaliação – Guião da entrevista familiar).

A sessão (Anexo VI) decorreu no dia 9 de maio de 2012 no internamento de psiquiatria. Teve a participação de onze enfermeiros, quatro alunos e uma terapeuta ocupacional e, após reflexão e debate, ficou acordada a implementação do formulário de avaliação familiar (Anexo VII).

O grupo manifestou grande interesse em discutir este tema, identificando-o como um foco dos cuidados de enfermagem com o qual é difícil lidar, considerando que o rácio de recursos humanos, as condições físicas do serviço assim como as competências dos enfermeiros sobre este tema são alguns entraves. Foi comentada pela maior parte dos participantes a importância de uma boa avaliação e de utilizar um espaço privado e um registo adequado para a fazer. Ficou decidido que os dois gabinetes “médicos” que atualmente se encontram fechados no período da tarde serão utilizados como espaços para intervenções de enfermagem. Cinco enfermeiros relataram a importância do guia de avaliação familiar como um instrumento que prepara a alta e pode ajudar os familiares desde o início do internamento. Ficou acordado com a enfermeira-chefe que o novo sistema informatizado de registos que está a ser implementado no Serviço de Psiquiatria irá incluir o guião de avaliação familiar apresentado, com os ajustes necessários.

### **3.4.1. Estruturar a avaliação – Guião da entrevista familiar**

Ao criar este formulário de avaliação familiar, tive como objetivos (1.º) perceber o funcionamento e estrutura familiar, (2.º) colher dados relevantes para compreender os problemas do utente e família, (3.º) identificar necessidades de ajuda na família e (4.º) planear a alta com utente e família desde o início do internamento.

São geralmente os enfermeiros que estão mais próximos e contactam mais de perto com as necessidades da família da pessoa internada, prestando cuidados diários a vários níveis.

As curtas conversas de corredor são válidas e necessárias e o aconselhamento nem sempre pode ser feito em entrevista estruturada. Como referem Wright e Leahey (2002, p. 263), “nenhuma conversa mantida pela enfermeira com um paciente ou membro da família é trivial”. As autoras explicam que os enfermeiros devem ter em conta que as conversas que estabelecem com os clientes têm sempre influência terapêutica. Muitas vezes é nessa interação de “conversações terapêuticas” que se faz uma primeira avaliação da família.

Em todas as áreas de Enfermagem, a avaliação é a primeira fase do processo de cuidar e é no momento da avaliação que se inicia a relação de confiança e se estrutura um plano de intervenções de ajuda. Avaliar pressupõe observar, escutar, estar atento a tudo o que é transmitido, verbal e não verbal, e à própria interação do momento. Implica compreender o que se observa e o que é transmitido pelo outro. Numa interação humana, tudo o que é transmitido passa pelo “filtro” de quem recebe, sendo apreendido pelo seu aparelho cognitivo, elaborando sentimentos e emoções que vão participar ativamente no processo de avaliação.

Referindo Scharfetter (2005, p. 64), “as observações estão já moldadas, quer pelo ‘portador dos sintomas’ quer pelo examinador e pela interação de ambos. Observações implicam interpretações. Isto é inevitável e inerente à nossa conceção do mundo. A nossa relação com o mundo é interpretativa.” Este autor salienta a influência do sujeito que observa e avalia e define-o como “influência do objeto da observação pela atitude, posição, intenção e motivação reveladas pelo observador e até mesmo, logo, pelo próprio ato da observação” (ibidem).

A avaliação deve estar coberta por uma intencionalidade que não significa boas intenções ou intenção. Schiltz (1996), referido por Watson (2002, p. 118), define intencionalidade como “a projeção de atenção, com o propósito e eficácia em direção a algum objeto ou resultado. (...) É uma crença, vontade, expectativa.” Essa intencionalidade tem como propósito ajudar as pessoas na compreensão dos seus problemas, avaliando de que forma estes interferem na sua vida, valorizando a experiência individual de cada uma. Fazer uma boa avaliação não implica, muitas vezes, colher uma enorme quantidade de informação mas sim estar atento ao mais importante, ao relevante, e

identificar o pedido de ajuda prioritário para o cliente naquele momento. Devemos estar atentos ao conteúdo e forma do que nos é transmitido e aquilo que sentimos na interação.

Haver um registo estruturado da avaliação possibilita delinear intervenções adequadas a cada situação. A avaliação previne detetar necessidades de ajuda que passariam despercebidas.

Com o intuito de organizar melhor a informação e padronizar critérios desenvolvi um guião que apresentei à equipa de enfermagem, como já referi. Este guião de avaliação (Anexo VII) foi discutido durante a sessão de formação e ficou definido que seria também um instrumento para permitir melhorar o planeamento das altas no Serviço de Psiquiatria. A preparação precoce da alta é, sem dúvida, um contributo para a gestão dos recursos e ajuda a família a preparar-se atempadamente para receber a pessoa em casa.

#### 4. INTERVENÇÃO FAMILIAR COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NUMA CONSULTA COMUNITÁRIA DE PSIQUIATRIA

As atividades para esta intervenção cognitivo-comportamental foram planeadas seguindo o modelo de Falloon. Este método consiste “numa cuidadosa e contínua análise comportamental que guia o terapeuta na implementação de estratégias mais eficientes para potenciar a longo prazo a eficiência da resolução de problemas na família” (Falloon et al., 2002, p. 2). Os mesmos autores defendem que esta linha de intervenção não deve estar focada “nas razões pelas quais a família não funciona de maneira ideal” (ibidem), mas sim em dotar as famílias de estratégias para melhorarem. O objetivo que determinei para a segunda fase do estágio foi “desenvolver uma intervenção unifamiliar de Terapia Familiar Comportamental a uma família”.

Objetivo	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver uma intervenção unifamiliar de Terapia Familiar Comportamental a uma família</li> </ul> <p>LOCAL Equipa Comunitária de Psiquiatria de um hospital geral da Grande Lisboa</p> <p>DATA 16 de fevereiro a 9 de maio de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência do curso de Terapia Familiar Comportamental</li> <li>• Recrutamento da família</li> <li>• Entrevistas individuais de avaliação de cada membro da família</li> <li>• Reunião familiar de avaliação (resolução de problemas)</li> <li>• Sessões de psicoeducação/sinais precoces de alarme</li> <li>• Treino de perícias de comunicação</li> <li>• Treino de resolução de problemas e gestão da crise</li> <li>• Supervisão clínica</li> </ul>

Existe uma aceitação quase universal das vantagens em utilizar intervenções familiares no tratamento de pessoas com esquizofrenia, embora a sua implementação na prática continue a ser escassa (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Os mesmos autores salientam a importância de definir as várias abordagens familiares e consideram que “expressões como intervenção familiar, terapia familiar, grupos para familiares, grupos multifamiliares ou psicoeducação de famílias, nem sempre são usadas de forma adequada” (ibidem, p. 2). Em relação às intervenções familiares cognitivo-comportamentais os mesmos autores referem estudos em que a percentagem de recaídas é de 6 a 23% (verificação dos dados em follow-up de 9 a 12 meses) com melhoria no funcionamento dos doentes e aumento do bem-estar familiar, comparativamente aos 43 a 50%, nos doentes sem intervenção familiar.

As intervenções individuais para famílias têm efeitos claramente preventivos: previnem recaídas e internamentos; favorecem a adesão à terapêutica farmacológica; melhoram o estado mental dos clientes (Pilling et al, 2002). Torna-se necessário ajudar as famílias a compreender os

problemas de saúde mental, elaborando planos de psicoeducação individualizados ou em grupo, contribuindo para a redução da emoção expressa que, segundo Gonçalves-Pereira et al. (2007), corresponde “à pontuação de um teste familiar que avalia hiperenvolvimento emocional, hostilidade e comentários críticos, dirigidos mais à pessoa com doença psicótica do que aos seus comportamentos”.

Está documentado que as intervenções familiares (individuais ou de grupo) de caráter psicoeducativo seguindo uma orientação cognitivo-comportamental para famílias de pessoas com doença mental grave são as que demonstraram maior eficácia na redução da emoção expressa e do stress na família, nas recaídas, melhoria da adesão ao regime terapêutico e o funcionamento social da pessoa doente (Pilling et al., 2002; Brito, 2005, e Gonçalves-Pereira et al., 2006). O seu foco pedagógico contempla a aquisição de informação e treino de perícias de comunicação.

Brito (2005), numa exaustiva revisão da literatura, encontrou vários estudos sobre a participação de enfermeiros em intervenções psicoeducativas com famílias de pessoas com esquizofrenia e verificou a existência de dois tipos básicos de intervenções: as individuais e as de grupo. Salientou que os resultados destas últimas são mais eficazes na prevenção das recaídas, sintomatologia negativa e processo de recuperação. A mesma autora destaca que

“o objetivo da psicoeducação é aumentar o conhecimento do doente e família sobre a doença e formas de tratamento (...), mas a aprendizagem envolve mais do que mera aquisição de conhecimentos, pois envolve processos cognitivos, afetivos e psicomotores e implica mudança de comportamentos nas competências e atitudes.”  
(Brito, 2005, p. 20)

A Terapia Familiar Comportamental (TFC) é uma modalidade dentro das intervenções familiares e um dos seus objetivos é ajudar a família a desenvolver formas de lidar melhor com os problemas do dia a dia, proporcionando informação acerca da doença e formas de tratamento; reduzindo os níveis de stress do ambiente familiar; melhorando os padrões de comunicação na família e as estratégias de coping; e melhorando as competências da família para a resolução de problemas (OMS, 2001). Também (Gonçalves-Pereira et al., 2007 p. 243) definem este modelo de intervenção como uma forma de “dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença psicótica e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de stress no quotidiano e nas crises acidentais (pessoais, familiares)”. Trata-se de uma intervenção focal, de duração limitada e com objetivos bem definidos, guiada pela avaliação funcional da família.

Segundo Brito (2005), os principais componentes das intervenções familiares são: Avaliação da família; Psicoeducação/Informação acerca da doença e formas de tratamento; Treino de competências de comunicação (expressar sentimentos positivos e negativos, fazer pedidos de forma

positiva e assertiva, escuta ativa, etc.) e técnicas de redução do stress; Técnica de resolução de problemas; Gestão de problemas especiais (medicação, prevenção das recaídas, ocupação, etc.); Gestão das crises e apoio familiar continuado.

Ao verificar que noutros países os enfermeiros estão na primeira linha deste tipo de intervenções nos cuidados de Saúde Mental comunitária (Mullen et al., 2002, cit. por Brito, 2011), procurei desenvolver mais conhecimentos nesta área, tendo frequentado o curso de pós-graduação em Terapia Familiar Comportamental. Além de formação nesta área, o terapeuta deve possuir, como princípios básicos, “boas competências relacionais, estar motivado para o trabalho com famílias, ter experiência direta de lidar com pessoas com esquizofrenia e estar desprovido de preconceitos quanto à possibilidade de aplicar uma técnica de inspiração comportamental” (Gonçalves-Pereira et al., 2007, p. 250). Mesmo terapeutas treinados para este tipo de ajuda devem ter como características de base aquilo que Chalifour (2009) denomina como disponibilidade física e emocional e vontade de ajudar. Não chega ter conhecimentos. É necessário saber mobilizá-los e adequá-los às necessidades de cada família.

Educar/ensinar/informar foram, desde sempre, competências dos enfermeiros. Numa intervenção psicoeducativa estão presentes todos os fatores e intervenientes próprios de uma relação de ajuda e as mudanças que o terapeuta pretenda efetuar no outro têm o seu início na confiança mútua, respeito e aceitação incondicional da família e/ou pessoa doente. Não teria sido possível estar nesta relação sem uma comunicação assertiva e empática. Estes dois aspetos acompanharam todo o processo de ajuda. Foi valorizado o esforço que a família fez e não tanto o resultado. Estamos a “dar estrutura” às pessoas; o conteúdo está com elas, e são os seus recursos pessoais que lhes permitem mudar. Ao decidir mudar e melhorar, a família deve fazê-lo não para “cumprir o programa” por receio de ser rejeitada mas sim porque compreendeu que isso é bom para ela.

A família deve sentir-se compreendida, apoiada, havendo um espaço para que partilhe dúvidas, receios e que possa falar com abertura. Assim é possível conhecer mais profundamente o funcionamento, as dificuldades e os recursos de cada família. As famílias não devem pensar que vão ter uma aula ou que alguém lhes vai dar conselhos. Devem sentir que o terapeuta é alguém que detém conhecimentos, compreende os seus problemas e que as pode ajudar a encontrar alternativas mais adaptativas e capazes de melhorar o funcionamento familiar.

A intervenção unifamiliar de terapia comportamental segue uma sequência que contempla três fases e um número de sessões que varia entre 13 e 21, conforme se observa no quadro seguinte.

### **Esquema sequencial da TFC Unifamiliar**

	N.º sessões
<b>Fase Inicial</b>	
Motivação e recrutamento	1-2
Avaliação individual	Uma para cada membro da família
Avaliação familiar (relatada e observada)	1
<b>Corpo da intervenção</b>	
“Psicoeducação”	2-3
Treino de comunicação (perícias de comunicação)	4
Treino de resolução de problemas	2-6
Gestão da crise	1-2
<b>Fase Final</b>	
Preparação do fim do processo	1-2
<b>TOTAL</b>	<b>13-21</b>

Fonte: Gonçalves-Pereira et al. (2006)

#### **4.1. Recrutamento e avaliação da família: dificuldades e constrangimentos**

Antes de iniciar o processo de recrutamento de uma família para esta intervenção, apresentei o projeto à direção do Serviço de Psiquiatria, que facilitou e ajudou na comunicação com as equipas comunitárias de forma a identificar famílias que necessitassem deste tipo de intervenção. Foi necessário informar os elementos das restantes equipas comunitárias da minha intenção e solicitar a ajuda deles para me enviarem uma família com critérios/necessidades de ajuda e explicar a intervenção que causa.

Tive dificuldade para encontrar alguém devidamente habilitado para me acompanhar nesta intervenção. Contatei com algumas pessoas mas, percebi que existem poucos técnicos com formação específica nesta área e aptos a fazer supervisão. Acabei por fazê-la com uma psicóloga da instituição onde cumpro o estágio. Outra dificuldade foi na triagem da família com indicação para esta abordagem terapêutica.

São referidas pelos terapeutas, por vezes, “dificuldades em convencer os membros da família a assumir o compromisso de participar nas sessões da terapia familiar comportamental” (Falloon et al., 1996, p. 4). Os mesmos autores salientam que esse é um fator que leva a desistir da família e identificá-la como não motivada ou não colaborante.

Avaliei duas famílias e, desde os contactos telefónicos com a família até à própria entrevista, surgiram dificuldades de agendamento e, principalmente, de adesão por parte das pessoas doentes (e não da restante família), o que atrasou o processo de recrutamento. As entrevistas a estas duas famílias estão registadas no Anexo VIII.

A primeira entrevista, com família E – constituída por mãe e filha (pessoa doente) –, foi muito complexa porque a utente apresentava atividade delirante persecutória em relação à mãe, não fazia qualquer crítica sobre a sua situação e negava precisar de ajuda. Este foi um impedimento para continuar a intervenção. Após esta primeira abordagem, reuni com a psiquiatra e a enfermeira que acompanham a utente e ficou definido que, embora não tivessem critérios para terapia familiar comportamental, a mãe seria acompanhada em consulta de enfermagem de apoio e psicoeducação e seria agendada uma consulta urgente para a utente para possível ajuste da medicação.

A segunda entrevista, com a família F – constituída por utente, mãe e uma irmã –, foi feita na semana seguinte. Após a avaliação, concluí que esta família também não tinha critérios para intervenção porque (1.º) dois elementos recusavam participar (pai e irmão) e (2.º) não apresentava necessidades de ajuda deste âmbito. A intervenção de Terapia Familiar Comportamental, que será descrita de seguida, acabou por ser efetuada com uma terceira família, que apresentava critérios e necessidades de ajuda, constituída por pai, mãe e filho (pessoa doente).

Em muitos momentos da fase de recrutamento senti o desejo de desistir, por perceber que se tratava de um processo moroso e que podia pôr em causa o cronograma de estágio. Tive sempre o apoio da professora, da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar, o que foi um incentivo para continuar e acreditar.

## **4.2. Descrição da intervenção – Terapia Familiar Cognitivo-comportamental**

Apresento, em seguida, um esquema sequencial do processo da Terapia Familiar Comportamental segundo o modelo Falloon com o número de sessões que desenvolvi ao longo do estágio e a descrição das mesmas.

### **FASE INICIAL: Motivação e recrutamento**

- Avaliação individual – 3 sessões
- Avaliação familiar (relatada e observada) – 1 sessão

### **CORPO DA INTERVENÇÃO:**

- “Psicoeducação” – 2 sessões;
- Treino de comunicação (perícias de comunicação) – 2 sessões
- Treino de resolução de problemas – nenhuma sessão
- Gestão da crise – 1 sessão

### **FASE FINAL:**

- Preparação do fim do processo – 1 sessão

**TOTAL: 10 sessões**

### **Recrutamento da família e 3 sessões de avaliação individuais**

A primeira fase da intervenção foi a avaliação da pessoa doente. O senhor G (26 anos, 12.º ano de escolaridade, solteiro vivendo com os pais, caucasiano) tem diagnóstico de esquizofrenia, com início aos 18 anos. O primeiro e único internamento foi em 2006, com 20 anos, por acentuado isolamento social, abulia marcada, ideias persecutórias e de autorrelação e dificuldades para completar o ensino secundário.

Durante o internamento, observou-se marcado “embotamento” afetivo, com sintomas negativos. Após a alta foi integrado no projeto Primeiro Surto, tendo sido submetido a testes cognitivos que confirmaram défices cognitivos, mais acentuados na memória, concentração e processamento de informação. Em dezembro de 2011, começou a frequentar o centro de reabilitação cognitiva, ao qual tem aderido. Não tinha sido feito, até então, nenhum tipo de abordagem familiar mas a terapeuta e psiquiatra que acompanham o senhor G identificaram problemas familiares relacionados com emoção expressa, desconhecimento da doença, expectativas desajustadas, stress e conflitos relacionados com os sintomas negativos do utente.

A primeira avaliação foi feita ao utente, informando-o da necessidade de se reunir com os pais e explicando-lhe os objetivos da intervenção. O contacto inicial com os pais foi estabelecido por telefone. Expliquei todo o procedimento e foram marcadas as três avaliações individuais (Anexo IX<sup>1</sup>). A família aceitou iniciar a intervenção. Nas entrevistas individuais, os pais mostraram-se um pouco céticos e com muitas dúvidas sobre a intervenção. Revelaram desconhecimento sobre a doença do filho e foi possível identificar os vários problemas na dinâmica familiar, os padrões de comunicação e os recursos de cada um. Verbalizaram muita dificuldade em aceitar que o filho tivesse uma doença e relacionavam os seus comportamentos com características da personalidade, que identificavam como preguiça, desinteresse, falta de força de vontade, acomodação e timidez.

Falloon et al. (2002, p. 5) referem que é necessário tolerar “as críticas e o ceticismo iniciais da família. Pode ser a primeira oportunidade que a família tem para falar tão livremente com um profissional”, o que aconteceu neste caso. Os mesmos autores acrescentam a importância de, nesta fase, enfatizar “o componente educacional, pois a família quer sempre mais informação, por isso vamos dar alguma coisa à família antes de esperar que esta faça grandes coisas” (ibidem). Foram duas estratégias que utilizei para facilitar a adesão e a compreensão deste processo. Foi fundamental estabelecer uma relação empática e de ajuda efetiva desde o primeiro contacto com a família, que continuou em todas as reuniões.

---

<sup>1</sup> Nota: Os impressos não estão preenchidos por motivos de confidencialidade

A entrevista individual com cada elemento da família foi semiestruturada e teve como finalidade “a recolha de informação acerca dos objetivos, problemas e modo de resolução de problemas de cada membro da família, assim como participação relativa da família como uma unidade em todos estes aspetos” (Falloon et al., 2002, p. 16). É uma entrevista de avaliação que expõe os sentimentos das pessoas e, neste caso concreto, tanto o pai como a mãe conseguiram dar a conhecer os seus problemas e manifestaram desejo em resolvê-los. Na última entrevista de avaliação, com o pai, foi agendada, a primeira reunião familiar.

Utilizei também a avaliação do índice de APGAR familiar de Smilkstein (Anexo X), obtendo o resultado de 6 (disfunção moderada) para o senhor G, 5 (disfunção moderada) para o pai e 4 (disfunção moderada) para a mãe, numa escala de 0 a 10.

O APGAR familiar segundo Smilkstein (1978) é um instrumento com 5 afirmações para serem classificadas por cada elemento da família, útil para medir a satisfação da pessoa em relação à sua família e ao modo como ela funciona. O reduzido número de questões e as respostas tipificadas em três categorias tornam-no rápido e fácil de aplicar.

As respostas são pontuadas com 0 (quase nunca), 1 (algumas vezes) ou 2 pontos (quase sempre) e, portanto, o somatório varia entre 0 e 10. Quando o resultado é igual ou superior a 7, considera-se que a família é funcional. Abaixo de 7 a família é vista como disfuncional, embora só se fale de disfuncionalidade grave quando o somatório é inferior a 4. Entre 4 e 6 a disfuncionalidade é considerada ligeira.

Adotei este critério porque permite avaliar a Adaptação (intrafamiliar), a Participação (convivência/comunicação), o Crescimento (desenvolvimento), o Afeto e a Resolução, tendo em conta que a Terapia Familiar Comportamental incide nestes parâmetros.

### **Avaliação comportamental da família**

A reunião aconteceu no ambiente da consulta. A família foi pontual. Após os cumprimentos, iniciámos a sessão e apresentei o documento “Consentimento para participar no programa de terapia familiar comportamental” (Anexo XI). Este consentimento explica o procedimento, que pode incluir gravações das sessões e, nesse momento, esclareci que não iria utilizar este método. A família aceitou as condições e a sessão prosseguiu. O registo foi feito no impresso “Avaliação Familiar: Resumo” (Anexo XII).

Este encontro teve como principal objetivo avaliar os padrões de comunicação familiar e a capacidade da família para a resolução de problemas no dia a dia. Fiquei a conhecer as dificuldades de cada um, os seus objetivos pessoais e o desejo de mudanças. Segundo Falloon (2002), esta

avaliação tem dois componentes: conhecer a resolução de problemas **relatada** mas também a resolução de problemas **observada** e concretização de objetivos.

Foi explicada à família a importância da resolução de problemas na redução do stress familiar e em estratégias de coping eficazes. Pedi que **relatassem** um problema recente em que todos os familiares tenham estado envolvidos, incentivando uma descrição detalhada. A família identificou uma situação e definiu bem o problema – o filho deixar a roupa pendurada nas portas em vez de a arrumar no roupeiro e isso levar muitas discussões. Expuseram a forma como habitualmente resolvem o problema e planeiam esforços para implementar soluções – a mãe argumenta que reage logo porque está farta, grita, atira a roupa para o chão e, com isso, obriga o filho a arrumar a roupa. O pai critica a forma como a mãe atua mas não dá solução. O filho acaba por arrumar a roupa porque se sente obrigado, pela tensão que se gera. A família admite que este conflito prejudica todos mas que é, na maior parte das vezes, a forma como resolvem os problemas. “Como estamos todos nervosos, saem os insultos e dizemos coisas que não devíamos”.

Nesta fase é muito importante que o terapeuta se lembre “de que é a estrutura da sessão de resolução de problemas que está a ser avaliada, não o seu conteúdo” (Falloon, 2002, p. 11). Esta foi uma dificuldade com a qual me confrontei e discuti na supervisão.

A resolução de problemas **observada** e concretização de objetivos foi o passo seguinte desta primeira reunião. Identificou-se uma questão – o filho não sair de casa para procurar emprego – que foi proposta para discussão. Após a discussão deste problema ficaram claros os componentes das competências de comunicação e resolução de problemas de cada membro da família. A mãe não compreende as dificuldades e sintomas negativos provocados pela doença do filho. O filho não consegue expressar opiniões, sentimentos e dificuldades que tem na concretização nas atividades do dia a dia, devido aos défices cognitivos e às críticas constantes dos pais. O pai descreve o filho como preguiçoso, mas acha que devem ter calma e esperar que ele melhore para poder voltar a trabalhar. Elogiei o esforço que todos fizeram para estar nesta sessão e também o facto de a família mostrar interesse em melhorar e ter capacidade para identificar o que estava menos bem.

### **Formando as famílias em relação às perturbações mentais – 1.ª sessão de psicoeducação**

Esta reunião ocorreu no domicílio da família por facilidade de reunir todos em horário pós-laboral e também por ser o meio indicado para este tipo de intervenção, sempre que possível. A família estava à minha espera, recebeu-me de forma amistosa e já tinha um espaço preparado para nos reunirmos. Ao iniciar a sessão, senti que estavam tensos, a mãe estava lábil, o pai muito ansioso e o filho cabisbaixo, triste e com postura mais fechada do que era habitual. Quase em simultâneo disseram: “Isto não ajuda nada. Estamos cada vez pior. Ainda hoje discutimos muito.” O filho

confirmou: “A minha mãe continua a gritar”. Percebi que era importante relatarmos a discussão desse dia (novamente o filho tinha coisas espalhadas pela casa e fez a cama “muito mal feita, como se não soubesse fazer nada”). A mãe assumiu estar muito nervosa, por querer tudo bem feito e ver que o filho está parado e não faz nada bem. O pai culpabilizou de imediato a mãe: “A grites assim, ele ainda fica pior. Tens de te tratar.”

Aproveitei novamente para observar a forma de resolução de problemas relatada, que mais uma vez confirmou que a família tem grande dificuldade na comunicação. Ficou também clara a dificuldade e desconhecimento que todos têm sobre a doença do filho e a forma como lidar com isso. Tentei acalmar a família, explicando que ainda estávamos muito no início e que tudo o que iríamos desenvolver a partir dali podia ajudá-los a resolver melhor os problemas a comunicar de uma forma mais eficaz e isso reduziria o stress na família. Aproveitei para introduzir o tema da doença, o facto de eles não conseguirem lidar com os comportamentos do filho e iniciámos o módulo da psicoeducação. Recorri ao que me tinham verbalizado na avaliação individual, identificando o que cada um sabia sobre o problema, começando por abordar o filho. Como havia um desconhecimento tanto do diagnóstico, como dos sintomas, do tratamento e do prognóstico, fui informando e centrei-me nos problemas atuais que são a sintomatologia negativa, que tem alterado os comportamentos do senhor G.

Os objetivos deste módulo, segundo Falloon et al. (2002, p. 37), são facilitar a compreensão da doença mental, ajudar a família a responsabilizar-se e autonomizar-se, tendo um papel ativo no projeto terapêutico e avaliar as funções de resolução de problemas na família. Os mesmos autores acrescentam que “todos os encontros ‘educacionais’ com a família contribuem para a avaliação de base das competências de resolução de problemas” (ibidem).

Fui apresentando informação relacionada com os sintomas da pessoa em causa e pedindo para descreverem as suas experiências, preocupações e dúvidas. Um dos pontos importantes é pedir à pessoa doente para ser co-apresentador nas sessões de psicoeducação. Falloon et al. (2002, p. 38) defendem que “se deve convidar o doente a partilhar a responsabilidade da apresentação, descrevendo (‘em primeira mão’) a sua experiência da doença e do tratamento.” Devemos insistir e elogiar o esforço da pessoa, quando renitente. O filho identificou o isolamento, a timidez e medos (não especificando) e dificuldade em falar e lembrar-se de algumas coisas.

Os sinais predominantes da doença são os défices cognitivos marcados, a abulia e ausência de insight para esses sintomas. No final da sessão, a família parecia mais descontraída. O filho tornou-se mais participativo e com postura mais aberta, reagindo às situações de humor que surgiram.

Como identifiquei nas sessões individuais, a mãe mostrou sempre mais dificuldade em aceitar que o filho tenha uma doença que lhe altera os comportamentos e a forma de lidar com o dia a dia. Ao longo desta sessão também me apercebi de que, mais do que perceber a doença e os sintomas do filho, a família espera soluções rápidas e apresenta expectativas desajustadas em relação à evolução da doença, perguntando: “Com os tratamentos, ele voltará a ser como era antes?” Este aspeto foi sendo trabalhado nesta e nas sessões seguintes.

### **Formando as famílias em relação às perturbações mentais – 2.<sup>a</sup> sessão de psicoeducação**

A família começou novamente a sessão referindo que continuam a discutir com frequência e questionaram se as reuniões de família iriam mesmo ajudá-los. Reformulei a questão, explicando que ainda estávamos muito no início mas que acreditava que esta forma de ajuda era muito útil para todos e que podiam encontrar uma forma de comunicar mais eficaz mas que a mudança só era possível se todos na família estivessem interessados em melhorar. Em conjunto, iríamos trabalhar para que isso acontecesse. Dei alguns reforços positivos, apontado aspetos práticos e “coisas” que a família faz bem e entrámos no objetivo desta sessão.

Todos os membros verbalizaram dificuldade em compreender a doença, as causas e o prognóstico. A mãe demonstrou culpabilidade: “Sinto-me culpada porque as nossas discussões podem ter feito com que ele ficasse doente.” Falaram do início dos sintomas e de como tudo aconteceu (isolamento, desinteresse, autorrelação). O filho afirmou, pela primeira vez: “O pior que me aconteceu foi quando todos olhavam para mim, na escola e na rua. Sentia-me mal com todos a olharem.” Relataram alguns episódios de consultas a que levaram o filho, inclusive de hipnotismo, questionando se também isso tinha provocado a doença. Utilizando os sintomas relatados e os comportamentos, fui descrevendo o processo da doença. Foram também os pais que primeiro colocaram a questão das causas da doença, mesmo antes de abordarmos esse tema. Por várias vezes salientaram que muitas vezes pensaram ser culpados. Esclareci esse conceito e reforcei positivamente o facto de os pais e ele próprio estarem a fazer um grande esforço para melhorar a comunicação na família ao participarem nesta intervenção. Abordamos as causas biológicas da doença, o modelo da vulnerabilidade-stress e o tratamento.

Falámos sobre a medicação (Anexo XIII). Pude observar a caixa onde a guardam (na cozinha) e é o senhor G que, ao jantar, tem a iniciativa de a tomar. Relataram que no início após a alta, os pais tentaram interromper “mas ele ficava pior. Aí percebemos que era melhor fazê-la.” O filho refere: “Tomo sempre a medicação porque quero melhorar. Devo ter mesmo uma doença. Pensava que era depressão.” A família informou que, embora o médico tenha prescrito 1,5 comprimidos, já há seis meses que o senhor G só toma 1 comprimido. Esse aspeto foi discutido e

ficou esclarecido que iriam informar o médico na consulta seguinte. Abordou-se a importância de cumprir a terapêutica, dos riscos de subdosagem e de o psiquiatra ter esta informação.

Nessa altura os pais perguntaram se a medicação era “para a vida toda” e a questão da cura surgiu: “Esta doença tem cura? Isto vai passar?” Fui verdadeira mas salientei as melhoras e o empenho que o filho tem demonstrado, cumprindo o projeto terapêutico e de como a medicação tem sido importante para evitar recaídas. A família também confirmou que nos últimos anos “as coisas têm estado melhor”. Salientam que o que ainda não melhorou muito foi a “timidez. Ele é muito calado, não fala do que sente, não tem muita iniciativa, não dá opinião. Parece que tem medo das pessoas.” O filho respondeu prontamente: “Não é medo. Não gosto de falar. Mas sei o que se passa. Agora até vos tenho pedido muito para sairmos.” Nesta altura o pai falou sobre coisas positivas do filho. “É muito pontual, é amigo e verdadeiro e pode não falar muito mas tem sentimentos (...). Quando estamos doentes ele fica preocupado e triste e agora nunca se isola no quarto, gosta de estar perto de nós. Nesse aspeto está muito melhor.” Questionaram também o efeito da medicação e do treino cognitivo e foi explicado.

No final resumi o que tínhamos falado (causas, sintomas, evolução e tratamento) e, indo ao encontro da necessidade da família em compreender os sintomas negativos, apresentei o manual “Como lidar com os défices cognitivos associados às doenças mentais – Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental” (<http://issuu.com/visualm/docs/manual>). Explorámos algumas partes, que ajudam a perceber melhor a doença e os seus sintomas. A família pediu para ficar com este documento, para voltar a ser discutido em sessões seguintes. O pai aceitou com mais facilidade os défices cognitivos e disse: “Ele é assim. Temos de o aceitar como ele é. Mas às vezes é preguiçoso. Sabe fazer melhor mas não faz.” Comparou o treino cognitivo com fisioterapia. “Quando partimos um braço, fazemos fisioterapia para melhorar. No caso dele, é como se fosse fisioterapia para o cérebro.” A mãe riu e o filho comentou: “Tu só te ris de coisas sérias.” Aproveitei para valorizar o quanto é importante para ele a recuperação e de como tem sido difícil “tudo o que aconteceu”. O senhor G confirmou.

Preenchemos o documento dos Sinais Precoces de Alarme (Anexo XIV), que ficou no processo clínico da consulta comunitária onde o utente é assistido e também com a família.

### **Treino de perícias de comunicação na família**

Segundo Falloon et al. (2002, p. 47), “as boas práticas de comunicação ajudam todas as famílias a lidar com os problemas e stress diários”. Uma comunicação alterada leva a um ambiente familiar tenso, onde podem surgir com frequência “comentários críticos e hostis”.

Salomé e Galland (2004, p. 19) afirmam que “as bases de uma comunicação são fáceis de enunciar e infinitamente complicadas a aplicar”. Estes autores acrescentam que comunicar é um aspeto essencial à existência, “é uma das nossas aspirações mais vitais” (ibidem, p. 15). Referindo-se à comunicação não verbal, Townsend (2011) realça que as expressões faciais são a fonte primária da comunicação: “Revelam os estados emocionais do indivíduo como felicidade, tristeza, raiva, surpresa e medo. (...) Servem para completar e qualificar outros comportamentos comunicativos” (p. 137). Uma das características que identifica as famílias é a sua forma de comunicar.

Ensinar as famílias a melhorar a comunicação ajuda-as na resolução de problemas e reduz o stress. Na Terapia Familiar Comportamental, seguindo o modelo de Falloon, são abordadas quatro “perícias básicas”: (1.<sup>a</sup>) expressar sentimentos agradáveis; (2.<sup>a</sup>) fazer um pedido de forma positiva; (3.<sup>a</sup>) expressar sentimentos desagradáveis; e (4.<sup>a</sup>) escuta ativa. Nesta sessão, iniciámos o treino de “expressar sentimentos agradáveis” (Anexo XV). Como está definido neste modelo, começa-se do mais fácil em direção ao mais difícil e recorre-se às teorias de aprendizagem em que “o terapeuta é visto como um professor, ajudando as famílias a aprenderem novas aptidões” (Falloon et al., 2002, p. 47).

O objetivo do treino de comunicação é aumentar na família a capacidade para fazer reforços positivos. No início da sessão foi explicado como ia decorrer o treino, seguindo a técnica própria: “fornecer um ‘racional’; ensaio da perícia/competência; ‘feedback’ construtivo; repetição do ensaio e ‘feedback’; e trabalho de casa e revisão” (Falloon et al., 2002, p. 47). Neste exercício é explicado à pessoa que expressa o sentimento agradável que deve seguir três regras importantes: olhar para a pessoa; dizer-lhe exatamente o que ela fez que lhe agradou; e dizer-lhe como se sentiu. É dada a cada elemento da família uma folha com estas três regras escritas e é explicada a importância de cada uma delas.

Foram pedidos exemplos da vida diária à família, que se mostrou muito receptiva a iniciar o treino. Foi a mãe a primeira a verbalizar: “Por exemplo, ontem gostei muito da forma como o meu marido esteve tão bem disposto nos anos do minha irmã. Ele costuma sempre estar irritado e ontem estava muito alegre. Isso foi muito bom.” O marido mostrou uma expressão de surpresa e, ao mesmo tempo, de agrado. Este foi o ponto de partida para os três elementos treinarem esta perícia. Antes de cada pessoa iniciar o primeiro ensaio da perícia, é-lhe pedida a parte racional (explicar porque é que é importante para ela e para toda a família expressar sentimentos agradáveis e seguir este procedimento). Por exemplo, perguntamos à pessoa porque é que ela considera importante expressar o sentimento olhando para a pessoa a quem se dirige.

Todos os elementos da família praticaram e mostraram estar muito motivados e interessados em perceber e em cumprir todos os passos. No primeiro ensaio, verificou-se dificuldade de todos

olharem os outros nos olhos e em expressar somente o que gostaram no outro, sem expressar comparações ou críticas. Foi mais fácil explicarem a forma como se sentiram. Outra dificuldade inicial foi verbalizada: “Parece que estamos a fazer um teatro mas talvez seja a forma de aprendermos alguma coisa.” Foi explicado à família que às vezes é necessário treinar desta forma porque, embora possa parecer teatro ou uma aula, é muito eficaz na mudança para uma comunicação mais eficiente.

Depois da repetição do exercício, que já decorreu seguindo regras, a família mostrou-se satisfeita e começaram a surgir mais reforços positivos entre a família. O pai pediu mesmo para expressar mais um sentimento positivo. Foi a primeira sessão em que não se observaram comentários críticos nem hostis. Estavam todos mais descontraídos, sobretudo o pai e o senhor G (utente).

Foi proposto o “trabalho para casa” e entregue a folha para esse efeito (Anexo XV). Todos aceitaram fazer o trabalho de casa e foi explicado como deveria ser feito registo dos sentimentos agradáveis ao longo da semana.

“A investigação indica que a expressão de sentimentos agradáveis (...) é uma das motivações mais poderosas para a mudança de comportamentos e aprendizagem de competências” (Falloon et al., 2002, p. 50). Além disso, a expressão de sentimentos agradáveis fomenta a capacidade de coesão e entreajuda, levando a família a resolver melhor os problemas e a concretizar objetivos.

### **Treino de comunicação/Discussão de expectativas e questões existenciais**

Na segunda sessão de perícias de comunicação, onde daríamos seguimento à segunda perícia (“Fazer pedidos de forma positiva”), a família expressou sentimentos de dúvida em relação à terapia e algum desânimo. Só a mãe tinha feito o treino de comunicação em casa e foi ela a pedir para conversarmos sobre a continuidade da intervenção.

“Enfermeira, estou cheia de dúvidas e pergunto-lhe: será que isto vale a pena, continuamos sempre a discutir?” Reformulei a sessão e abordou-se temas como as vantagens da Terapia Familiar Comportamental, a doença mental, a comunicação e o stress e a forma como a família tem dificuldade na resolução de problemas. O pai sugeriu que deviam falar de coisas que “estão por detrás e que são antigas” e a mãe abordou a questão dos sonhos e dos projetos que tinha para o filho: “Queria que ele conseguisse o que eu não consegui – estudar, ter um curso, ser culto.” Referiu que tem sido isso que lhe tem custado mais.

O senhor G verbalizou os seus sonhos e projetos dizendo à mãe que a sua ambição era só ter um trabalho e um rendimento. O pai ajudou-o, dizendo: “Nós, os pais, criamos muitas expectativas e fazemos planos para os filhos e depois, se não acontecem, ficamos frustrados.”

A mãe falou dos seus sonhos atuais. Tinha-se inscrito na semana anterior num curso de informática e pretendia inscrever-se na nataçãõ. “Gostava muito de ter o 12.º Ano mas já é tarde e gosto muito do que faço. Adoro a minha profissãõ”, afirmou.

Discutimos questões existenciais que senti serem importantes para a família como ambiçãõ, felicidade, sonhos e expectativas de cada um, preguiça, motivaçãõ e saúde.

Algumas vezes a mãe chorou e o senhor G verbalizou que queria era continuar a melhorar e ser capaz de ter um trabalho. Isso foi muito valorizado e também todo o esforço que tem feito em estar presentes e partilhar coisas tão difíceis.

O senhor G e o pai por várias vezes afirmaram que sentiam que “as coisas estãõ a melhorar”, “já falamos com mais calma e aceitamos melhor os erros dos outros”. A mãe continuava a referir: “Acho que está tudo na mesma mas gostava que as coisas melhorassem.” Confirmei que, todos juntos, com o empenho e desejo de mudar isso iria acontecer e que eu não iria desistir mas dependia deles continuarmos. Todos afirmaram: “Claro que queremos continuar. Agora vamos até ao fim, não vamos desistir.” Marcámos nova reunião para continuar o treino de comunicaçãõ e expliquei como seria a próxima sessão e terminei fazendo um pedido de forma positiva: “Gostaria muito que tentassem fazer o trabalho de casa sobre como expressar sentimentos positivos. Isso seria muito importante para mim porque me ajudava a compreender melhor as coisas que conseguem fazer e também as vossas dificuldades.”

### **Reuniãõ a pedido da família**

Na semana seguinte no dia da reuniãõ familiar a Mãe veio falar e pedir para terminar a intervençãõ. Referiu que não iria resultar sem o marido fazer tratamento. “Ele está pior. Grita, implica com tudo, não tem feito o que é pedido nas sessões (trabalho de casa).” Em relaçãõ ao senhor G, a mãe assumiu que “ele melhorou, está mais expressivo, dá a sua opiniãõ e sugestões, está mais organizado e tenta ajudar quando o pai está nervoso”.

Dizia que a forma de comunicar com, constantes discussões, iria continuar. “É um problema antigo e só tem uma soluçãõ que é o divórcio.” Chorou e referiu ter pena do marido. “Ele não vai sobreviver sozinho. Não sabe, não resolve nada. Não sei como seria...” Acrescentou que o marido tem oscilações de humor e, quando está exaltado, “diz coisas sem nexõ”. No último ano tem piorado e se não se tratar não vale a pena continuar com a terapia, por enquanto. Informou ainda que ele recusou pedir ajuda ao médico de família.

Falei com o senhor G (filho), que já sabia do pedido da mãe para terminar a terapia. Disse-me que por ele continuava e que “foi bom, acho que melhorámos.” Afirmou que os pais continuam

a discutir. “Estou habituado mas cansa... Logo se vê.” Disponibilizei-me para falar com ele se as coisas piorassem e se ele necessitasse de falar sobre algum assunto estaria disponível.

Afirmar também a minha disponibilidade para, se necessário, dar apoio individual à mãe e ao pai, nesta fase, e encaminhar para outro tipo de ajuda. “Só há uma solução e é a separação. Ou aguentar... Já aguento há 32 anos...”

A mãe referiu que aprendeu muitas coisas e ficou esclarecida sobre a doença e sobre a importância da comunicação na família: “Percebi que as nossas discussões o (filho) retraem e ele inibe-se de falar.” Referiu que vai continuar a ter os seus projetos e objetivos e que a doença do filho e a relação com o marido não irão ser impedimento. Iniciou um curso de informática e a prática de nataçãõ três vezes por semana. Referiu que o que lhe causa grande sofrimento, além da relação com o marido, é o filho não encontrar trabalho. “Já sei que tenho de esperar... mas é uma preocupação constante vê-lo parado em casa.”

**Reflexão.** Após ter percebido que a mãe não queria continuar a intervenção familiar, pelos motivos atrás referidos, refleti sobre o que teria falhado. Os primeiros sentimentos foram de frustração, desânimo e necessidade de supervisão, que me ajudasse a resolver a situação. Falei com a enfermeira orientadora, com a professora orientadora e com a supervisora e concluímos que devia reunir-me com toda a família, com o objetivo de perceber o motivo por que queriam terminar, tentar que aderissem às restantes sessões e identificar necessidade de outras formas de ajuda. Por esse motivo, agendei com a família nova reunião para essa mesma semana, o que foi prontamente aceite.

### **Término da intervenção**

Esta sessão foi realizada, como habitualmente, no domicílio. A família esperava-me e começámos por abordar o motivo deste encontro. A mãe do senhor G continuou a afirmar as razões pelas quais pretendia desistir, sendo bem clara: “Eu e o meu marido não conseguimos parar de discutir. Aprendi muitas coisas até agora mas temos um problema para resolver entre nós, que não tem nada a ver com o nosso filho.”

O pai do senhor G encontrava-se muito triste, com aspeto descuidado e tive que o estimular para que ele expressasse o que sentia: “Estou muito triste, sinto-me mesmo fraco. Eu queria continuar mas acho que a minha mulher tem razão. Ninguém nos pode ajudar. Já discutimos há 30 anos. Só se eu ficasse surdo é que tudo se resolvia. Com aquilo que eu ouço tenho mesmo de me irritar.”

O filho referiu que gostou muito de estar nas reuniões e que aprendeu muitas coisas sobre a doença. “Já estou habituado às discussões. Acho que não é bom. Gostava que eles não brigassem tanto”, afirmou.

Fizemos um resumo de alguns aspetos importantes que se passaram ao longo das sessões, fazendo reforços positivos ao esforço de toda a família e identificando dificuldades que poderiam ser melhoradas se a intervenção continuasse. O casal, em todas as oportunidades, tinha uma comunicação acusatória, crítica, culpando-se mutuamente e sugeri que o senhor G se ausentasse. Ele aceitou e agradeceu. Na ausência do filho, foi ainda mais visível a expressão da zanga, raiva e rancor entre os pais.

A mãe afirmava constantemente que o pai estava doente e devia tratar-se. “Ele irrita-se, fala sozinho, às vezes diz coisas sem nexos. Agora só está deitado no sofá”, acusou. Perante isto, o pai discordou: “Estou assim pelas coisas que me dizes. Queres que eu seja maluco, queres que eu tome comprimidos para eu ficar abanado e não te responder.”

Ao longo de toda a conversa fui percebendo que o pai do senhor G já tinha compreendido o afastamento da esposa. No último mês esta fez alguns movimentos de investimento pessoal: inscreveu-se na informática e na natação e referiu sair mais de casa para não estar tanto tempo com ele.

Cinco dias antes desta reunião tinham deixado de falar-se, levando o filho a ser muitas vezes o interlocutor principal para manter a comunicação em casa. “Acho que quando não falamos também não discutimos e o meu filho fica melhor”, afirmou a mãe.

O casal disse que esta solução de não falarem não ajudava a família mas, por enquanto, e até à reunião atual, foi a que encontraram.

Ambos sentiram necessidade de verbalizar aspetos relacionados com a relação íntima, com o que não gostam um no outro, com as suas expectativas em relação ao outro. O pai assumiu estar triste e desanimado, aceitando ir ao médico de família mas pedindo também para a esposa tomar “medicação para se acalmar”. Colocaram a questão do afastamento e dificuldades na relação e admitiram que isso podia levar à separação.

Reforcei que a comunicação entre eles vai interferir na comunicação com o filho e na comunicação do filho com eles e do stress que tudo isso pode gerar em toda a família. Ambos verbalizaram ter consciência disso e identificaram que o filho, no momento, não era o causador das discussões e que ele, até, se tinha “esforçado para ajudar”. Reforçaram também que, embora não quisessem continuar com a ajuda, que esta já os tinha ajudado muito. “A enfermeira pode pensar que não, por não termos parado de discutir, mas acredite que aprendi muito e ajudou-me muito”,

disse a mãe. O pai acrescentou ideia semelhante: “Eu até gostava de ter continuado mas, como estamos, não dá.”

O senhor G voltou a estar presente para terminarmos a sessão e nos despedirmos. Disponibilizei-me para ajudar individualmente e, nesta fase em que iam tomar decisões importantes, fiquei de contactá-los na semana seguinte para reavaliação da situação familiar.

Segundo Falloon (2002, p. 110), “o terminar da terapia familiar comportamental pode ser vivido (...) como um acontecimento de vida determinante”, acrescentado que o término pode ser stressante se for pouco preparado. Neste caso, em que não houve muito tempo para preparar a família e em que a própria família pediu para terminar, foi muito importante ficar atento ao evoluir da situação de doença do senhor G e informar o resto da equipa.

### **Importância da supervisão na intervenção de Terapia Familiar Comportamental**

Senti necessidade de estruturar a supervisão com um técnico perito nesta área, por ser uma intervenção familiar complexa. Foi a minha primeira experiência e, como ficou definido no Curso de Terapia Familiar Comportamental que frequentei é obrigatória a supervisão. Segui o ciclo esquematizado em seis etapas por Nicklin em 1997, segundo a descrição de Abreu (2003): objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação.

A supervisão clínica proporciona o diálogo cognitivo que nasce da confrontação entre o meio externo e interno, seguindo as ideias de Abreu (2003), e leva-nos a atribuir sentidos que sem a supervisão permanecem ocultos. É na discussão com o supervisor que se constrói uma reflexão partilhada que busca significados para lá da experiência vivida na ação e se obtém a ajuda necessária na interpretação dos conteúdos dessas experiências.

Fiz supervisão quinzenal com um perito nesta área de intervenção e que me ajudou ao longo de todo o processo. Foi fundamental na fase inicial e quando a família quis terminar abruptamente a intervenção. Senti-me frustrada, surpreendida e fiquei preocupada. Sozinha não teria conseguido pensar no processo com a mesma clareza. Após ter contactado a professora orientadora e termos refletido em conjunto, percebi que me precipitei ao receber a mãe do senhor G fora do contexto das sessões programadas. Também na supervisão pensámos em alternativas de atuação, concluindo que teria sido vantajoso não atender a mãe naquele setting e, como estava programado para esse dia, ter mantido a sessão e, aí sim, teria sido abordado o problema.

Outro aspeto importante da supervisão foi ter percebido que a mãe estava a fazer um movimento de investimento pessoal e que o pai, provavelmente, necessitava de ajuda. Também se abordou a questão da separação do casal e a necessidade que todos teriam em melhorar a comunicação, pois os papéis de pais/filho não se iriam alterar.

Concluímos ser importante agendar nova reunião – que se concretizou – para discutir os motivos que levavam os pais a querer terminar a intervenção, fazê-los compreender que esta ajuda não estava direcionada para os problemas do casal mas sim para a comunicação e o stress no ambiente familiar e o quanto isso é importante no tratamento da doença do senhor G.

A supervisão, tanto para esta intervenção como para as intervenções durante o estágio no internamento, tornou-se fundamental não só para uma prática reflexiva mas também como instrumento motivador para a continuidade do estágio.

### **4.3. Avaliação do funcionamento familiar após a intervenção**

Este parâmetro não ficou desenvolvido na globalidade porque a intervenção foi interrompida a pedido do cliente/família. Neste caso, a avaliação está dificultada. Trabalhei este aspeto na supervisão clínica e chegámos à conclusão de que a família adquiriu muitos conhecimentos sobre a situação de saúde do senhor G, tomou consciência que a comunicação na família é um aspeto que diz respeito a todos e influencia as relações e os comportamentos. Como tinha previsto no início da intervenção e como define Brito (2011, p. 170), “é fundamental que os profissionais tenham em conta os padrões, as expectativas e as preocupações de cada pessoa, bem como a avaliação subjetiva que ela faz das suas necessidades”.

Foi uma preocupação nesta intervenção ter em conta as preocupações de cada um e trabalhar as expectativas que a família tinha em relação à situação de saúde do senhor G. No final, a família demonstrou menor preocupação e ansiedade em relação à doença. A mãe, não tendo melhorado a comunicação com o pai, melhorou a comunicação com o filho (relatada e observada). Em ambos os pais houve diminuição da ansiedade (relatada e observada) em relação aos sintomas negativos do filho. Ao deslocar a preocupação principal, que se relacionava com a doença do filho, para a relação do próprio casal, os pais confrontaram-se com as suas dificuldades, impedindo-os de cumprir os objetivos que estavam determinados. Em supervisão, discutimos que este terá sido o motivo que levou a terminarem. Mesmo que a família não sugerisse terminar, se ao longo das sessões os pais não conseguissem afastar-se do problema de casal, fazendo com que isso não deixasse progredir a terapia, teria sido eu a terminar e encaminhá-los para outro tipo de ajuda.

Mesmo após concluir o período de estágio, continuei em contacto com a família, avaliando a adesão do senhor G ao projeto terapêutico e a evolução do seu processo de saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Quando me propus desenvolver o projeto para estágio, que culminou neste relatório, pensei de que forma poderia posteriormente transformá-lo num projeto profissional que me trouxesse mais-valias para a prática clínica. Por isso investi num tema que, dentro do âmbito do meu desempenho profissional atual, me possibilitasse adquirir competências e aprofundar conhecimentos.

Prestando cuidados numa equipa comunitária a pessoas e famílias com doença mental grave, direcionei a aprendizagem para esta temática, na qual já existe uma reconhecida compreensão das dificuldades das famílias mas, ao mesmo tempo, um défice na implementação de cuidados.

As pesquisas teóricas que comecei por fazer confirmaram que esta é uma área de intervenção sensível aos cuidados de enfermagem mas também revelaram a importância de adquirir conhecimentos teórico-práticos num modelo de intervenção familiar eficaz para poder desenvolver as atividades em estágio. Para isso, frequentei o curso de Terapia Familiar Comportamental, uma mais-valia para desenvolver competências práticas na ajuda às famílias.

Os campos de estágio que selecionei adequaram-se ao meu objetivo de compreender as dificuldades das famílias, possibilitando, ao mesmo tempo, planear intervenções de ajuda, onde se concretizou o saber-fazer, fundamental para a competência na ação.

Foi vantajoso ter cumprido uma parte do estágio no meu local de trabalho. Isso facilitou o processo de integração, a relação de confiança com os clientes e, principalmente, o seguimento das situações, permitindo-me dar continuidade às intervenções e avaliar melhor os resultados. Foi através das atividades implementadas em estágio que desenvolvi as competências a que me propus e que, agora, necessitam de continuidade. Sendo a competência “um conjunto de conhecimentos, de capacidades de ação e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade e num tipo de situações determinado” (Dias, 2006, p. 30), aprender a aprender foi uma competência-chave que me possibilitou desenvolver todas as outras. Aprender a aprender é dar significado e sentido à aprendizagem e promove o crescimento profissional.

A este estágio não esteve subjacente uma investigação mas sim a aquisição de conhecimentos e de competências do saber-fazer. Para isso, tornou-se fundamental conjugar a pesquisa bibliográfica, as atividades de estágio e todo o processo de reflexão e supervisão. A supervisão clínica foi decisiva no processo de aprender a aprender, que implica uma prática reflexiva e crítica, possibilitando consolidar e fundamentar o saber-fazer. Faria (2007) salienta que é “a racionalidade crítica que permite avançar e/ou recuar nas nossas acções promovendo a mudança e a construção de saber ao serviço de todos”.

Com este projeto fiquei a conhecer melhor as dificuldades das famílias de pessoas com doença mental e a importância de implementar cuidados de enfermagem para as ajudar. Os principais problemas familiares que observei na prática do estágio e que estão documentados – como descrevo ao longo deste relatório e anexos – são a falta de informação, de apoio (ajudar a cuidar) e de aconselhamento e, acima de tudo, a nova filosofia de cuidados, que exige à família um papel de cuidadora. “As famílias foram, por direito próprio, pelo menos teoricamente, promovidas à condição de ‘parceiros’ do sistema, de acordo com as orientações internacionais” (Plano de Ação do Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007, p. 88). Neste novo paradigma comunitário, atribui-se à família a função de cuidadora informal e esta é confrontada com dificuldades em prestar cuidados de saúde para os quais não está preparada. A forma como isto interfere na dinâmica familiar é um foco que, não sendo o objetivo deste estágio, me despertou interesse e surge como um tema de estudo pertinente para os enfermeiros que ajudam as famílias.

Após este trabalho, tornou-se clara a importância das intervenções familiares em saúde mental. Figueiredo (2009) destacou a pertinência de desenvolver “estudos que permitam a incorporação das práticas de enfermagem de família, maximizando as potencialidades dos modelos conceituais como estruturas amplas que permitem a identificação das necessidades das famílias e promovam o desenvolvimento de intervenções adequadas à especificidade de cada sistema familiar” (p. 185).

As atividades que desenvolvi enquadram-se no preconizado pelo Plano de Ação do Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007, pp. 88-89), onde se refere que “as intervenções de profissionais dirigidas às famílias, para que estas possam melhor conviver com a doença, para a sua formação e treino e assim, complementarmente, adquirirem reforçada competência para o seu papel de parceiros, podem sintetizar-se nos tópicos da informação, educação, psicoeducação, consultoria, aconselhamento, psicoterapia.”

### **Necessidades das famílias e cuidados de enfermagem no internamento e na comunidade**

Este estágio permitiu-me estar atenta e disponível para as necessidades das famílias, escutando-as e observando a sua dificuldade na interação com o familiar doente. No internamento anotei algumas das questões mais frequentemente abordadas pelas famílias – e apresentei-as na sessão de análise das práticas “Ajudar quem cuida” –, das quais destaco as seguintes: “Que medicação está a fazer?”, “Quando começa a melhorar?”, “Em casa não toma a medicação. O que é que fazemos?”, “O que devemos fazer quando diz que quer morrer?”, “Parece que fica pior quando o venho visitar”, “Chega a casa e volta tudo ao mesmo”, “Ajude-nos a explicar-lhe que tem de

tomar a medicação. Deve haver uma maneira de ele compreender”, “Podia dar-nos um livro a explicar a doença?” e “Não tem força de vontade, não se esforça, não faz a parte dele”. Para responder a estas questões foi essencial estabelecer uma relação de ajuda, identificando a família como cliente de cuidados de enfermagem. Os cuidados não devem estar centrados só na doença. Devem abranger áreas de prevenção e promoção da saúde.

No estágio comunitário as questões foram habitualmente mais relacionadas com a dificuldade das famílias em compreender os sintomas negativos (abulia, isolamento, descuido na higiene, alterações na memória, desinteresse, indiferença, etc.). A pessoa doente não consegue explicar aos familiares os seus comportamentos alterados, por ausência de insight, e sente-se incompreendida, o que leva a isolar-se ou a situações de conflito.

Alguns pais relataram que os filhos tinham ficado diferentes. “O meu filho não fala, não me faz companhia. Fico triste por o ver assim. Em vez de melhorar, está cada vez pior. Não haverá um remédio que o faça falar?”, chegaram a pedir.

Observei, à semelhança do que está registado na literatura, a angústia dos pais quando tomam consciência de que os filhos, além das crises que irão ter ao longo da vida, ficarão com défices. “Quando eu morrer, o que vai ser dele/a? Quem vai cuidar dele/a?” são preocupações muito frequentes. Outra inquietação, também observada no estágio comunitário, é relativa à medicação e à insistência permanente que é indispensável para que o familiar cumpre a terapêutica. Isto leva a um desgaste na família que deve ser partilhado e compreendido. Muitas vezes a família não consegue gerir sozinha a medicação e contacta o enfermeiro. Foi muito frequente este pedido de ajuda e também os telefonemas para confirmar se os familiares doentes não faltaram à consulta nem à medicação depot. Frequentemente pediram ajuda porque a pessoa doente recusou mesmo o tratamento e as consultas: “Não sei o que fazer. Ele/a não toma a medicação, está ficar pior mas acha que não precisa. O que podemos fazer?” Foi necessário reunir com a família e, com ou sem a presença da pessoa doente, resolver situações de conflito e articular com a equipa multidisciplinar. Só assim foi possível ajudar a resolver situações difíceis de adesão ao tratamento, que a família sozinha não era capaz de suportar. Na prática clínica, para ajudar as famílias não chega compreender e escutar. É necessário avaliar e agir, ajudar a tomar decisões, encaminhar e ir ao domicílio.

Quando as famílias sentem que têm alguém que está disponível e é capaz de as ajudar, estando do lado delas, pensando e abrindo caminho com elas para encontrar soluções, sentem-se apoiadas e mais seguras. Foi este sentimento que me foi sendo transmitido pelas famílias com as quais trabalhei neste estágio. Falaram abertamente, sem receio, deram sugestões e ideias e, a partir

daí, eu percebi que ficaram mais aptas a aprender e a desenvolver novas estratégias para resolver os problemas. Verbalizaram sentir-se mais tranquilas e próximas da equipa de saúde.

Quando se sentiam ajudadas e compreendidas, as famílias ficavam mais calmas, menos apelativas e com mais disponibilidade para o familiar doente. Algumas vezes foi necessário estar presente na interação, durante a hora da visita, para gerir situações difíceis em que, por exemplo, a pessoa doente culpabilizava a família por estar internada. Noutras a família tinha dificuldades em abordar o familiar internado por apresentar sintomatologia grave e alterações de comportamento.

Em relação ao modelo da Terapia Familiar Comportamental, foi uma experiência que me levou a aprender uma nova técnica de ajudar a família, na qual o que se ensina é trabalhado com aspetos da vida diária da própria família. Desta forma, ela vai aprendendo a perceber o que faz menos bem e, de uma forma positiva, vão sendo introduzidas modificações que deve ser a família a assumir como necessárias e importantes para todos. Havendo um foco na comunicação, isso obrigou-me a estar atenta à minha comunicação, atuando como modelo. Ensinar a família a comunicar de forma mais assertiva foi um desafio difícil mas que pode ter um reflexo muito positivo nas dinâmicas familiares de pessoas com doença mental.

Embora esta intervenção não tenha cumprido todas as sessões previstas, a família tomou consciência da sua forma de comunicar e resolver problemas, mostrou necessidade de mudar, aprendeu sobre a doença do familiar, cada familiar pensou sobre si em relação a todos e as expectativas em relação à pessoa doente tornaram-se mais ajustadas.

Pela experiência que tive nas sessões com a família, por aquilo que me foi transmitido no final, considero que a Terapia Familiar Comportamental é uma intervenção de difícil aplicação, exige preparação, treino e supervisão mas é uma ferramenta eficaz no conhecimento, aceitação da doença e diminuição da culpabilidade, nas expectativas da família e, logo, na redução do stress familiar. A Terapia Familiar Comportamental deve ser incluída como intervenção psicoterapêutica no âmbito dos cuidados de enfermagem, à semelhança do que acontece em vários países, com eficácia comprovada.

### **Questões éticas nos cuidados à família**

Como realça Nunes (2007), “a deontologia profissional – que responde à questão: o que devo fazer como enfermeiro? – cruza e majora a dimensão da ética aplicada e da expressão dos deveres”, salientando que “as exigências da prática profissional nunca poderão separar-se da ética e do código deontológico da profissão (...). Por isso, a ética e a profissão entrecruzam-se na vida profissional e relevam para a construção da identidade” (p. 73). Logo, todo o cuidado de

enfermagem implica questões éticas na sua conceção e implementação, que nos levam a uma reflexão que deve ser permanente.

Num processo de estágio, durante o qual se pretende desenvolver conhecimentos e competências, pondo em prática cuidados de enfermagem, não podemos deixar de ter em conta que a finalidade principal está sempre dirigida para as pessoas sujeitas às intervenções de ajuda. Em caso algum podem ser postos em causa os seus direitos e liberdades.

As famílias e as pessoas que ajudamos durante um estágio são o “foco experimental” para a aprendizagem mas o princípio da não maleficência é prioritário e o da beneficência deve fazer parte dos objetivos. Há sempre uma intenção na base de uma ação e, neste caso, a minha intenção revestiu-se de princípios éticos: Beneficência; Não Maleficência; Fidelidade; Justiça; Veracidade e Confidencialidade. As atividades do estágio, tendo um caráter de estudo e estando incluídas num projeto de desenvolvimento profissional, foram acima de tudo um conjunto de cuidados de enfermagem que continuará além do tempo de estágio.

Para concretizar o estágio, foi necessário uma autorização da instituição e informar a direção do serviço de psiquiatria (Anexo XVI). Apresentei o projeto e solicitei colaboração da equipa, o que aconteceu e permitiu que ele se realizasse. Paralelamente, toda a informação registada relacionada com o utente e a família foi considerada confidencial e foi recolhida apenas aquela que era mais relevante, tendo por base o critério da pertinência da informação recolhida. Por isso, todos os anexos da Terapia Familiar Comportamental apresentados não estão preenchidos.

Tive o cuidado de planear intervenções que pudessem ser concretizadas no período de estágio, evitando a interrupção repentina da relação de ajuda. Este aspeto foi facilitado pelo facto de poder dar continuidade a algumas intervenções.

Nas duas primeiras famílias que triei no estágio comunitário, concluindo que estas não teriam indicação para iniciar as sessões terapêuticas do modelo cognitivo-comportamental, procedi tendo em conta o princípio da não maleficência. Ambas as famílias necessitavam de ajuda mas não daquela que eu lhes podia oferecer. Por isso, encaminhei-as para outros técnicos da equipa, explicando o motivo, o que foi bem aceite por ambas. Tive em conta a adequação entre as necessidades da família e ajuda que eu lhes podia dar.

Na intervenção cognitivo-comportamental em contexto comunitário respeitei a autonomia e liberdade de escolha quando a família sugeriu terminar a intervenção. A forma como resolvi o término da relação com a família foi refletida em supervisão. O processo passou por escutar e compreender os motivos desta decisão por parte da família, abordar as vantagens e desvantagens, não culpabilizar e reforçar o esforço que havia sido feito. Ao demonstrarem outras necessidades de ajuda – que identificaram e eu reconheci –, explorei e encaminhei para diferentes abordagens

terapêuticas. Na impossibilidade de continuarmos o processo de ajuda, mostrei-me disponível para retomar a intervenção após estar resolvido o problema que motivou a interrupção. Mantenho contacto com a família e acompanho o processo terapêutico do familiar doente, que continua a ser seguido em consulta de psiquiatria.

Este trabalho com as famílias, a forma como me envolvi na minha própria aprendizagem e, ainda, a continuidade que pretendo dar aos cuidados de enfermagem de saúde mental centrados na família fizeram-me procurar a competência como ela está descrita no artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 29): “As pessoas verdadeiramente competentes agem a partir de processos de pensamento e não apenas, e estritamente, a partir de regras aceites e, por isso, podem superar o facto evidente de que as respostas puramente habitudinárias muitas vezes não são tão estruturadas quanto a infinita variedade de circunstâncias”. Este aspeto está muito relacionado com a individualidade de cada enfermeiro enquanto ser humano e com o dever moral intrínseco que o constitui e determina as suas intenções (o carácter). Aristóteles refere que “a atividade do homem (na ética, o seu agir) revela e, ao mesmo tempo, constitui o seu modo de ser (o seu carácter)” (cit. in Coelho, 2008). Foi nas atividades que pus em prática neste estágio que o meu carácter se revelou e o “meu modo de ser” caracterizou o agir, em função das circunstâncias e do contexto, a partir de “processos de pensamento” individuais e de uma intenção.

As intervenções tiveram um foco psicoeducativo muito importante para dotar as famílias de mais conhecimentos sobre o processo de doença e, assim, ajudá-las a lidar melhor com as alterações na vida diária provocadas pela doença mental de um familiar. “É porque as pessoas têm direito à autodeterminação que temos o dever de informar e esclarecer” (Cerdeira, 2004, p. 12), tal como dispõe o Art. 84.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

“Não basta saber, é preciso aplicar; não basta querer, é preciso fazer”

Goethe

## 6. BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson C (2003) – **Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?**. Cadernos Sinais Vitais n.º 1. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-35-2.
- ALARCÃO, Madalena (2002) – **(Des)Equilíbrios Familiares, Uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto Editora.
- BENNER, Patricia (2005) – **De iniciado a perito**. 2.ª edição. Coimbra: Edições Quarteto. Depósito legal 228818/05.
- BERGLUND, N; VAHLNE, JO; e EDMAN, A (2003) – **Family intervention in schizophrenia – impact on family burden and attitude**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Março de 2003. Vol. 38 (3). pp. 116-121.
- BERNARDO, Andreia SS; GOMES, Idalina D; e ALMEIDA, Maria Paula P (2010) – **Análise das Práticas, uma Estratégia de Construção de Saberes da Prática dos Cuidados de Enfermagem**. Sinais Vitais n.º 80, p. 3, setembro de 2008.
- BOLANDER, Verolyn Barnes; LUCKMAN, J; e SORENSEN, KC (1998) – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 3.ª ed. Lisboa: Lusodidacta Editores. ISBN 972-96610-6-5.
- BORJA SANTOS, Cecília (2004) - **Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança**. PsiLogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.
- BRITO, Maria Luísa da Silva (2006) – **Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia – uma revisão ‘quasi-sistemática’ da literatura**. Coimbra: Revista Portuguesa de Enfermagem. N.º 5. Novembro de 2006. pp. 15-24.
- BRITO, Maria Luísa da Silva (2011) – **Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia**. Tese de doutoramento em Enfermagem pela Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- CALDAS DE ALMEIDA, José Miguel; XAVIER, Miguel (1997) – **Perspectivas Actuais do Tratamento da Esquizofrenia na Comunidade**. Acta Médica Portuguesa. 12; 885-862.
- CERDEIRA, Ana Berta (2004) – **O respeito pelos direitos humanos na perspectiva de enfermagem**. Comunicação no V Seminário de Ética. Lisboa. In revista “Ordem dos Enfermeiros”. N.º 15. Dezembro de 2004.
- CHALIFOUR, Jacques (2009) – **A Intervenção Terapêutica. Vol. 2 Estratégias de Intervenção**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-21-5.
- CLEARY, M; HORSEFALL, J; e HUNT, GE (2003) – **Consumer feedback on nursing care and discharge planning**. Journal of Advanced Nursing. Maio de 2003. Volume 42 (3). pp. 269-277. ISSN 0309-2402
- COELHO, Nuno MMS (2008) – **A especial consideração do outro na ética do Aristóteles maduro**. Revista da Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. Volume 103. p. 1-1.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 1.ª edição. 5.ª tiragem. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

- COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; e ROLIM, Marli Alves (2004) – **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Volume 38. N.º 2. pp. 197-205.
- D’ESPINEY, Luísa (1996) – **Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar**. In Canário, R. (Ed.), Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora. pp. 169-188.
- DAMÁSIO, António (1999) – **O Sentimento de Si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. 8.ª edição. Fórum da Ciência. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista (2006) – **Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributo para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-14-3.
- EATON, Phyllis M; DAVIS, Bertha L; HAMMOND, Pamela V; CONDON, Esther H; e MCGEE, Zina T (2011) – **Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients**. Nursing Research and Practice. Volume 2011. Article ID 392705. 12 páginas. Data da publicação eletrónica: 17 de maio de 2011.
- ELSÉN, Ingrid; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; PROSPERO, Elisete Navas Sanches; e BARCELLOS, Wanda BE (2009) – **O cuidado profissional às família que vivenciam a doença crónica em seu cotidiano**. Ciência, Cuidado e Saúde. N.º 8 (suplemento). pp. 11-22. ISSN 1984-7513.
- FALLOON, Ian RH; MCGILL, Christine W; BOYD, Jeffrey L; PEDERSON, Jean (1987) – **Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study**. Psychological Medicine. 17. pp. 59-66.
- FALLOON, Ian RH; MUESER, Kim; GINGERICH, Susan; RAPAPORT, Susan; MCGRILL, Christine; GRAHAM-HOLE, Victor; e FADDEN, Gráinne (2002) – **Terapia Familiar Comportamental – Manual**. Versão portuguesa. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- FARIA, Sidónio (2007) – **Supervisão Clínica na Enfermagem no Caminho da Excelência dos Cuidados**. Fórum de Enfermagem. 7 de julho de 2007. URL: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2959:supervisao-clinica-na-enfermagem-no-caminho-da-excelencia-dos-cuidados&catid=156](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2959:supervisao-clinica-na-enfermagem-no-caminho-da-excelencia-dos-cuidados&catid=156): [acedido em 2 de Junho de 2012].
- FAZENDA, I. (2009) – **Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária**. PsiLogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Volume 6. N.º 1. pp. 111-119. ISSN 1646-091 X.
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva (2009) – **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- FIGUEIREDO, MH; e SILVA, LW (2006) – **Cuidar a família: um compartilhar de experiências luso-brasileiras**. Livro da 9.ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem “Investigar para melhor Cuidar”. Novembro de 2006. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. pp. 23-31.
- FURTADO, Cláudia; RIBEIRINHO, Mafalda; e GASPAR, Mariana (2010) – **Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009**. Dezembro de 2010. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde. Direcção de Economia

do Medicamento e Produtos de Saúde. Infarmed – Autoridade nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

- GALLAGHER, SK; e MECHANIC, D (1996) – **Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other household members**. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1691-1701.
- GARRIDO, R; ALMEIDA, OP (1999). **Distúrbios de comportamento em pacientes com demência**. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. Volume 57. N.º 2B. pp. 427-434.
- GOLEMAN, Daniel (2006) – **Inteligência Emocional**. Sant Vicenç dels Horts: Idea y Creación Editorial, SL.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel (1996) – **Repercussões da Doença Mental na Família – Um estudo de familiares de doentes psicóticos**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNL. Lisboa.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; XAVIER, Miguel; FADDEN, Gráinne (2007) – **O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos**. Lisboa: *Análise Psicológica*. 2 (XXV). pp. 241-255.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; XAVIER, Miguel; NEVES, António; BARAHONA-CORRÊA, Bernardo; e FADDEN, Gráinne (2006) – **Intervenções familiares na esquizofrenia – Dos aspectos teóricos à situação em Portugal**. Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Universidade de Birmingham – Birmingham & Solihull NHS Mental Health Trust. Inglaterra. In *Acta Médica Portuguesa*. 2006, 19. pp. 1-8.
- GRATÃO, ACM; TALMELLI, LFS; RODRIGUES, RAP; KUSUMOTA, L; e COSTA-JÚNIOR, ML (2002) – **Avaliação cognitiva e a capacidade funcional de idosos demenciados**. 10.º Seminário Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (Brasil).
- GUEDES, Anabela da Silva Moutinho (2008) – **Avaliação do impacto da perturbação mental na família e implementação de um programa psicoeducacional**. Tese de Mestrado.
- HEESBEN, W (2001) – **Qualidade em Enfermagem – Pensamento e ação na perspetiva do Cuidar**. Loures: Lusociência.
- JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue (Organizadoras) (2004) – **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Tradução de Regina Garcez. 2.ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-820-0.
- KOGA, M (1997) – **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. Ribeirão Preto: USP. (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth (1996). **Sobre a morte e o Morrer**. 7.ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- LAM, DH (1991) – **Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies**. *Psychological Medicine*. Volume 21. pp. 423-441.
- LAZURE, Hélène (1994) – **Viver a relação: A relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta.
- LEFF, Julian (2000) – **Family work in schizophrenia: practical application**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum. 2000. (407). pp. 78-82.
- LUNNEY, Margaret (2004) – **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem. Estudos de caso e análises**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0150-3.

- LUZARDO, AR (2006) – **Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria**. Texto & Contexto Enfermagem. Volume 15. N.º 4. pp. 587-94.
- MAGLIANO, L; FADDEN, G; ECONOMOU, M; HELD, M; XAVIER, M; GUARNERI, M; MALANGONE, C; MARASCO, C; e MAJ, M (2000) – **Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Março de 2000. 35(3). pp. 109-115.
- MARTINS, Beto; e ALVES, Sónia (2009) – **Impacto da doença mental na família: Ansiedade do cuidador**. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem em Família – Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Maio de 2009. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- MCCLOSKEY, Joanne C; e BULECHEK, Gloria M (2004) – **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução de Regina Garcez. 3.ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-819-7.
- MEDALIA, Alice; e REVHEIM, Nadine (2007) – **Como lidar com os défices cognitivos associados às doenças mentais – Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental**. Edição portuguesa. URL: <http://issuu.com/visualm/docs/manual> [consultado em 23 de janeiro de 2012].
- MELEIS, Afaf Ibrahim (1997) – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 3.ª edição. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. ISBN: 0-397-55259-9.
- MURRAY-SWANK, A; GLYNN, S; COHEN, AN; SHERMAN, M; MEDOFF, DP; FANG, LJ; DRAPALSKI, A; e DIXON, LB (2007) – **Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness**. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2007. Volume 44 (6). pp. 801-811. ISSN: 0748-7711.
- NAVARINI, Vanessa; e HIRDES, Alice (2008) – **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos**. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis. Out-dez. de 2008. 17 (4). pp. 680-688.
- NEUMAN, Betty (1995) – **The Neuman Systems Model**. 3.ª ed. Norwalk: Appleton e Lange. p. 732. ISBN 0-8385-6701-0.
- NORDBY, K; KJONSBORG, K; e HUMMELVOLL, JK (2010). **Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery**. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing. Maio de 2010. Vol. 17 (4), pp. 304-311.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) (2000) – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 1999-2000**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) (2002) – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2001/2002**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- NUNES, Lucília (2007) – **Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro**. Conferência final do VIII Seminário de Ética, 28 Setembro de 2007. Lisboa. In revista “Ordem dos Enfermeiros”. N.º 29. Maio de 2008. ISSN 1646-2629.
- OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de; LUNARDI, Valéria Lerch; e SILVA, Mara Regina Santos da (2005) – **Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a**

- partir de Heidegger.** *Cogitare Enfermagem* – revista do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Jan.-abr. 2005. 10(1). pp. 9-15.
- OLIVEIRA, PC; FERNANDES, HI; VILAR, AI; FIGUEIREDO, MH; SANTOS, MR; ANDRADE, LM; BARBIERI, MC; CARVALHO, JC; MARTINHO, MJ; e MARTINS, MM (2009) – **Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE.** Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem em Família – Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Maio de 2009. ISBN 978-989-96103-2-3.
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.**
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários.**
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.**
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1998) – **WHO Expert Committee on Drug Dependence, thirtieth report.** Genebra, Organização Mundial da Saúde (WHO Technical Report Series, n.º 873).
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) – **Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISBN 972-675-082-2.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005). **Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação – Cuidar, Sim – Excluir, Não** (2005).
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2010) – **Financiamento dos sistemas de saúde – O caminho para a cobertura universal.** Relatório Mundial de Saúde.
  - ÖSTMAN, M (2004) – **Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients.** *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.* Out.-nov. 2004. Vol. 11 (5). pp. 608-613. ISSN 1351-0126.
  - PARKINSON, Alice Richards (1985) – **Families of hospitalized psychiatric patients: a descriptive study of attenders and nonattenders of a family support group.** University of Utah Spencer S. Eccles. Health Sciences Library.
  - PEPLAU, Hildegard E (1990) – **Relaciones interpersonales en enfermería,** 1.<sup>a</sup> edição. Barcelona: Salvat. ISBN 0-333-46112-6.
  - PERREAULT, Michael; TARDIF, Hélène; PROVENCHER, Hélène; PAQUIN, Genviève; DESMARAIS, Julie; e PAWLIUK, Nicole (2005) – **The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives.** *Psychiatric Quarterly.* Inverno de 2005. Volume 76. N.º 4. pp. 297-315. 19 p. ISSN 00332720.
  - PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
  - PICKETT-SCHENK, SA; BENNETT, C; COOK, JA; STEIGMAN, P; LIPPINCOTT, R; VILLAGRACIA, I; e GREY, D (2006) – **Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: results of a randomized evaluation of a family-led education intervention.** Outubro de 2006 (The Cochrane Controlled Trials Register (CCTR/CENTRAL)). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software. Updated quarterly.

- PILLING, S; BEBBINGTON, P; KUIPERS, E; GARETY, P; GEDDES, J; ORBACH, G; e MORGAN, C (2002). **Psychological treatments in schizophrenia: I. Metaanalysis of family intervention and cognitive behaviour therapy**. Psychological Medicine. Cambridge University Press, 32, 763-782.
- PORTUGAL (2006) – Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março. **Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016**. Diário da República. I Série. N.º 47 (08/03/2006) p. 1395-140.
- PORTUGAL (2008) – Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, 1.ª série. N.º 180.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde (2010) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. 56 p. ISBN 978-989-95146-6-9.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) – **Relatório – Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016**.
- PROVENCHER, HL; e MUESER, KT (1997) – **Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia**. Schizophrenia Research. 25 de julho de 1997. Volume 26 (1). pp 71-80.
- RENÇA, Pedro FNN; GOMES, Hélder BF; VASCONCELOS, António Pedro PFA; e CORREIA, Leonor M (2010) – **Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria**. Referência – Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. III Série. n.º 2. Dezembro de 2010 (artigo de investigação). pp. 91-100. ISSN 08740283.
- RIBEIRO, Norberto Maciel (2008) – **Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico**. Trabalho de investigação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Urgência e Emergência Hospitalar da Universidade Atlântica. URL: <http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf> [Consultado em 4 de maio de 2012].
- RODRIGUES, Maria Goretti A; KRAUSS-SILVA, Letícia; e MARTINS, Ana CM (2008) – **Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública.
- ROGERS, Carl (1985) – **Tornar-se Pessoa**. 7.ª edição. Lisboa: Moraes Editores.
- ROGERS, ES; DANLEY, KS; ANTHONY, WA; MARTON, R; e WALSH, D (1988) – **The residential needs and preferences of persons with serious mental illness: a comparison of consumers and family members**. Journal of Mental Health Administration. Inverno 1994. Volume 21 (1). pp. 42-51.
- ROSE, LE (1996) – **Gaining control: family members relate to persons with severe mental illness**. Research Nursing and Health. Agosto de 1998. Volume 21 (4). pp. 363-373. ISSN: 0160-6891
- SALOMÉ, Jacques; e GALLAND, Silvy (2004) – **A arte da comunicação humana**. Lisboa: Editora Esquilo. ISBN 972-8605-31-5.

- SCHARFETTER, Christian (2005) – **Introdução à psicopatologia geral**. 3.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-162-2.
- SILVA, Sílvia (2009) – **Família como cliente dos cuidados: Perspectivas e práticas do Enfermeiro de Família**. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem em Família – Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Maio de 2009. p. 60. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- SOARES, Marcos Hirata (2009) – **Conhecimentos básicos no gerenciamento de casos de saúde mental**. SMAD - Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. versão On-line. ISSN 1806-6976. URL: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762009000200010&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762009000200010&script=sci_arttext) [acedido em 2 de junho de 2012].
- SOTTO MAYOR, M; e LEITE, M (2011) – **Implicações psicológicas da experiência informal de cuidar**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 5. pp. 37-44.
- TOWNSEND, Mary C (2011) – **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência**. 6.<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-61-5.
- VAN DE BOVENKAMP, HM; e TRAPENBURG, MJ (2009) – **The relationship between mental health workers and family members**. Patient Education & Counseling. Julho de 2010. Volume 80 (1). pp. 120-125. ISSN 0738-3991
- VEIGA, João (2006) – **Ética em Enfermagem: Análise, Problematização e (Re)construção**. 1.<sup>a</sup> edição. Lisboa. Climepsi. 2006. ISBN 972-796-218-1.
- Waidman, MAP; e Gusmão, R (2001) – **Família y enfermedad mental crónica: dudas, la curiosidad y relación familiar**. Curitiba: Família, Saúde e Desenvolvimento. Volume 3. N.º 2. Jul.-dez. pp. 154-162 URL: <http://66.102.9.104/search?q=cache:KiLqx1zFhaYJ:ojs.c3sl.ufpr.br> [Consultado a 15 de junho de 2011].
- WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem pós-moderna e futura**. 1.<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1.
- WRIGHT, L; e LEAHEY, M (2002) – **Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca. ISBN 85-7241-346-4.
- XAVIER, Miguel; GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; BARAHONA-CORRÊA, Bernardo; e CALDAS DE ALMEIDA, José Miguel (2002) – **Questionário de problemas familiares: Desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga familiar**. Psicologia, Saúde & Doenças. Volume 3 (2). pp. 165-177.



**Anexo I**

**FORMAÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL**



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, representada pelo Director, Professor Doutor José Caldas de Almeida, faz saber que **MARTINA MEDEIROS** concluiu o **Curso Pós-Graduado de Actualização em Trabalho com Famílias na Doença Mental - 2ª Edição**, na **FCM - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**, em 2011-07-08, com a classificação final de **Aprovado**, e a atribuição de **5 ECTS**, pelo que mandei passar o presente Diploma.

Lisboa, 19 de Julho de 2011

O DIRECTOR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

(Professor Doutor J. M. Caldas de Almeida)

2011105

**Anexo II**  
**CASO 1**

## **CASO 1 – Senhor A**

### **1. Identificação da pessoa doente internada no Serviço de Psiquiatria**

O senhor A tem 45 anos e o 12.º ano de escolaridade, está separado do segundo casamento e desempregado há 3 anos, tem duas filhas e vive sozinho.

### **2. História de saúde atual**

Utente é seguido em consulta de psiquiatria na equipa comunitária, desde 2008, com o diagnóstico de esquizofrenia. Teve um internamento em 2010 e outro em fevereiro de 2011, por agravamento dos sintomas psicóticos, ideias delirantes erotomaníacas relacionada com figuras públicas, ideação persecutória e AAV.

Desde que é acompanhado em psiquiatria, teve sempre fraca adesão à terapêutica e consultas por ausência total de insight. Na primeira abordagem, no internamento, afirmou: “Não tenho nenhuma doença mas os médicos acham que tenho depressão e querem que tome medicamentos para estar calmo. Mas eu não preciso. Estou sempre calmo.”

O senhor A não era seguido em consulta de enfermagem e a situação foi-me sinalizada no início de janeiro pela enfermeira dos cuidados de saúde primários, enfermeira de família do senhor A, informando-me de queixas apresentadas na Junta de Freguesia pelos vizinhos, segundo as quais o senhor A estaria a provocar distúrbios no prédio, como ruídos excessivos e bizarras não especificadas. “Os vizinhos têm medo e já não andam com ele no elevador.”

Averigui o processo do senhor A e detetei que tinha faltado às últimas duas consultas. Falei com o seu psiquiatra e remarcou-se consulta. Faltou novamente.

Na semana seguinte consegui contactar com a ex-mulher, que me informou: “Ele está pior. Não toma medicação, não atende telefones, não sai de casa e tem faltado a todas as audiências do divórcio.”

Nesse dia, o psiquiatra e eu fizemos uma visita domiciliária com o objetivo de avaliar o estado mental e planear uma intervenção terapêutica. O senhor A recebeu-nos na sua casa.

Breve descrição do estado mental:

- Tenso
- Contacto fugidio/fugaz
- Responde por monossílabos
- Afirma que não faz medicação
- Projetos irrealistas relacionados com ideias delirantes (viagem planeada para o dia seguinte com a namorada que ficámos a perceber ser uma figura pública que este contactou por Facebook)
- Ideias delirantes erotomaníacas

O senhor A foi aconselhado a iniciar medicação e foram passadas receitas.

Após a visita domiciliária foi decidido pedir ao delegado de saúde o internamento compulsivo devido ao risco de o senhor se ausentar do país em contexto delirante, como tinha feito num primeiro surto psicótico que resultou em internamento.

Foi internado nesse mesmo dia.

### **3. Entrevista de avaliação com o senhor A no internamento**

No meu quarto dia de estágio, procurei o senhor A no internamento de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. No dia anterior tinha estado na casa dele, em visita domiciliária e não sabia como ele iria aceitar-me na relação de ajuda.

Ao ver-me, no corredor, reconheceu-me, sorriu e eu cumprimentei-o. Ele aceitou o cumprimento. Nessa altura perguntei se podíamos conversar e, nesse dia, reunimos para primeira entrevista, com os seguintes objetivos:

- Estabelecer uma relação de confiança
- Avaliar melhor o estado mental e necessidades de ajuda
- Compreender a situação familiar e social

Conforme planeado em projeto de estágio, toda a intervenção com o senhor A seria feita numa abordagem holística e familiar.

O senhor A forneceu poucos dados sobre ele e sobre a sua família. Verbalizou que não percebia o motivo do internamento mas compreendia a nossa preocupação. “Sei que pensam que estou doente e como vou viajar disseram-me que era melhor ser internado para fazer exames.” Não relacionou o facto de termos ido a sua casa com o internamento. Pelo menos não o verbalizou. Informou não ter ajuda da família: “Estou muito afastado de todos mas gostava que me viessem visitar. Ainda não sabem que eu estou aqui.” Sugeri falarmos, eu e ele, por telefone, com a família que ele identificou como pessoas de referência (irmã e filha), o que se concretizou nesse dia.

Durante a entrevista, o utente manteve-se calmo, com um discurso monossilábico, tentando esconder as ideias delirantes. Por vezes parecia envergonhado quando falava da “namorada” com quem iria viajar após a alta. “Ela está à minha espera. Íamos para Espanha amanhã. Já tinha as malas feitas como a enfermeira viu quando foi lá a casa. Ela é cantora.” Quando o confrontei com uma guitarra que tinha no domicílio, respondeu: “Não sei tocar mas vou aprender, para trabalhar com ela.”

Após terminar a entrevista, contactei a família (irmã e filha, que o utente considerou serem relevantes e com quem tinha alguma relação), ainda na presença do utente.

Nesse contacto telefónico, a filha mostrou-se zangada com o pai, culpabilizando-o pela recaída e negou-se a visitá-lo. Mas aceitou reunir-se, de forma a poder ajudar depois da alta. Demonstrou também falta de informação sobre a doença do pai, pedindo ajuda nesse sentido. “Não compreendo o que o meu pai tem. Ele afastou-se de todos. Acho que está muito doente mas teima em não querer tratar-se. Eu não compreendo o que ele tem. Só se lembra de nós quando precisa de ajuda.”

A irmã mostrou-se mais próxima e disponível. Aceitou visitar o senhor A, trazer-lhe objetos de higiene pessoal, oferecendo-se para ajudar o irmão.

Combinámos reunião na consulta comunitária e agendámos, de forma a conhecer melhor a situação familiar.

No dia seguinte, o senhor A começou a receber visita da irmã que, até ao momento, durante o internamento, foi a única pessoa que o visitou.

Ao longo do internamento teve uma boa adesão terapêutica, aceitava falar sobre a sua situação e concordou reunir-se comigo e com a família.

#### **4. Antecedentes pessoais**

O senhor A vive sozinho, num apartamento de 3 assoalhadas. Por dificuldades económicas – não paga a hipoteca ao banco há dois anos – e está em risco de perder a casa. Também por falta de pagamento à empresa distribuidora, não tem eletricidade nem gás. Recebe ajuda esporádica da irmã para algumas despesas domésticas, sobretudo alimentação.

Está desempregado há 3 anos e há cerca de 6 meses ficou sem qualquer rendimento, após terminar o período a que tinha direito o subsídio de desemprego.

Foi tendo vários empregos e no último acusava os colegas de se meterem com ele. Trabalhou numa empresa de produtos alimentares durante 15 anos. Foi despedido devido ao elevado absentismo e baixa produtividade, segundo a irmã.

Teve dois casamentos. O primeiro foi aos 18 anos, do qual tem duas filhas, conforme se pode ver pelo genograma. Divorciou-se aos 25 anos e foi viver com os pais e a irmã até ao segundo casamento (em 2005, com uma brasileira que conheceu pela Internet), ficando com a guarda da filha mais nova.

Logo após o segundo casamento, em 2010, por apresentar ideação persecutória (dizia que queriam matá-lo) foi internado num hospital e separou-se. Está em processo de divórcio.

Após a alta desse internamento nunca cumpriu a terapêutica (risperidona). Refere que se tem dedicado a cuidar dos peixes e dos pássaros. Diz que os vizinhos lhe querem fazer mal e que tinha

de andar com música nos auscultadores para não ter de ouvir os vizinhos. Quando está em casa diz ouvir os vizinhos comentarem as coisas que ele faz.

Enquanto viveu com os pais apresentava alterações de comportamento, o que causou, segundo a irmã, muitos conflitos na família. Cozinhava os seus alimentos e guardava a loiça no seu quarto. Frequentemente andava de máscara em casa para não respirar pó e isolava-se no seu quarto.

Referia várias vezes à família que ouvia o pai (já falecido) dizer-lhe que a mãe não era sua verdadeira mãe. Nessa altura, aumentou o consumo de bebidas alcoólicas, ficou mais agitado e agressivo.

Desde que ficou doente com diagnóstico de esquizofrenia, há cerca de 5 anos, o senhor A afastou-se da família, isolou-se, perdeu o emprego, divorciou-se e os sintomas positivos, assim como os sintomas negativos, começaram a interferir e a dominar grande parte do seu dia a dia.

O senhor A não tem história de outras doenças, diz ser saudável, nega alergias.

## **5. Entrevista com a família (filha e irmã) na consulta**

Foi muito difícil definir qual o agregado familiar e só considerei a irmã pois, embora não vivam juntos, é a única que mantém uma relação efetiva com o utente mas revelando ressentimento, zanga e ambivalência: “Gosto do meu irmão mas tenho receio dele. Tenho medo dele porque já o vi muito agressivo. Até já mudei a fechadura da minha casa. Tenho pena dele... É meu irmão e recordo o nosso convívio antes de ele ser doente. Mas ele não quer tratar-se.”

A filha não quer ter qualquer relacionamento com o pai e só aceitou estar presente porque quer ajudar a tia, que considera como mãe, pois a mãe abandonou-a aos 4 anos, altura em que se separou do pai e este voltou a viver com os pais e com a irmã. “Foi a minha tia e os meus avós que me criaram. O meu pai nunca soube mostrar afeto. Não se importava com nada. Vivia só para ele. Por mais que tente compreender, às vezes nem o vejo como um pai.”

Os pais do senhor A faleceram entretanto. Há dois anos o pai e há um ano a mãe. Recusou ir ao funeral da mãe e não a visitou quando ela estava em fase terminal. Ele tinha saído há pouco tempo de um internamento de psiquiatria, segundo a irmã, “ainda muito doente”.

Os problemas na família têm sido resolvidos só por ele e neste momento tem muitas dificuldades económicas. Sendo a irmã fiadora da casa, esta será entregue ao banco.

As estratégias de coping que a família apresentou são o afastamento por parte das duas filhas, muita dificuldade em compreender e grandes limitações na capacidade de o ajudar, sugerindo mesmo que a solução para toda a família passa por um internamento permanente em instituição para doentes mentais. “Achamos que ele só está bem num sítio fechado com alguém que lhe dê a

medicação pois nunca vai melhorar nem conseguir trabalhar e não percebe que está doente.” Salientaram ainda que ele não sabe dar afetos.

Ao longo da entrevista, foi importante dar algumas informações sobre os sintomas e comportamentos que a família identificou e também esclarecer que o projeto terapêutico para o senhor A passava por fazer uma medicação de forma regular em comprimidos (Priadel) e injetável (Cisordinol) e que a equipa se iria esforçar para que ele cumprisse a terapêutica.

Este primeiro encontro foi essencialmente para identificar as dificuldades, o que a família sabia sobre o problema do senhor A e, ainda, explicar todo o processo de acompanhamento em consulta. Foi também esclarecido que, sempre que a família necessitasse de informação ou apoio ou precisasse de nos informar sobre alguma alteração de estado de saúde mental do senhor A, estaríamos disponíveis. Levou os contactos da equipa.

Como a filha se mostrou indisponível para participar em reunião familiar, ficou agendado um encontro só com a irmã e o utente, ainda no internamento, na quarta-feira seguinte.

## **6. Entrevista com o senhor A e a irmã**

Durante a entrevista o senhor A mostrou-se mais comunicativo, verbalizando que já não pensava em manter a relação com a tal pessoa e que isso era uma ideia que o tinha prejudicado muito. “Preciso de tratar dos meus problemas, de pagar a luz e o gás e de arranjar um trabalho”, disse. A irmã confrontou-o com o facto de, após o internamento anterior, ele também ter planeado voltar a trabalhar e relacionar-se com as pessoas mas isso não aconteceu. O senhor A respondeu: “Agora é diferente. Estão a dar-me outra medicação e já vejo as coisas de outra forma.”

Falámos sobre como ele se sentia e o utente verbalizou sentir-se muito ansioso por estar fechado e por haver um ambiente de muito stress no internamento. “As pessoas fazem muito barulho, gritam, roubam coisas. Gostaria muito de ter alta e fazia o tratamento em casa.”

A irmã insistiu e confrontou-o com os sintomas que este apresentava nos últimos anos, dizendo mesmo: “Sabes, gosto muito de ti porque és meu irmão e quero muito ajudar-te. Mas houve alturas em que tinha medo porque tu me culpavas e tornavas-te agressivo.”

O senhor A dizia que isso aconteceu porque estava embriagado mas que jamais lhe faria mal. “Tu és a única pessoa que estás comigo e me ajudas nos maus momentos. Mais ninguém me vem visitar.” Ficou emocionado, um pouco envergonhado. Notava-se alguma dificuldade para demonstrar o afeto pela irmã.

A irmã informou-o de que o utente iria ser avô de um menino. “A tua filha está muito magoada com tudo o que tu tens feito mas eu sei que se tu melhorares ela vai aproximar-se de ti e eu também te quero ajudar mas tu tens que colaborar e fazer os tratamentos todos.”

Ao longo da entrevista a irmã foi partilhando os seus sentimentos e receios e, vendo que o irmão respondia de uma forma adequada e revelando alguma crítica para alguns sintomas, pareceu surpreendida. Disse estar mais tranquila e prometeu ajudar o irmão após a alta embora tenha deixado claro que só o ajudaria se este se deixasse ajudar por nós e se pudesse também ela estar em contacto connosco. “Enfermeira, eu preciso de ajuda porque, às vezes, não sei lidar com o meu irmão. Fico com medo e custa-me muito acreditar que ele não consiga fazer as coisas de outra forma. Acho que, se ele quiser, consegue mudar.”

Nessa altura falámos sobre os sintomas da doença do senhor A e quais os que ele reconhecia e da dificuldade que as outras pessoas têm para compreender esses sintomas. O senhor A quis saber o nome da sua doença e quando lhe devolvi a questão ele disse: “Talvez seja uma depressão.”

No final, a irmã referiu que tinha sido difícil falar sobre todas aquelas coisas e que, noutra contexto, não o teria conseguido. Para ela foi muito importante perceber que todos os comportamentos do irmão não dependem da sua vontade mas são um conjunto de sintomas que alteram os comportamentos e a forma de se relacionar com os outros.

O senhor A disse que também foi difícil para ele e que, a partir de agora, queria falar mais vezes sobre o futuro e como resolver os seus problemas.

Terminámos falando sobre a importância da medicação e sobre o acompanhamento na consulta comunitária e a medicação depot quinzenal que iria ser administrada por mim. Por todas as dificuldades que identifiquei, sugeri falar com a assistente social para ela ajudar nos aspetos relacionados com as dificuldades económicas, aquisição da medicação e provimento de alimentação. Nesta semana o utente iniciou hospital de dia de psiquiatria para treino de competências sociais e acompanhamento individual em psicologia. Continuará a frequentar o hospital de dia após a alta.

Agendámos nova reunião para a semana seguinte na qual continuaríamos, embora mais centrados nos projetos terapêuticos para o pós-alta, numa vertente psicoeducativa muito importante para promover o insight e a adesão à medicação.

## **7. Entrevista de alta**

O senhor A apresentava-se calmo, com contacto sintónico, distanciado da atividade delirante, embora com pouco insight para a situação, referindo estar ansioso para sair do internamento. Demonstrava grande preocupação em resolver os problemas económicos: “Estou sem dinheiro. Tenho de pedir um subsídio ou qualquer coisa. Vou vender algumas coisas e procurar trabalho.”

Nesta altura, o projeto terapêutico era o seguinte:

- Acompanhamento pela assistente social
- Continuar a frequentar o hospital de dia de psiquiatria
- Psicoeducação ao utente e família em consulta comunitária de enfermagem
- Medicação peros e intramuscular (neuroletico depot) com supervisão de enfermagem
- Visita domiciliária ao utente e família

## **8. Primeira consulta de enfermagem após a alta**

Utente apresentou-se lentificado, reservado, verbalizando muita dificuldade em frequentar o hospital de dia: “Não consigo acordar de manhã, não tenho despertador...” Demonstrou contacto fugidio, evitante, com dificuldade em falar sobre os problemas e aprofundar os assuntos. Referiu muitas dificuldades económicas na gestão da vida doméstica e já ter procurado trabalho sem êxito. Não frequentou o hospital de dia após a alta, embora a família e instituição o tenham ajudado a adquirir o passe para transportes públicos. Ficou evidente que o utente não identifica o projeto em hospital de dia como vantajoso para ele e revelou muita dificuldade em participar no plano terapêutico.

A filha do utente, como previsto na primeira reunião de família não tentou qualquer aproximação ao pai e isso foi respeitado. A irmã, única pessoa de referência que tem neste momento, acreditava que o projeto em hospital de dia era muito importante para o irmão salientando que “era muito bom para ele não se isolar, estar com outras pessoas e também ajudava na alimentação e na medicação, que lá seriam gratuitas. Estamos com muitas dificuldades económicas. Não compreendo porque ele não consegue ir para o hospital de dia.”

Foi feita orientação e aconselhamento sobre a importância de integrar o projeto em hospital de dia e as vantagens para a sua saúde. Tentámos, em conjunto, perceber as dificuldades que o levavam a não aderir a este projeto mas, mesmo depois de muito esclarecimento e insistência, o utente não reconhecia que este projeto em hospital de dia o ajudava. “Não quero ir. Não me sinto bem lá, Não quero ir. Tenho muitas coisas para tratar. Acho que não preciso. Não gostei muito do que faziam lá. Prefiro vir aqui e faço a medicação”, afirmou o senhor A.

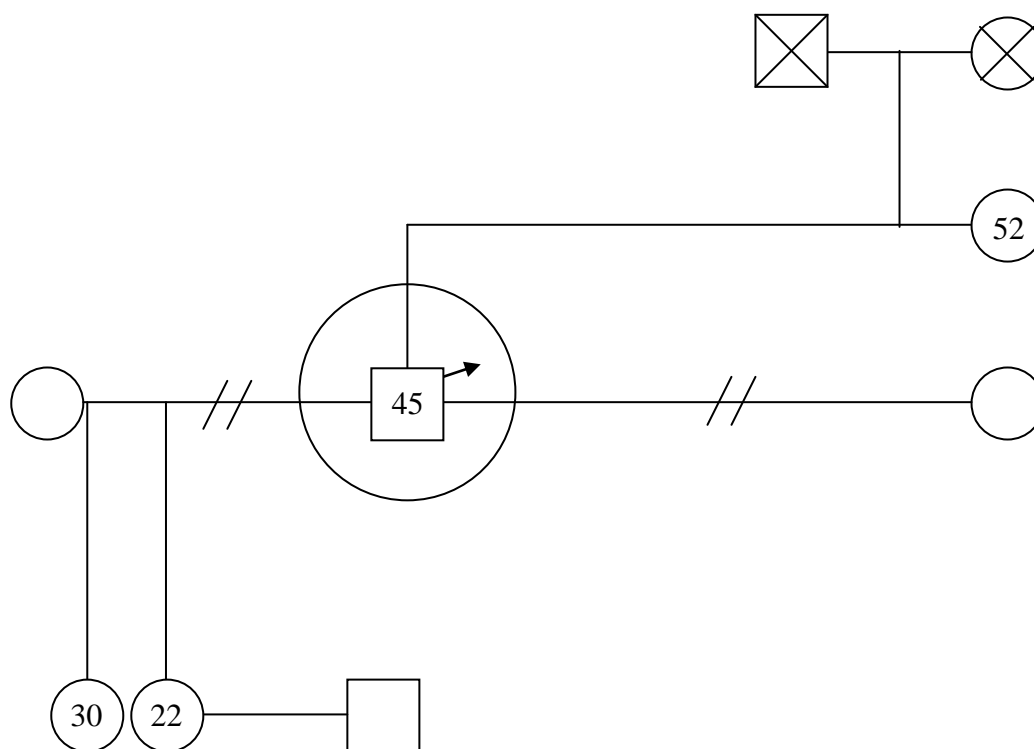
A irmã ficou triste, verbalizando, sem a presença do irmão, sentimentos de desesperança: “O meu irmão continua a isolar-se, muito frio, sem emoções, sem sentimentos. Sinto uma frieza... Quer é despachar-me. Nesse aspeto não melhorou no hospital. O médico disse-me disse-me que ele ia melhorar das emoções mas eu acho-o quase igual.”

A irmã tentou motivá-lo e explicou-lhe que, sozinha, não conseguiria ajudá-lo: “Tenho muitas dificuldades. Não posso pagar-te as coisas. Se não colaborares não sei se vou continuar a ajudar-te. Tens de fazer uma parte e deixar que te ajudem.”

Planeámos visita domiciliária para perceber a situação no domicílio. Esta família é também acompanhada pela assistente social com a qual reunimos. O utente aguarda o rendimento de reinserção social, tem ajuda do Banco Alimentar e da irmã para a alimentação e o hospital fornece-lhe a medicação. O seguimento desta família continua para além do período do estágio. Na última entrevista com a irmã, esta verbalizou não se sentir segura para acolher o irmão na sua casa: “Sofri muito por causa da doença dele. Já o ajudei muito. Agora têm de me ajudar porque eu não o quero ver mal mas não posso que ele volte a morar comigo.”

Todas as intervenções estão sistematizadas, segundo a nomenclatura da NANDA, nos quadros seguintes ao genograma.

## 9. Genograma



<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Tensão relacionada com o papel de cuidador (p. 960 NIC)</b>
Definição	Dificuldade sentida ou demonstrada pelo cuidador para desempenhar o papel de cuidador da família
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecimento sobre a doença</li> <li>• Baixas expectativas em relação às melhorias e desgaste, devido a reincidência nas recaídas</li> <li>• Dificuldades económicas e de disponibilidade</li> <li>• Afastamento afetivo e abandono do familiar durante o último ano</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em perceber os sintomas</li> <li>• Revolta, zanga e desesperança</li> <li>• Comunicação pouco eficaz</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Escutar ativamente (p. 623 NIC) – Prestar atenção e dar sentido às mensagens verbais e não verbais do cliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer o propósito da interação</li> <li>• Mostrar interesse pela família</li> <li>• Encorajar a expressão dos sentimentos</li> <li>• Estar totalmente na interação sem preconceitos, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações</li> <li>• Mostrar sensibilidade às emoções</li> <li>• Escutar mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa</li> <li>• Estar atento ao “não dito”, à mensagem não verbal que acompanha as mensagens ditas</li> <li>• Estar atento ao tom, tempo e volume e inflexão da voz</li> <li>• Identificar temas predominantes</li> <li>• Determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre as atitudes, experiências e situação atual</li> <li>• Esclarecer a mensagem e reavaliar a compreensão dessa mensagem</li> <li>• Evitar barreiras ao escutar ativamente (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente)</li> </ul> <p><b>Apoio ao cuidador (p. 333 NIC) – Informações necessárias, amparo e apoio para facilitar o cuidado primário ao utente pelo familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o nível de conhecimento do cuidador e a aceitação do papel de cuidador</li> <li>• Aceitar a expressão de sentimentos negativos</li> <li>• Identificar elementos positivos e negativos do cuidador</li> <li>• Determinar a dependência do utente em relação ao cuidador</li> <li>• Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades conforme apropriado</li> <li>• Monitorizar os problemas de interação familiar relacionados com os cuidados ao utente</li> </ul>

- Oferecer informação sobre a situação de saúde do utente com o seu consentimento
- Ensinar ao cuidador formas de ajudar o utente
- Oferecer acompanhamento e assistência ao cuidador através de reuniões, telefonemas e cuidados na comunidade
- Identificar fatores de stress
- Ensinar técnicas de controlo de stress
- Informar o cuidador dos recursos comunitários dos cuidados de saúde e da sua acessibilidade
- Substituir o cuidador caso a sua sobrecarga se torne aparente

**Aconselhamento (p. 191 NIC) – Processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, nos problemas ou sentimentos de utentes e pessoas significativas para aumentar ou apoiar as capacidades de coping, solução de problemas e relações interpessoais**

- Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeito, empatia e autenticidade
- Encorajar a expressão de sentimentos
- Identificar o problema ou situação que causa o sofrimento
- Usar técnicas de reflexão e de esclarecimentos que facilite a expressão das preocupações
- Ajudar a família a priorizar as possíveis alternativas ao problema
- Identificar as diferenças entre a visão que a família tem sobre a situação e a visão da equipa de saúde
- Encorajar o desenvolvimento de novas competências

**Mobilização (p. 434 NIC) e promoção do envolvimento familiar (p. 432 NIC) – Utilização de aspetos positivos da família para influenciar a saúde do familiar doente e facilitação da participação da família no cuidado emocional e físico**

- Escutar os membros da família (irmã e filha)
- Estabelecer relação de confiança
- Identificar capacidades e recursos físicos e emocionais dos membros da família para se envolverem no cuidado da pessoa doente
- Identificar expectativas da família (incluindo a pessoa doente)
- Encorajar o cuidado por membros da família durante a hospitalização
- Facilitar a compreensão da família quanto aos sintomas e eventos precipitantes
- Perceber as crenças da família em relação à doença
- Perceber sintomas físicos de stress nos membros da família
- Identificar e respeitar os mecanismos de coping da família
- Encorajar as relações familiares
- Auxiliar o principal cuidador a adquirir outros recursos necessários (pensão, alimentos, medicamentos, etc.)
- Discutir aspetos positivos e recursos da família

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar atual situação familiar</li> <li>• Informar sobre o processo de doença do familiar</li> <li>• Determinar de que forma o comportamento da pessoa doente e dos familiares se influenciam mutuamente</li> <li>• Aconselhar a família sobre competências de coping eficazes</li> <li>• Estabelecer metas realistas com a família (onde se inclui a pessoa doente)</li> <li>• Identificar recursos comunitários que podem ser utilizados para melhorar a saúde de todos</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Adaptação do cuidador ao internamento do familiar numa unidade de psiquiatria (2200) p. 153</b>		
Definição	Adaptação do cuidador ao novo papel quando o familiar é internado em psiquiatria		
Escala	1. Nenhum(a); 2. Limitado(a) ; 3. Moderado(a); 4. Substancial; 5. Extensivo(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção da relação entre utente e familiar cuidador (220004) .....</li> <li>• Participação nos cuidados conforme desejado (220003) .....</li> <li>• Procura de informação por parte do cuidador familiar sobre as rotinas do internamento (220012) .....</li> <li>• Comunica com a equipa de saúde (220005) .....</li> <li>• Confiança nos cuidadores da equipa de saúde (220001) .....</li> <li>• Ausência de culpabilidade do cuidador familiar (220007) .....</li> </ul>	2 1 2 1 2 2	4 3 4 4 4 4
NOC (código)	<b>Saúde emocional do (familiar) cuidador (2506) p. 459</b>		
Definição	Sentimentos, atitudes e emoções do familiar cuidador enquanto cuida do membro da família durante um período prolongado		
Escala	1. Extremamente comprometido(a); 2. Substancialmente comprometido(a) ; 3. Moderadamente comprometido(a); 4. Levemente comprometido(a); 5. Não comprometido(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livre de ambivalência a respeito da situação (250609) .....</li> <li>• Sensação de controlo (250602) .....</li> <li>• Livre de ressentimentos (250605) .....</li> <li>• Livre de sobrecarga percecionada (250613) .....</li> <li>• Livre de depressão (250607) .....</li> <li>• Livre de frustração (250608) .....</li> </ul>	1 2 3 3 3 1	4 4 4 3 4 4

NOC (código)	<b>Relação cuidador/paciente (2204) p. 453</b>		
Definição	Interações e ligações positivas entre cuidador e recetor de cuidados		
Escala	1. Extremamente comprometido(a); 2. Substancialmente comprometido(a) ; 3. Moderadamente comprometido(a); 4. Levemente comprometido(a); 5. Não comprometido(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	• Comunicação eficaz (220401) .....	2	4
	• Afetividade e afirmação (220405).....	3	4
	• Paciência (220402) .....	2	4
	• Comprometimento a longo prazo (220408) .....	2	3
	• Solução cooperativa de problemas (220411) .....	2	4
	• Aceitação mútua (220409) .....	3	4
	• Outro: Relação de confiança (220414) .....	2	5

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Processo de pensamento alterado (p. 952 NIC)</b>		
Definição	Estado no qual o indivíduo vive uma disrupção nas operações e atividades cognitivas		
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração neurofisiológica (esquizofrenia)</li> <li>• Conflitos psicológicos</li> </ul>		
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideias delirantes erotomaníacas e persecutórias</li> <li>• Comportamento social desadequado (isolamento e afetos alterados)</li> <li>• Desorganização nas atividades da vida diária</li> </ul>		
Intervenções e atividades	<p><b>Suporte emocional (p. 398 NIC) – Provisão de segurança, aceitação e suporte durante o período de stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com o utente as experiências emocionais</li> <li>• Auxiliar o cliente a reconhecer sentimentos de ansiedade, raiva e tristeza e encorajá-lo a expressar esses sentimentos</li> <li>• Encorajar o diálogo e oferecer segurança e proteção nos períodos de maior ansiedade</li> <li>• Discutir as consequências dos sentimentos e das crenças</li> </ul> <p><b>Controlo de ideias delirantes – Promoção de conforto, segurança e orientação para a realidade do utente com ideias falsas, irreais e solidificadas (p. 344 NIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação de confiança e autenticidade</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar discutir sobre as falsas crenças e não reforçar as ideias delirantes</li> <li>• Encorajar o utente a falar das crenças delirantes com outros da sua confiança (família)</li> <li>• Auxiliar o utente a identificar situações em que as ideias delirantes são socialmente inaceitáveis</li> <li>• Monitorizar o conteúdo das ideias</li> <li>• Focalizar a atenção nos sentimentos subjacentes mais do que ao conteúdo do delírio</li> <li>• Proporcionar reforço positivo e incondicional</li> <li>• Verbalizar o reconhecimento dos medos e sentimentos do utente</li> <li>• Administrar medicamentos conforme prescrição médica</li> <li>• Reconhecer e aceitar as perceções e interpretações da realidade que o utente apresenta</li> <li>• Declarar o percebido de maneira clara e segura, não defensiva nem argumentativa</li> <li>• Promover expetativas otimistas mas realistas</li> <li>• Oferecer ensino sobre a medicação</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Controlo de pensamento distorcido (1403) p. 268</b>		
Definição	Autocontenção de rotura da perceção, processos e conteúdo do pensamento		
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza a frequência das alucinações e delírios (140304) .....</li> <li>• Solicita a validação da realidade (140307) .....</li> <li>• Interage adequadamente com os outros (140309) .....</li> <li>• Evidencia pensamento baseado na realidade (140312) .....</li> <li>• Evidencia conteúdo adequado de pensamento (140313) .....</li> <li>• Evidencia capacidade para captar as ideias dos outros (140314).....</li> <li>• Outro: Faz crítica à sua situação de saúde (140315) .....</li> </ul>	3	3
		2	3
		2	4
		2	4
		3	4
		2	4
		1	3

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Coping familiar comprometido (p. 914 NIC)</b>
Definição	Pessoa significativa (membro da família) que habitualmente apoia a pessoa doente dá apoio, conforto e assistência insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários ao cliente para administrar tarefas adaptativas relacionadas com desafios de saúde
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraco suporte de retorno, do cliente à pessoa significativa</li> <li>• Informação e compreensão inadequados por parte da pessoa de suporte</li> <li>• Preocupação temporária da pessoa significativa que está a tentar gerir conflitos emocionais e sofrimento pessoal e é incapaz de se dar conta ou atuar com eficácia em relação às necessidades do utente</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão de preocupação e queixa por parte da pessoa doente em relação ao cuidador</li> <li>• Preocupação do familiar em relação às suas reações (medo, culpa, ansiedade) em relação à doença e situação atual</li> <li>• Descreve conhecimentos inadequados que interferem em comportamentos de suporte</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Mobilização familiar (p. 434 NIC)</b> Ver atrás intervenções para o diagnóstico "Tensão relacionada com o papel de cuidador"</p> <p><b>Suporte à família (p. 427 NIC) – Promoção dos valores dos interesses e das metas da família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação empática e de confiança</li> <li>• Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos</li> <li>• Responder a todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas</li> <li>• Identificar a coerência entre as expectativas do utente, da família e do profissional e reduzir as discrepâncias entre as expectativas por meio de habilidades de comunicação</li> <li>• Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos usados pela família e oferecer feedback sobre estes mecanismos</li> <li>• Aconselhar a família a respeito de outras competências de coping importantes</li> <li>• Dar à família conhecimentos necessários quanto à doença e às opções que a ajudarão na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde</li> <li>• Incluir a família e utente nas decisões sobre os cuidados, quando adequado</li> <li>• Alimentar a persistência da família na busca de informação</li> <li>• Dar ao paciente cuidados, substituindo a família, de forma a aliviar quando esta está incapaz de oferecer cuidados</li> <li>• Disponibilizar apoio, informando como contactar a enfermeira</li> <li>• Fazer contactos telefónicos de monitorização da situação</li> <li>• Avaliar reação emocional da família à condição do utente</li> <li>• Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família</li> <li>• Dar esperança de forma realista</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvir as perguntas, os sentimentos e preocupações</li> <li>• Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o utente e a família ou entre membros da família</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Participação familiar no cuidado profissional (2605) p. 428</b>		
Definição	Envolvimento da família no processo de decisão, avaliação e ajuda nos cuidados prestados por profissionais		
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	• Participa nos cuidados (260502) .....	2	4
	• Dá informações relevantes (260503) .....	4	5
	• Obtém informações necessárias (260504) .....	2	4
	• Identifica fatores que afetam os cuidados (260505) .....	3	4
	• Define necessidades e problemas relevantes para os cuidados (260507) .....	3	3
	• Toma decisões quando o doente não consegue fazê-lo (260508).....	2	3
	• Outro: Mantém ligação a médio prazo com a equipa de saúde (260512) .....	2	4

**Anexo III**  
**CASO 2**

## **CASO 2 – Senhora B**

### **1. Identificação da pessoa doente internada no Serviço de Psiquiatria**

A senhora B tem 62 anos e a 4.<sup>a</sup> classe, é casada, tem dois filhos, vive com o marido e é doméstica.

### **2. História de saúde atual**

No segundo dia de estágio no internamento foi identificada necessidade de intervenção familiar. A senhora B foi internada pela primeira vez em psiquiatria, por quadro de agitação, desorganização nas atividades de vida diária, inquietação, ansiedade, insónia, solilóquios e humor misto. Antes de ser internada estava a ser acompanhada em médico de família por sintomas de depressão e medicada com antidepressivos. Tem diabetes tipo 2, faz medicação peros, estando compensada.

Cinco dias após ter sido internada, o marido faleceu por enfarte. Os filhos foram aconselhados pelo médico a não informar a mãe devido ao quadro clínico. Tive conhecimento da história clínica da senhora B e do falecimento do marido durante a reunião de passagem de casos entre o internamento e a equipa comunitária. Nessa reunião não foi abordado o problema da utente ainda não ter conhecimento do óbito do marido, facto esse que deu origem à minha intervenção.

O contacto com a situação que irei descrever partiu de um problema identificado pelo enfermeiro responsável pela utente, nesse turno. O enfermeiro informou-me que os filhos estavam frequentemente apelativos, ansiosos para falar com a médica sem conseguirem e pediam ajuda e aconselhamento para dar a notícia à mãe, do falecimento do pai. Referiam que não suportavam mais “enganar” a mãe, sempre que a visitavam.

No sentido de compreender melhor o problema, o enfermeiro solicitou a minha ajuda por ter conhecimento de que os meus objetivos de estágio estavam direcionados para a ajuda às famílias.

Neste momento, pensei que toda a equipa (onde me incluo) tinha esquecido um acontecimento importante – o falecimento do marido da senhora B – e de como isso poderia afetar o processos de saúde de toda a família. Hanus (1994, p. 29), citado por Chalifour (p. 214), salienta que “o luto é sempre penoso e doloroso e a este sofrimento é possível consignar uma vertente negativa... a dor psicológica, o desgosto, a aflição”. Estávamos preocupados com a estabilização do quadro clínico e não pensámos que o facto de o marido não a visitar e esta não estar informada da sua morte eram fatores importante a ter em conta. A ajuda era direcionada para o sintoma e a visão holística da pessoa doente e família ficou em segundo plano. Não estávamos atentos ao todo/pessoa, centrando os cuidados em uma das partes e identificando necessidades sem a participação e família.

Peplau (1990) defende que “as metas a serem atingidas deverão ser estabelecidas pelo enfermeiro e pelo paciente” porque se os objetivos não forem coincidentes os resultados não serão os melhores. Esta teórica salienta a importância do papel da família nas mudanças, mesmo em ambiente hospitalar. A autora explica que muitas vezes achamos que utentes são apenas o nosso “público” e não os percebemos como figuras centrais no projeto terapêutico, esquecendo as suas reais necessidades.

Para que os cuidados respondam as verdadeiras necessidades é importante que sejam prestados de modo “personalizado e em contexto relacional, onde cuidar é ajudar a viver” (Collière, 1989). Se a utilização de técnicas – como, por exemplo, administração de medicação – não for integrada no processo relacional, com grande atenção às emoções, e não respeitar o ser humano global, o cuidado perde valor. O interesse pela doença não pode ofuscar o interesse pela pessoa e as suas emoções, pondo em causa qualidade e eficácia dos cuidados. Goleman (2006) defende que “na terra dos doentes as emoções reinam como soberanas. (...) Sentimo-nos fracos impotentes e vulneráveis” (p. 214). Este autor dá grande relevo à importância dos cuidados de saúde incluírem “intervenções emocionais” e que estas “deveriam ser prática normal no tratamento...” (p. 215). Considera ainda que “ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores – ira, ansiedade, depressão pessimismo e solidão – é uma maneira de prevenir a doença” (p. 238).

### **3. Planeamento da entrevista familiar**

Quando planeei marcar uma entrevista com esta família, o objetivo principal era conhecer melhor o problema e ajudá-la na resolução da crise que resultou do internamento de um dos elementos da família e, no mesmo período, o falecimento de outro.

Wright e Leahey (2002) evidenciam que uma das indicações para avaliação da família é quando esta “está vivenciando um sofrimento físico e/ou espiritual ou rupturas causados por uma crise familiar (por exemplo doença aguda, lesão ou óbito)” (p. 17). As mesmas autoras sugerem que, para planejar uma reunião com a família, a enfermeira deve “determinar a finalidade e benefício da reunião familiar sob a perspetiva da família” (p. 119).

Tinha sido informada pelo enfermeiro e pelo médico que a família expressava grande ansiedade e stress que se relacionavam com a passagem por um estado de luto dos filhos e a dificuldade na relação e comunicação com a mãe que, além de estar num processo de doença psiquiátrica, desconhecia o falecimento do marido.

Combinei com os enfermeiros e com o médico que, após entrevista com a senhora B, iria avaliar a necessidade de ajuda da família, marcando uma reunião com esta.

Nesse momento, fiz uma entrevista à utente de forma a avaliar o estado mental e criar uma relação empática e de confiança. É pela confiança mútua (Watson, 2002), que o cuidado acontece e,

através da partilha de informação sobre a situação, surgem alternativas e respostas que vão direcionar os cuidados para as reais necessidades das pessoas.

A senhora B estava orientada, com discurso organizado, mas referia: “Ainda me sinto tonta e baralhada e tenho cá dentro ansiedade, mas menos. Acho que estou a melhorar”. Quando falámos sobre a família e quem a vinha visitar, chorou e disse: “Estou muito preocupada porque o meu marido está doente, nem me pode visitar. Sabe, ele tem diabetes, os meus filhos dizem que ele piorou e não consegue vir cá...” Percebi que este facto lhe causava muito sofrimento e disponibilizei-me para falar com a família, o que ela aceitou. Informei que o seguimento após a alta seria na consulta comunitária onde sou enfermeira, e que fazia parte de uma equipa que a iria acompanhar, se ela assim o desejasse. Contactei os filhos e marcou-se entrevista para esse dia às 18 horas.

#### **4. Entrevista com a família (filhos)**

Sabendo que esta família estava a passar por uma situação de luto recente, com a morte do pai, e ao mesmo tempo vivia a adaptação à doença e internamento da mãe em psiquiatria, comecei por fazer uma escuta ativa, depois de nos apresentarmos. Chalifour (2006, p. 245) argumenta que “a melhor maneira de ajudar uma pessoa enlutada é, sem dúvida, oferecer-lhe uma escuta ativa que se inspira numa abordagem existencial-humanista”. A empatia não surge do nada. É construída ao longo do processo comunicacional. Dias (2006) argumenta que “saber ouvir, a chave da empatia, é crucial para a competência na comunicação” (p. 145).

Os filhos (filha de 35 anos e filho de 42 anos) estavam tristes, angustiados e descontentes com o facto de não terem tido a ajuda que necessitavam para a situação difícil que atravessavam. Afirmavam: “Não conseguimos falar com ninguém que nos aconselhe sobre o que fazer, se damos a notícia enquanto ela está no hospital ou se esperamos pela alta. Custa-nos muito estar a mentir à nossa mãe e, por outro lado, pensamos que ela está no sítio certo para receber uma má notícia porque, se tiver uma recaída e ficar mais nervosa, terá a vossa ajuda.” A família sentiu necessidade de relatar todo o processo que levou ao internamento da mãe, o episódio do falecimento do pai e as dificuldades que estavam a sentir ao visitar diariamente a mãe, por terem de lidar sempre com as perguntas dela sobre o pai. Foi durante este relato que a escuta teve um papel central na construção da empatia. Lazure (1994) afirma, nas sugestões para escutar eficazmente, que

“a enfermeira deve fazer silêncio dentro de si própria e fazer calar essa vozinha interior que faz juízos de valor e que tem medo de não saber o que dizer (como se houvesse sempre necessidade de dizer algo). É esta mesma voz que tenta fazer crer que uma boa enfermeira deve saber responder a tudo imediatamente e tudo fazer para não parecer incompetente” (Lazure, 1994, p. 17).

Depois de compreender o pedido de ajuda, levantaram-se outras questões. Uma delas relacionada com a hipótese de a mãe solicitar alta a pedido após saber da notícia, estando ainda numa situação que necessitava de cuidados hospitalares. Outra possibilidade seria ela iniciar o processo de luto fora do seu ambiente social e familiar, onde os afetos da família são fundamentais e não substituíveis por um hospital nem pelos seus técnicos. Foi partindo da escuta e do relacionamento que se estabeleceu ao longo da entrevista que a família foi construindo alternativas, sentindo-se apoiada e compreendida e conseguindo mais segurança e amparo nas suas decisões.

A meio da entrevista a família expressou estar mais aliviada e tranquila: “Foi muito bom falar sobre isto tudo e ter alguém que nos oriente, nos ajude e compreenda a nossa dificuldade em resolver esta situação... e principalmente esteja próximo de nós quando falarmos com a nossa mãe.”

Chalifour (2009) defende como estratégia terapêutica o “tranquilizar” e salienta que “tranquilizar é, sem dúvida, a estratégia terapêutica relacionada mais intimamente com a terapia de suporte” (pág. 280). O mesmo autor explica que a tranquilidade é um estado de espírito que tem como objetivo “restaurar numa pessoa um estado de confiança ou segurança” (pág. 281).

Peplau (1990) defende que é no relacionamento enfermeiro/utente que a ação da enfermagem se reflete em mudanças funcionais de carácter qualitativo e ganhos positivos. “A postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que a pessoa vai aprender durante o processo de cuidados (...); e a ajuda (...) é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianas”.

Foi partindo destes pressupostos que toda a intervenção se orientou. Pela escuta fui facilitando um espaço para a expressão de sentimentos que iam “desenhando” a situação vivida por toda a família e que se relacionava com o internamento da mãe, a morte do pai a dificuldade em comunicar a notícia à mãe. A partilha de acontecimentos recentes difíceis e marcantes pode ajudar a tomar consciência dos sentimentos a eles associados.

Damásio (2005) refere que “O sentir constitui, a pedra angular para a etapa seguinte – o sentimento de *conhecer* que sentimos”, e acrescenta que este *conhecer* é aspeto fundamental no planeamento de respostas específicas. “Sentir os sentimentos prolonga o alcance da emoção, ao facilitar o planeamento de formas de resposta adaptativas, originais e feitas à medida da situação” (p. 325). Quando o enfermeiro possibilita essa tomada de consciência está em relação de ajuda.

Mas para que essa interação se constitua numa relação terapêutica, Rogers (1985) identificou algumas características fundamentais e necessárias: congruência, autenticidade, aceitação incondicional, consideração positiva e empatia e que para isto acontecer o terapeuta deve

interessar-se de modo atento pelas palavras do cliente – “prestar atenção”. Mais do que pelas técnicas ou instrumentos que utiliza, o terapeuta define-se pelas atitudes que transporta para a relação e que constituem o verdadeiro fator impulsionador da mudança (Borja Santos, 2004). E quais foram as minhas atitudes nesta relação? Como as consigo identificar? O que vai moldar as atitudes na relação terapêutica é fortemente influenciado pela auto-consciência, que Goleman (2006, p. 65) reconhece como “pedra-base da inteligência emocional”. Este autor defende que a gestão apropriada das emoções do outro e a empatia nascem do auto-conhecimento. Nesta perspectiva, Heesben (2001) refere que “a qualidade dos cuidados é fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida. Da qualidade que desejam, ou seja, do profundo desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executem. Da riqueza do olhar e da sua motivação para a qualidade” (p. 68). Terão sido estas as minhas atitudes?

Vários teóricos reconhecem que a auto-consciência é central no processo terapêutico, sendo mesmo uma das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Na relação de ajuda, a comunicação, na sua forma e conteúdo, é determinante e está intimamente relacionada com o auto-conhecimento e a personalidade. Phaneuf (2000) refere que no processo de cuidados “(...) comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se na relação consigo próprio” (p. 22). É dessa relação connosco que a consciência dos nossos sentimentos surge. Fui tentando, pela reformulação e clarificação, que a família tomasse consciência das decisões que, para eles, seriam as mais ajustadas. Wright e Leahey (2002) referem que, no estadio de avaliação da família, a estratégia de “soluções experimentadas e exploração de objetivo” desenvolve-se através do diálogo sobre as soluções, os efeitos sobre as questões apresentadas e as alterações e resultados que a família procura. Esta estratégia é adequada sempre que o enfermeiro é confrontado com pedidos para ajudar a tomar decisões. Fazer as pessoas pensarem e verbalizarem os seus sentimentos sobre a situação vai permitir-lhes reorganizarem-se e, informadas, optarem por soluções adequadas.

Os filhos decidiram dar a notícia à mãe. Depois da decisão tomada, a filha continuou a verbalizar não estar preparado para fazer a comunicação nesse dia. “Hoje não estou preparado para isto, ainda que queira muito contar-lhe. Hoje não consigo...”

Na altura em que a família solicitou a minha presença e ajuda para o dia seguinte, quando iriam falar com a mãe, eu informei que não poderia estar presente. Sugeri falarmos com o enfermeiro responsável pela mãe nesse turno, para percebermos quem estaria no dia seguinte com eles. Expliquei que os enfermeiros do internamento estavam muito próximo da mãe, eram eles que a tinham ajudado desde o primeiro dia e que foram eles que me alertaram para esta necessidade de ajuda. Iríamos combinar todo o procedimento com eles. A família aceitou e reunimos com o

enfermeiro, que eles já conheciam e que estava também no dia seguinte de serviço. Expus a situação e em conjunto planeamos a intervenção do dia seguinte. A família pareceu-nos mais tranquila e aliviada por saber que o problema estava a ser compreendido e agradeceu. “Agradecemos muito a vossa ajuda. É um peso que nos vai sair de cima.”

Esta intervenção, integrada num período reduzido de estágio, é muito importante não estar desarticulada da equipa que ajuda esta família na minha ausência e que identificou o problema.

Pensei que seria positivo alguém da equipa – e de preferência o enfermeiro que conhecia há muito mais tempo esta família – participar na continuidade desta intervenção porque assim também aproximava a família da equipa do internamento e não detinha em mim o “poder de solucionar” o problema. Com isto também permitia que a família não ficasse dependente de mim, e que, noutras situações de pedidos de ajuda, o enfermeiro responsável pela senhora B fosse também uma pessoa de referência no processo terapêutico.

Falei com o enfermeiro no dia seguinte, que me comunicou o que decorreu na continuidade da intervenção. Informou-me que a senhora B ficou chorosa e triste ao saber da morte do marido. Proporcionou-se um espaço privado para ela estar com os filhos. Estes agradeceram, referindo estarem aliviados e mais disponíveis para ajudar a mãe e resolver os problemas familiares.

## **5. Sentimentos ao longo da intervenção**

Antes de iniciar a entrevista houve um sentimento de preocupação e medo que se relacionava com o facto de “eu achar” que a senhora B, ao receber a notícia fora do seu ambiente familiar, por estar internada, ficasse mais vulnerável ao sofrimento do luto, não estando próxima dos afetos da família. Ao longo desta reflexão, percebi que esse era um sentimento meu e que o estar atenta e respeitar o que a família desejava me permitiu não “transferir” esse sentimento para a utente. Os filhos consideraram que a mãe, embora não estivesse com eles, estaria protegida por estar internada. “Ela vai sofrer quer esteja em casa ou aqui. O que achamos importante é que ela saiba a verdade”, disseram.

O meu receio de que o estado da senhora B se agravasse após saber da morte do marido e de que, em vez de ajudar a família, poderia levá-los a uma situação mais complicada, em que a utente pedisse alta. Quando a família me questionava – “Ajude-nos a decidir se contamos ou não”, “O que acha que devemos fazer?”, “Qual é a melhor maneira de dar a notícia?”, “Acha que a notícia a vai pôr pior?” –, tive alguma dificuldade em gerir os meus sentimentos de impotência perante a situação, por não saber quais as respostas mais ajustadas, sentindo insegurança e ambivalência.

Um dos filhos era mais expressivo, revelando, tristeza (choro), zanga e muita revolta – não permitindo, no início, que a irmã falasse –, ao contrário da irmã, que mantinha longos silêncios e uma expressão não verbal de grande tristeza. Tomei consciência de que essa necessidade de ambos

falarem era sentida por mim e fui percebendo que teria de valorizar o não verbal e deixar que ambos se expressassem de forma diferente, respeitando-os, sem os condicionar. A filha, no final, acabou por verbalizar um grande sofrimento e tristeza, sugerindo adiar a comunicação da notícia, por não estar preparada para o fazer nesse dia. A decisão foi respeitada pelo irmão, que manifestou compreensão e a apoiou.

## **6. Reunião com a família para preparação da alta**

Planeei reunião de pré-alta com a senhora B, a filha e o filho, com os seguintes objetivos:

- Perceber como a utente vivia o seu processo de luto
- Compreender se a família estava informada sobre o tratamento e acompanhamento na consulta comunitária
- Perceber de que forma a família se organizou para receber em casa a utente no contexto atual de perda do marido
- Identificar os elementos da família que iriam ajudar na toma da medicação e no apoio nas atividades de vida diária da senhora B.

A família desconhecia a medicação e o modelo de seguimento em consulta. Foi informada sobre estes aspetos e decidiu-se organizar a medicação em caixas diárias com vigilância do filho, com quem iria viver a utente nos primeiros tempos após a alta.

Ambos os filhos, percebendo que mãe ainda não estava autónoma e capaz de se responsabilizar pela sua medicação, como confirmámos nesta reunião, tinham decidido utilizar alguns dias de apoio à família.

Nesta entrevista refletiu-se em conjunto sobre o impacto da chegada a casa e o confronto com a ausência do pai. Verbalizaram: “A nossa mãe está melhor mas receamos que, ao chegar a casa, as coisas mudem. Aqui está afastada do problema.” A utente salientou: “Eu sei que o meu marido morreu, embora não fale muito disso porque me quero tratar e ficar boa para poder seguir com a minha vida. Mas sei que os meus filhos me vão ajudar.” Chorava. Os filhos abraçavam a mãe, demonstravam afeto, referindo que a iriam apoiar e ficar sempre próximos dela. “Iremos com ela à consulta. Vamos dar-lhe a medicação. Não queremos que volte ficar como esteve, tão doente.”

Nesta altura, a utente apresentava alguma ansiedade, labilidade, embora o humor estivesse tendencialmente eutímico. Só nesse dia começou a cuidar da sua higiene sozinha e a estar mais atenta e concentrada em relação ao meio envolvente, fazendo alguma crítica à sua situação de saúde. “Já não tenho tonturas e aquela grande ansiedade cá dentro. Eu não sabia o que dizia e falava muito. Estava desorientada. Não me lembro de muitas coisas...” Não demonstrou interesse pelo motivo do internamento e focalizava-se no futuro, na toma da medicação e nas suas melhoras. Raramente falava da morte do marido mas quando o fazia demonstrava estar numa fase de aceitação, a última das cinco do processo de luto, segundo Kübler-Ross (1996).

Salientou-se a importância de cumprir a medicação de forma regular, de retomar as suas atividades de vida diárias e de estarem atentos a sinais/sintomas que identificámos como: insónia; dificuldade em fazer as suas tarefas habituais como cozinhar, higiene pessoal e estar inquieta ou desatenta. Também os filhos identificaram alguns sinais/sintomas que a mãe apresentou antes do internamento, quando começou a ficar doente e pediram informação sobre o que fazer, se voltasse a acontecer. Foram orientados para me contactar na consulta comunitária.

O papel que desempenhei em todo este processo está descrito na teoria de Peplau como “pessoa recurso”, que está relacionada com a necessidade de “respostas” que as pessoas têm e que envolvem sentimentos relacionados com problemas graves pela qual estão a passar.

Despedimo-nos e combinámos encontrarmo-nos na consulta comunitária de psiquiatria, após a alta, o que aconteceu e foi dado seguimento à intervenção planeada.

### **7. Competências desenvolvidas nesta intervenção**

Esta intervenção vai ao encontro dos meus objetivos de estágio, direcionados para intervenções familiares. Considerei que, ao planear esta interação de ajuda, iria desenvolver competências específicas de intervenção na crise familiar, desenvolvendo as seguintes atividades:

- (1) Acolhimento e entrevista com familiares da pessoa internada
- (2) Identificar necessidades de informação esclarecimento e apoio
- (3) Funcionar como pessoa de referência/gestor de caso ao longo do internamento fazendo ligação com outros elementos da equipa
- (4) Gerir situações de crise conflito familiar provocadas pelo internamento

Ao incrementar estas atividades, foi possível também desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental relacionadas com auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. No desenvolvimento profissional, esta interação proporcionou-me trabalhar competências emocionais e comunicacionais, que são fundamentais na estruturação das ações e no agir. Dias (2006) salienta a importância das competências emocionais, dizendo que estas “têm grande influência ao nível dos comportamentos, atitudes, formas de lidar com as situações e desempenho profissional” (p. 136). Ao refletir sobre esta intervenção, fui mobilizando saberes do âmbito do auto-conhecimento e do domínio afetivo que são pontos-chave das competências comunicacionais. Dias (2006) também defende que “as competências de comunicação interpessoal são aquelas que promovem a comunicação honesta e a aceitação positiva entre as pessoas” (ibidem). Esta autora justifica que os “saberes-fazer relacionais” tornam a pessoa capaz de realizar as suas atividades de forma competente no contexto profissional.

### **8. Consulta de enfermagem pós-alta**

Dez dias após a alta, a utente compareceu com a família (filhos) na consulta médica e de enfermagem, vestida de luto. Encontrava-se eutímica, bem disposta, orientada e organizada no

discurso e pensamento. Estava a residir com o filho, que a ajudava. A família disse estar “tudo a correr bem”. Confirmaram melhorias significativas no estado da mãe e que isso era muito importante para todos.

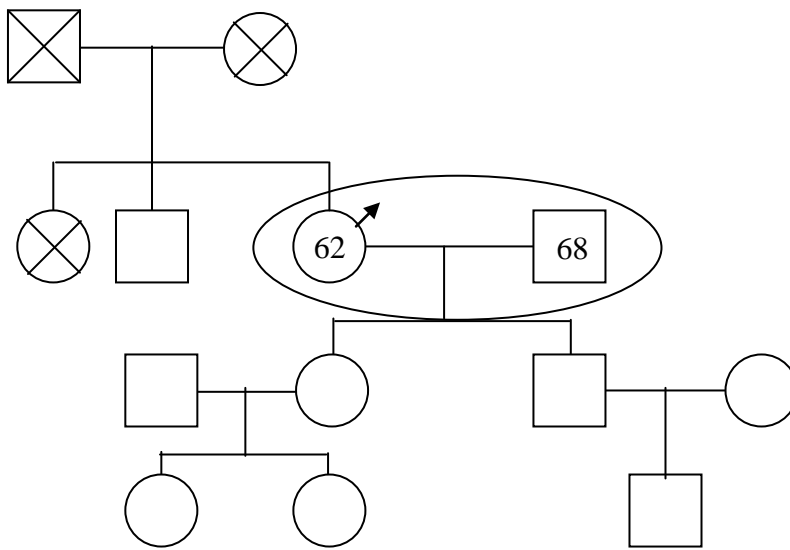
Embora com recurso à caixa semanal de medicação, a utente continuava a necessitar de vigilância por esquecimento na toma. A senhora B retomou todas as atividades de vida diária, embora sentisse dificuldade em estar sozinha e necessitasse de ajuda para organizar aspetos mais complexos da sua vida (ir às compras, pagar contas e tratar de outras burocracias, etc.).

O apoio prestado a esta família ajudou-a numa decisão difícil, que causava um comprometimento da estabilidade emocional, acumulado ao processo de luto. A escuta, o interesse e o respeito ajudaram à autodeterminação da família e a escolha da solução foi ao encontro das suas necessidades e desejos. Após avaliação em consulta comunitária e devido à estabilidade e reorganização familiar, terminei a intervenção de ajuda, informando a minha disponibilidade para os ajudar, se necessitassem. A senhora B passou a ser acompanhada apenas em consulta médica de psiquiatria.

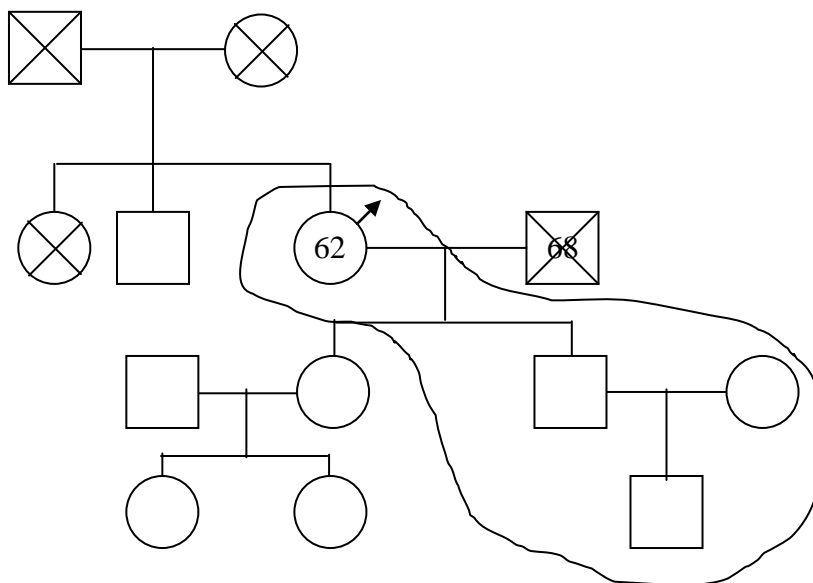
Todas as intervenções estão sistematizadas, segundo a nomenclatura da NANDA, nos quadros seguintes ao genograma.

## 9. Genograma

Aquando do internamento



Depois da alta



## 10. Referências bibliográficas

- BORJA SANTOS, Cecília (2004) - **Abordagem Centrada na Pessoa - Relação Terapêutica e Processo de Mudança**. Psilogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.
- CHALIFOUR, Jacques (2009) – **A Intervenção Terapêutica. Vol. 2 Estratégias de Intervenção**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-21-5.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 1.<sup>a</sup> edição. 5.<sup>a</sup> tiragem. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.
- DAMÁSIO, António (1999) – **O Sentimento de Si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. 8.<sup>a</sup> edição. Fórum da Ciência. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista (2006) – **Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributo para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado**. Lisboa: Lusociência.
- GOLEMAN, Daniel (2006) – **Inteligência Emocional**. Sant Vicenç dels Horts: Idea y Creación Editorial, SL.
- HEESBEN, W (2001) – **Qualidade em Enfermagem – Pensamento e ação na perspetiva do Cuidar**. Loures: Lusociência.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth (1996). **Sobre a morte e o Morrer**. 7.<sup>a</sup> edição. São Paulo: Martins Fontes.
- LAZURE, H (1994) – **Viver a relação: A relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta.
- PEPLAU, Hildegard E (1990) – **Relaciones interpersonales en enfermería**, 1.<sup>a</sup> edição. Barcelona: Salvat. ISBN 0-333-46112-6.
- PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- RENCA, Pedro FNN; GOMES, H. B. F.; VASCONCELOS, A. P. P. F. A.; e CORREIA, LM (2010) – **Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria**. Revista de Enfermagem Referência. III Série. n.º 2. Dez. 2010 (*artigo de investigação*).
- ROGERS, Carl (1985) – **Tornar-se Pessoa**. 7.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Moraes Editores.
- WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem pós-moderna e futura**. 1.<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1.
- WRIGHT, L e LEAHEY, M (2002) – **Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca.

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Processos familiares alterados (p. 953 NIC)</b>
Definição	Estado no qual uma família com funcionamento normal vive uma disfunção real
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transição de situação/crise (doença e internamento de um familiar)</li> <li>• Crise de desenvolvimento (perda de um membro da família)</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema familiar incapaz de satisfazer as necessidades emocionais dos seus membros</li> <li>• Família com dificuldade em adaptar-se a experiências traumáticas e dificuldade para ultrapassar a situação</li> <li>• Comunicação desadequada entre os membros da família</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Apoio à tomada de decisão (p. 340 NIC) – Dar informações e apoio ao cliente que está a tomar uma decisão a respeito de cuidados de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a existência ou não de diferenças entre a visão que o cliente (família) tem e a visão dos técnicos de saúde</li> <li>• Informar a família sobre o enfoque ou soluções alternativas</li> <li>• Ajudar a família a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa</li> <li>• Facilitar a tomada de decisão conjunta</li> <li>• Ajudar a família a explicar a decisão aos outros</li> <li>• Servir de ligação entre a família e o paciente</li> </ul> <p><b>Aconselhamento (p. 191 NIC) – Processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, nos problemas ou sentimentos de utentes e pessoas significativas para aumentar ou apoiar as capacidades de coping, solução de problemas e relações interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeito, empatia e autenticidade</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos</li> <li>• Identificar o problema ou situação que causa o sofrimento</li> <li>• Usar técnicas de reflexão e de esclarecimentos que facilite a expressão das preocupações</li> <li>• Ajudar a família a priorizar as possíveis alternativas ao problema</li> <li>• Identificar as diferenças entre a visão que a família tem sobre a situação e a visão da equipa de saúde</li> <li>• Encorajar o desenvolvimento de novas competências</li> <li>• Encorajar o processo de decisão quando a família está sob forte stress</li> </ul> <p><b>Suporte emocional (p. 398 NIC) – Dar segurança, aceitar e encorajar durante períodos de stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a família as experiências emocionais</li> <li>• Auxiliar a família no reconhecimento dos sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza e encorajá-lo a expressar esses sentimentos</li> <li>• Identificar com a família a forma usual de respostas de coping em situações de stress</li> <li>• Dar apoio na fase de sofrimento, negação e raiva</li> </ul>

- Encorajar o diálogo ou o choro como meios de resposta emocional
- Permanecer com a família, oferecendo segurança nos períodos de ansiedade
- Dar assistência ao processo de decisão

#### **Suporte à família (p. 427 NIC) – Promoção dos valores dos interesses e das metas da família**

- Estabelecer relação empática e de confiança
- Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos
- Responder a todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas
- Identificar a coerência entre as expectativas do utente, da família e do profissional e reduzir as discrepâncias entre as expectativas por meio de habilidades de comunicação
- Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos usados pela família e oferecer feedback sobre estes mecanismos
- Aconselhar a família a respeito de outras competências de coping importantes
- Dar à família conhecimentos necessários quanto à doença e às opções que a ajudarão na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde
- Incluir a família e utente nas decisões sobre os cuidados, quando adequado
- Alimentar a persistência da família na busca de informação
- Dar ao paciente cuidados, substituindo a família, de forma a aliviar quando esta está incapaz de oferecer cuidados
- Disponibilizar apoio, informando como contactar a enfermeira
- Fazer contactos telefónicos de monitorização da situação
- Avaliar reacção emocional da família à condição do utente
- Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família
- Dar esperança de forma realista
- Ouvir as perguntas, os sentimentos e preocupações
- Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o utente e a família ou entre membros da família

#### **Escutar ativamente (p. 623) – Prestar atenção e dar sentido às mensagens verbais e não verbais do cliente**

- Estabelecer o propósito da interação
- Mostrar interesse pela família
- Encorajar a expressão dos sentimentos
- Estar totalmente na interação sem preconceitos, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações
- Mostrar sensibilidade às emoções
- Escutar mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa
- Estar atento ao “não dito”, à mensagem não verbal que acompanha as mensagens ditas
- Estar atento ao tom, tempo e volume e inflexão da voz

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar temas predominantes</li> <li>• Determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre as atitudes, experiências e situação atual</li> <li>• Esclarecer a mensagem e reavaliar a compreensão dessa mensagem</li> <li>• Evitar barreiras ao escutar ativamente (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente)</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Coping familiar (2600) p. 326</b>		
Definição	Ações da família para gerir fatores de stress que sobrecarregam os recursos familiares		
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Seguidamente demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	• Enfrenta problemas (260003) .....	3	4
	• Envolve membros da família no processo de decisão (260006) .....	2	4
	• Expressa sentimentos e emoções livremente (260007) .....	2	4
	• Cuida das necessidades de todos os membros da família (260010) .....	2	4
	• Procura assistência, quando adequado (260016) .....	4	4
NOC (código)	<b>Solução do luto (1304) p. 465</b>		
Definição	Adaptação a uma perda real ou iminente		
Escala	1. Nenhum(a); 2. Leve; 3. Moderado(a); 4. Substancial; 5. Extensivo(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	• Expressa sentimentos sobre a perda (130401) .....	3	4
	• Verbaliza a aceitação da perda (130403) .....	4	4
	• Verbaliza a realidade da perda (130404) .....	4	4
	• Discute conflitos não resolvidos (130409) .....	3	4
	• Partilha a perda com pessoas significativas (130418) .....	3	4
	• Expressa expectativas positivas sobre o futuro (130421) .....	2	4
	• Outro: Relata distúrbios no sono (130422) .....	4	1

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Conflito de decisão: Informar um familiar internado sobre a morte de outro (p. 894 NIC)</b>
Definição	Estado de incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha envolve riscos, perda ou desafio a valores
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em decidir sobre uma situação de saúde que implica o indivíduo ou a família</li> <li>• Vivência de situações/crises de adaptação (luto)</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incerteza e dúvida ou ambivalência</li> <li>• Verbalização de preocupação sobre a situação</li> <li>• Ansiedade</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Apoio à tomada de decisão (p. 340 NIC)</b> Ver atrás as intervenções para o diagnóstico “Processos familiares alterados”</p> <p><b>Aconselhamento (p. 191 NIC)</b> Ver atrás as intervenções para o diagnóstico “Processos familiares alterados”</p> <p><b>Melhorar o coping (p. 406 NIC) – Auxílio ao cliente para adaptar-se a situações de stress, mudanças ou ameaças que interferem nos papéis da vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o impacto das situações de vida, papéis e relacionamentos</li> <li>• Avaliar e discutir respostas alternativas à situação</li> <li>• Abordagem calma e segura</li> <li>• Proporcionar atmosfera de aceitação</li> <li>• Ajudar o cliente a desenvolver uma avaliação objetiva da situação</li> <li>• Identificar as informações que o cliente tem mais interesse em obter</li> <li>• Dar ao cliente escolhas reais sobre aspetos dos cuidados</li> <li>• Compreender a perspectiva do cliente sobre a situação de stress</li> <li>• Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos</li> <li>• Encorajar envolvimento da família, conforme apropriado</li> <li>• Encorajar a família a verbalizar sentimentos sobre a pessoa doente</li> <li>• Ajudar o cliente a esclarecer ideias e avaliar o próprio comportamento</li> </ul>

<b>Resultados NOC</b>																
<b>NOC (código)</b>	<b>Tomada de decisão (0906) p. 473</b>															
<b>Definição</b>	Capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas															
<b>Escala</b>	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	<b>Avaliação</b>														
		Inicial      Final														
<b>Indicadores (código)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica informações relevantes (090601) .....</li> <li>• Identifica alternativas (090602) .....</li> <li>• Identifica potenciais consequências a cada alternativa (090603) .....</li> <li>• Identifica recursos necessários para apoiar cada alternativa (090604) .....</li> <li>• Reconhece contradições com outros desejos (090605) .....</li> <li>• Admite contexto social da situação (090606) .....</li> <li>• Escolhe entre as alternativas (090609) .....</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table>	2	4	3	4	2	4	2	4	3	4	2	5	2	5
2	4															
3	4															
2	4															
2	4															
3	4															
2	5															
2	5															

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Ansiedade (p. 882 NIC)</b>	
<b>Definição</b>	Sentimento vago e desconfortável cuja origem é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo	
<b>Fatores relacionados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crise situacional</li> <li>• Alteração do estado de saúde (Padrões de interação e desempenho de papéis)</li> </ul>	
<b>Características definidoras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão aumentada</li> <li>• Apreensão e incerteza</li> <li>• Verbalização de preocupações com os acontecimentos da vida</li> <li>• Desânimo</li> </ul>	
<b>Intervenções e atividades</b>	<b>Redução da ansiedade (p. 235 NIC) – Minimização da apreensão, receio, pressentimento ou desconforto relacionados com uma fonte não identificada de perigo antecipado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar uma abordagem clara e segura</li> <li>• Explicar os procedimentos relacionados com o tratamento e o período de internamento</li> <li>• Compreender a perspectiva do cliente sobre a situação temida</li> <li>• Dar informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer junto do cliente para promover a segurança</li> <li>• Escutar atentamente</li> <li>• Criar atmosfera que facilite a confiança</li> <li>• Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos</li> <li>• Ajudar o cliente a identificar situações precipitadoras da ansiedade</li> <li>• Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade</li> <li>• Identificar quando o nível de ansiedade se altera</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Controlo da ansiedade (1402) p. 258</b>		
Definição	Atos pessoais para eliminar a sensação de apreensão e tensão		
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	• Monitoriza a intensidade da ansiedade (140201) .....	4	4
	• Procura informação para reduzir a ansiedade (140204) .....	3	4
	• Planeia estratégia de coping para situações de stress (140205) .....	3	4
	• Outro: relata diminuição da ansiedade (140218) .....	2	5
	• Outro: relata manifestações físicas de ansiedade (140219) .....	4	2

**Anexo IV**  
**CASO 3**

## **CASO 3 – Senhor C**

### **1. Identificação da pessoa doente internada no Serviço de Psiquiatria**

O senhor C tem 32 anos, é natural de Cabo Verde, frequenta o 1.º ano do curso superior de Economia, é solteiro e vive com uma irmã. Reside em Portugal há cerca de 10 anos.

### **2. História de saúde atual**

O senhor C é acompanhado na consulta comunitária desde 2009. Tem o início da doença mental (transtorno bipolar tipo 1) aos 19 anos, com três internamentos em Cabo Verde e dois em Portugal.

O senhor C vive com a irmã. A mãe está ausente por longos períodos em trabalho mas mantém relação próxima e está presente durante os internamentos, disponibilizando-se para ajudar e demonstrando afeto. O pai foi assassinado há 10 anos e o irmão mais velho vive em Cabo Verde.

O utente já reprovou duas vezes o 1.º ano do curso superior de Economia. Quando fala sobre isso diz que será melhor interromper os estudos e arranjar um trabalho, por estar a depender da mãe, dando-lhe muitas despesas. Faz viagens frequentes a Cabo Verde, onde reside o irmão mais velho, com quem refere ter uma relação mais afastada e onde tem outros familiares e uma rede social consistente e alargada.

Durante a reunião semanal para passagem de casos entre a equipa da consulta comunitária e a equipa do internamento, fui informada do internamento do senhor C, por descompensação de doença bipolar tipo 1 com sintomas psicóticos graves. Nessa reunião identificou-se uma baixa adesão às consultas e terapêutica com necessidade de intervenções psicoeducativas ao utente e família.

Planeei uma entrevista com o utente e família, indo ao encontro dos objetivos do estágio:

- (1) Acolher e entrevistar familiares da pessoa internada
- (2) Identificar necessidades de informação, esclarecimento e apoio
- (3) Funcionar como pessoa de referência/gestor de caso ao longo do internamento, fazendo ligação com outros elementos da equipa
- (4) Gerir situações de conflito familiar provocadas pelo internamento/crise

O utente apresentava sintomatologia delirante persecutória e de grandiosidade, alterações graves do comportamento que motivaram internamento compulsivo. Na primeira semana de internamento surgiram muitos conflitos e dificuldades na comunicação entre equipa e família e também entre família e utente, por este apresentar uma forte ideação de alta e a família (mãe e irmã) não conseguir lidar com essa situação.

Fui informada de que a irmã com quem vive o senhor C tinha comportamentos de hostilidade, zanga e demonstrava grande ansiedade em relação ao internamento do irmão, não conseguindo comunicar com o irmão de forma ajustada, confrontando-o sobre a doença numa fase em que este não apresentava insight. Foram proibidas as visitas nessa semana, o que motivou uma queixa por parte da irmã. Todas estas informações levaram-me a pensar que a família não estava a participar no projeto terapêutico, poderia estar a sofrer e a necessitar de ajuda.

Fazenda (2009) salienta que “para que os utentes e familiares passem dos níveis mais simples para os mais complexos da participação, é necessário um processo de *empowerment* e de partilha da informação pelos profissionais.” Este processo deve aproveitar todos os momentos em que estão acessíveis os utentes e famílias. As interações terapêuticas devem estar alicerçadas no “paradigma” do *empowerment*, que inclui as famílias nos projetos terapêuticos. Esta é uma das diretrizes da OMS que muitas vezes encontra obstáculos na prática clínica do dia a dia.

Foi-me dito pela equipa do internamento que já estavam autorizadas visitas desde o dia anterior, tendo recebido já a visita da irmã, que se mantinha hostil, reivindicativa e irritada com a equipa.

Primeiro falei com o utente, que me conhecia do anterior internamento, altura em que fui a sua enfermeira responsável. Depois de uma avaliação do estado mental, de forma a perceber as necessidades do momento, propus-me falar com os familiares nesse dia, o que foi aceite pelo senhor C.

### **3. Entrevista familiar**

Por considerar que o utente não apresentava qualquer tipo de crítica à sua situação atual, fiz a entrevista aos familiares (mãe e irmã) fora do ambiente físico do internamento mas com o seu conhecimento.

Embora esta primeira intervenção fosse de avaliação, de acolhimento e de início de relação de ajuda, perante a situação que a família expôs, tive necessidade de clarificar algumas dúvidas e de dar informações, de forma a melhorar a interação durante o internamento. Salientei a importância de não confrontar o senhor C com os sintomas e de não utilizar as expressões “doença”, “melhoras”, “estar mais calmo” e outras semelhantes, que desencadeavam reações de conflito.

Nesse mesmo dia, foi possível uma abordagem com a presença do senhor C mas onde a família já estava preparada para não abordar determinados temas. Focámos as conversas nos afetos que a família demonstrava, na preocupação em ajudar, nos projetos pós-alta e no bem-estar e conforto durante a estadia no hospital. O utente tentava abordar com frequência a alta, referido com

convicção não ver motivo para estar internado, culpava terceiros, embora dissesse: “Eu sei que tenho doença bipolar mas trato-me em casa porque sou capaz. Sou muito inteligente. Só não quero uma medicação que me ponha mole, a dormir e sem forças. E, ainda por cima, a engordar, como já engordei. Eu era magro.”

Identifiquei e conferi com a família dificuldades de gerir as situações de crise provocadas pelo internamento, culpabilidade e, ainda, falta de informação e apoio. Navarini (2008, p. 686), após estudo descritivo sobre o significado de vivenciar a doença mental, defende que o suporte e informações aos familiares amenizaria o sentimento de culpa, diminuindo em grande parte o sofrimento de lidar com a sintomatologia da doença.

A família forneceu-me muitas informações sobre o período que antecedeu a sintomatologia atual da doença, assim como sobre o episódio de internamento. Salientaram a importância de ter alguém de referência na consulta a quem recorrer quando o senhor C abandona a terapêutica. Todos os elementos da família confirmaram que desde o último internamento a adesão terapêutica foi fraca e irregular, pelos efeitos secundários da mesma (sonolência, apatia, aumento de peso).

A mãe mostrou-se angustiada e triste por o filho estar novamente em crise e pediu: “Vocês são profissionais, têm que nos ajudar. Têm de encontrar uma solução para o convencer a tomar a medicação... Isto não pode continuar. Já há tantos medicamentos e, por isso, tem de haver uma forma de o meu filho estar bem. Nós não sabemos o que lhe dizer quando ele diz que está bem, e nós estamos a ver que ele está muito doente.”

Perante este pedido ficou mais claro que a família necessitava de ajuda e aconselhamento não só imediata mas também após a alta.

#### **4. Segunda entrevista familiar**

Falámos sobre a medicação atual, de como se sentia no momento e abordei a hipótese de fazer uma medicação quinzenal em injeção, informando-o das vantagens – combinei este aspeto previamente com a equipa multidisciplinar, na reunião semanal, que tinha sido na manhã desse dia. O senhor C mostrou-se muito renitente. Falámos sobre a continuidade dessa medicação em consulta comunitária e que seria eu que iria estar com ele, quinzenalmente. Iniciou na semana seguinte um novo esquema terapêutico com medicação depot. A família tinha muitas dúvidas sobre a doença, sintomas, causas, fatores desencadeantes e estratégias para lidar com a sintomatologia. Além disso, referiam sentir-se perdidos e desapeados, sem saber a quem recorrer sempre que o senhor C tinha uma recaída.

## 5. Terceira entrevista familiar

Na semana antes da alta iniciei a primeira intervenção estruturada de psicoeducação à família. Gonçalves-Pereira et al. (2006, p. 2) definem psicoeducação como

“um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano, reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado”.

A psicoeducação permite que a pessoa seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características de personalidade e as características da doença ficando a conhecer e identificando sinais e sintomas e os fatores desencadeantes. Numa relação psicoeducativa estarão presentes todos os intervenientes de uma relação de ajuda e as mudanças que o terapeuta pretenda efetuar têm o seu início na confiança mútua, respeito e aceitação incondicional da família e/ou pessoa. Os objetivos desta sessão psicoeducativa estão centrados nas necessidades de conhecimentos desta família, claramente expressa nos pedidos de ajuda ao longo de todo o internamento e na fraca adesão aos tratamentos pós alta do senhor C.

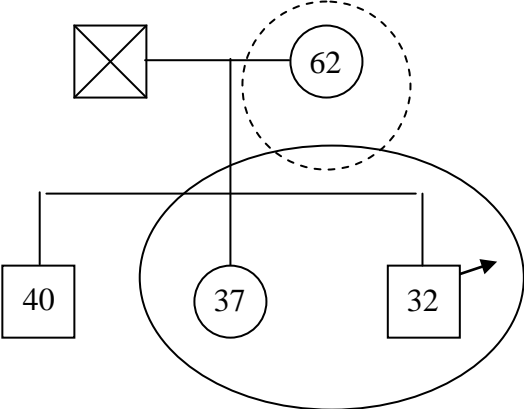
As intervenções individuais para famílias têm efeitos claramente preventivos: previnem recaídas e internamentos; favorecem a adesão à terapêutica farmacológica; melhoram o estado mental dos clientes (Pilling et al., 2002).

Em conjunto, combinámos reunir, após a alta, na consulta comunitária e, até final do estágio, foram feitas seis reuniões familiares quinzenais com o senhor C e irmã. Nesses encontros o objetivo foi responder às necessidades da família com uma grande vertente psicoeducativa e de apoio e suporte nos momentos de crise.

A intervenção favoreceu a estabilidade emocional da família, o conhecimento do processo de doença e ajudou a família a melhorar a comunicação com a equipa. Foi durante as consultas comunitárias de psicoeducação que se consolidou a relação terapêutica, com ganhos visíveis para toda a família. Esta mostrou-se muito interessada em apoiar e cuidar do familiar doente e, posteriormente, durante um período de crise (hipomania), conseguiu-se evitar o internamento devido à parceria família/equipa de saúde, numa relação baseada na confiança, partilha de informação e apoio incondicional. Continuo a acompanhar esta família seguindo o modelo de gestão de caso.

Todas as intervenções estão sistematizadas, segundo a nomenclatura da NANDA, nos quadros seguintes ao genograma.

6. Genograma



<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Processos familiares alterados (p. 953 NIC)</b>
Definição	Estado no qual uma família com funcionamento normal vive uma disfunção real
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transição de situação/crise (doença e internamento de um familiar)</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema familiar incapaz de satisfazer as necessidades emocionais dos seus membros</li> <li>• Família com dificuldade em adaptar-se a experiências traumáticas e dificuldade para ultrapassar a situação</li> <li>• Comunicação desadequada entre os membros da família</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Aconselhamento (p. 191 NIC) – Processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, nos problemas ou sentimentos de utentes e pessoas significativas para aumentar ou apoiar as capacidades de coping, solução de problemas e relações interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar informação adequada às necessidades</li> <li>• Ajudar a família a identificar a situação/problema que causa sofrimento</li> <li>• Identificar a forma como o comportamento familiar afeta o utente</li> <li>• Ajudar a família a identificar elementos positivos e reforçá-los</li> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeito, empatia e autenticidade</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos</li> <li>• Usar técnicas de reflexão e de esclarecimentos que facilite a expressão das preocupações</li> <li>• Ajudar a família a priorizar as possíveis alternativas ao problema</li> <li>• Identificar as diferenças entre a visão que a família tem sobre a situação e a visão da equipa de saúde</li> <li>• Encorajar o desenvolvimento de novas competências</li> </ul> <p><b>Suporte emocional (p. 398 NIC) – Dar segurança, aceitar e encorajar durante períodos de stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a família as experiências emocionais</li> <li>• Auxiliar a família no reconhecimento dos sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza e encorajá-lo a expressar esses sentimentos</li> <li>• Identificar com a família a forma usual de respostas de coping em situações de stress</li> <li>• Dar apoio na fase de sofrimento, negação e raiva</li> <li>• Encorajar o diálogo ou o choro como meios de resposta emocional</li> <li>• Permanecer com a família, oferecendo segurança nos períodos de ansiedade</li> </ul> <p><b>Suporte à família (p. 427 NIC) – Promoção dos valores dos interesses e das metas da família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação empática e de confiança</li> <li>• Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos</li> <li>• Responder a todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas</li> </ul>

- Identificar a coerência entre as expectativas do utente, da família e do profissional e reduzir as discrepâncias entre as expectativas por meio de habilidades de comunicação
- Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos usados pela família e oferecer feedback sobre estes mecanismos
- Aconselhar a família a respeito de outras competências de coping importantes
- Dar à família conhecimentos necessários quanto à doença e às opções que a ajudarão na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde
- Incluir a família e utente nas decisões sobre os cuidados, quando adequado
- Alimentar a persistência da família na busca de informação
- Dar ao paciente cuidados, substituindo a família, de forma a aliviar quando esta está incapaz de oferecer cuidados
- Disponibilizar apoio, informando como contactar a enfermeira
- Fazer contactos telefónicos de monitorização da situação
- Avaliar reação emocional da família à condição do utente
- Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família
- Dar esperança de forma realista
- Ouvir as perguntas, os sentimentos e preocupações
- Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o utente e a família ou entre membros da família

**Escutar ativamente (p. 623) – Prestar atenção e dar sentido às mensagens verbais e não verbais do cliente**

- Estabelecer o propósito da interação
- Mostrar interesse pela família
- Encorajar a expressão dos sentimentos
- Estar totalmente na interação sem preconceitos, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações
- Mostrar sensibilidade às emoções
- Escutar mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa
- Estar atento ao “não dito”, à mensagem não verbal que acompanha as mensagens ditas
- Estar atento ao tom, tempo e volume e inflexão da voz
- Identificar temas predominantes
- Determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre as atitudes, experiências e situação atual
- Esclarecer a mensagem e reavaliar a compreensão dessa mensagem
- Evitar barreiras ao escutar ativamente (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente)

<b>Resultados NOC</b>			
<b>NOC (código)</b>	<b>Normalização da família (2604) p. 421</b>		
<b>Definição</b>	Capacidade da família para desenvolver e manter rotinas e estratégias na gestão para um ótimo funcionamento quando um membro possui uma doença crónica ou incapacidade		
<b>Escala</b>	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	<b>Avaliação</b>	
		Inicial	Final
<b>Indicadores (código)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirma a vida familiar como essencialmente normal (260402) .....</li> <li>• Mantém as rotinas familiares habituais (260403) .....</li> <li>• Adapta os horários da família para satisfazer as necessidades das pessoas afetadas (260405) .....</li> <li>• Comunica o sentido da doença aos outros e aos cuidadores (260409) .....</li> <li>• Satisfaz as necessidades psicossociais dos membros da família não afetados (260407) .....</li> <li>• Outro: Utiliza comunicação eficaz com o membro da família afetado (260416) .....</li> <li>• Outro: Verbaliza sentimentos e emoções acerca dos problemas da família (260417) .....</li> <li>• Outro: Pede ajuda atempada em situações de crise (260418) .....</li> </ul>	2	4
		2	4
		4	4
		2	4
		3	4
		3	4
		2	4
		2	4

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Conhecimento deficiente (p. 896 NIC)</b>		
<b>Definição</b>	Ausência ou deficiência de informação relacionada com um tópico específico (informações sobre situação de saúde e plano terapêutico)		
<b>Fatores relacionados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretação errada da informação</li> <li>• Desconhecimento das fontes de informação</li> <li>• Informação incompleta e desadequada</li> </ul>		
<b>Características definidoras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza o problema</li> <li>• Pede informação</li> <li>• Revela concepções erradas</li> <li>• Comportamento inapropriados</li> <li>• Hostilidade</li> </ul>		

<b>Intervenções e atividades</b>	<p><b>Facilitação da aprendizagem (p. 239 NIC) – Promoção da capacidade para compreender as informações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar o nível de conhecimentos à compreensão da família</li> <li>• Organizar as informações numa sequência lógica, do mais simples ao mais complexo, do concreto ao abstrato</li> <li>• Adaptar a informações tendo em conta as rotinas/estilo de vida da família</li> <li>• Dar informação compatível com a situação em causa</li> <li>• Dar a informação de acordo com o ritmo da família</li> <li>• Dar materiais educativos para ilustrar a informação (panfletos, livros, sites, etc.)</li> </ul> <p><b>Ensino: Processo de doença (p. 366 NIC) – Assistir ao cliente para que compreenda informações relacionadas com determinado processo de doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o nível de conhecimentos</li> <li>• Explicar a fisiopatologia da doença</li> <li>• Descrever sinais e sintomas comuns da doença</li> <li>• Identificar prováveis etiologias</li> <li>• Dar informação sobre a situação atual de doença</li> <li>• Dar à família informações sobre o processo da pessoa doente</li> <li>• Discutir mudanças no estilo de vida necessárias para controlo da doença</li> <li>• Orientar sobre sinais e sintomas de início de crise</li> <li>• Orientar sobre medidas de controlo e minimização de sintomas</li> <li>• Informar sobre o tratamento</li> <li>• Descrever razões que fundamentam as recomendações sobre o tratamento</li> <li>• Descrever possíveis complicações crónicas</li> </ul>
----------------------------------	---

<b>Resultados NOC</b>			
<b>NOC (código)</b>	<b>Conhecimento: processo de doença (1803) p. 238</b>		
<b>Definição</b>	Extensão da compreensão transmitida sobre um processo de doença específico		
<b>Escala</b>	1. Nenhum(a); 2. Limitado(a) ; 3. Moderado(a); 4. Substancial; 5. Extensivo(a)	<b>Avaliação</b>	
		Inicial	Final
<b>Indicadores (código)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiaridade como o nome da doença (180301) .....</li> <li>• Descrição do processo de doença (180302) .....</li> <li>• Descrição das causas da doença (180303) .....</li> <li>• Descrição dos fatores de risco (180304) .....</li> <li>• Descrição dos efeitos da doença (180305) .....</li> <li>• Descrição de sinais e sintomas (180306) .....</li> </ul>	2	4
		2	4
		1	4
		2	4
		1	4
		3	4

	• Outro: Descrição de medidas para prevenir descompensação/crise (180312) .....	2	4
	• Outro: Descrição de sinais e sintomas de alarme no início da crise (180313) .....	2	5
	• Outro: Descrição sobre o tratamento e efeitos secundários (180314) .....	2	5

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Tensão relacionada com o papel de cuidador (p. 960 NIC)</b>
Definição	Dificuldade sentida ou demonstrada pelo cuidador para desempenhar o papel de cuidador da família
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecimento sobre a doença</li> <li>• Desgaste, devido a reincidência nas recaídas</li> <li>• Falta de apoio no papel de cuidador</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revolta, zanga e hostilidade com a equipa de saúde</li> <li>• Falta de confiança na equipa de saúde e no tratamento</li> <li>• Dificuldade na comunicação com o familiar doente e com os técnicos</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Escutar ativamente (p. 623 NIC) – Prestar atenção e dar sentido às mensagens verbais e não verbais do cliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer o propósito da interação</li> <li>• Mostrar interesse pela família</li> <li>• Encorajar a expressão dos sentimentos</li> <li>• Estar totalmente na interação sem preconceitos, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações</li> <li>• Mostrar sensibilidade às emoções</li> <li>• Escutar mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa</li> <li>• Estar atento ao “não dito”, à mensagem não verbal que acompanha as mensagens ditas</li> <li>• Estar atento ao tom, tempo e volume e inflexão da voz</li> <li>• Identificar temas predominantes</li> <li>• Determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre as atitudes, experiências e situação atual</li> <li>• Esclarecer a mensagem e reavaliar a compreensão dessa mensagem</li> <li>• Evitar barreiras ao escutar ativamente (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente)</li> </ul> <p><b>Apoio ao cuidador (p. 333 NIC) – Informações necessárias, amparo e apoio para facilitar o cuidado primário ao utente pelo familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o nível de conhecimento do cuidador e a aceitação do papel de cuidador</li> </ul>

- Aceitar a expressão de sentimentos negativos
- Identificar elementos positivos e negativos do cuidador
- Determinar a dependência do utente em relação ao cuidador
- Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades conforme apropriado
- Monitorizar os problemas de interação familiar relacionados com os cuidados ao utente
- Oferecer informação sobre a situação de saúde do utente com o seu consentimento
- Ensinar ao cuidador formas de ajudar o utente
- Oferecer acompanhamento e assistência ao cuidador através de reuniões, telefonemas e cuidados na comunidade
- Identificar fatores de stress
- Ensinar técnicas de controlo de stress
- Informar o cuidador dos recursos comunitários dos cuidados de saúde e da sua acessibilidade
- Substituir o cuidador caso a sua sobrecarga se torne aparente

**Aconselhamento (p. 191 NIC) – Processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, nos problemas ou sentimentos de utentes e pessoas significativas para aumentar ou apoiar as capacidades de coping, solução de problemas e relações interpessoais**

- Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeito, empatia e autenticidade
- Encorajar a expressão de sentimentos
- Identificar o problema ou situação que causa o sofrimento
- Usar técnicas de reflexão e de esclarecimentos que facilite a expressão das preocupações
- Ajudar a família a priorizar as possíveis alternativas ao problema
- Identificar as diferenças entre a visão que a família tem sobre a situação e a visão da equipa de saúde
- Encorajar o desenvolvimento de novas competências

**Mobilização (p. 434 NIC) e promoção do envolvimento familiar (p. 432 NIC) – Utilização de aspetos positivos da família para influenciar a saúde do familiar doente e facilitação da participação da família no cuidado emocional e físico**

- Escutar os membros da família (irmãos, mãe e amigos)
- Estabelecer relação de confiança
- Identificar capacidades e recursos físicos e emocionais dos membros da família para se envolverem no cuidado da pessoa doente
- Identificar expectativas da família (incluindo a pessoa doente)
- Encorajar o cuidado por membros da família durante a hospitalização
- Facilitar a compreensão da família quanto aos sintomas e eventos precipitantes
- Perceber as crenças da família em relação à doença

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber sintomas físicos de stress nos membros da família</li> <li>• Identificar e respeitar os mecanismos de coping da família</li> <li>• Encorajar as relações familiares</li> <li>• Auxiliar o principal cuidador a adquirir outros recursos necessários</li> <li>• Discutir aspetos positivos e recursos da família</li> <li>• Monitorizar atual situação familiar</li> <li>• Informar sobre o processo de doença do familiar</li> <li>• Determinar de que forma o comportamento da pessoa doente e dos familiares se influenciam mutuamente</li> <li>• Aconselhar a família sobre competências de coping eficazes</li> <li>• Estabelecer metas realistas com a família (onde se inclui a pessoa doente)</li> <li>• Identificar recursos comunitários que podem ser utilizados para melhorar a saúde de todos</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Adaptação do cuidador ao internamento do familiar numa unidade de psiquiatria (2200) p. 153</b>		
Definição	Adaptação do cuidador ao novo papel quando o familiar é internado em psiquiatria		
Escala	1. Nenhum(a); 2. Limitado(a) ; 3. Moderado(a); 4. Substancial; 5. Extensivo(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção da relação entre utente e familiar cuidador (220004) .....</li> <li>• Participação nos cuidados conforme desejado (220003) .....</li> <li>• Procura de informação por parte do cuidador familiar sobre as rotinas do internamento (220012) .....</li> <li>• Comunica com a equipa de saúde (220005) .....</li> <li>• Confiança nos cuidadores da equipa de saúde (220001) .....</li> <li>• Ausência de culpabilidade do cuidador familiar (220007) .....</li> </ul>	3 2 2 2 1 2	4 5 4 5 4 4
NOC (código)	<b>Saúde emocional do (familiar) cuidador (2506) p. 459</b>		
Definição	Sentimentos, atitudes e emoções do familiar cuidador enquanto cuida do membro da família durante um período prolongado		
Escala	1. Extremamente comprometido(a); 2. Substancialmente comprometido(a) ; 3. Moderadamente comprometido(a); 4. Levemente comprometido(a); 5. Não comprometido(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livre de ambivalência a respeito da situação (250609) .....</li> <li>• Sensação de controlo (250602) .....</li> <li>• Livre de ressentimentos (250605) .....</li> <li>• Livre de sobrecarga percecionada (250613) .....</li> <li>• Livre de depressão (250607) .....</li> <li>• Livre de frustração (250608) .....</li> </ul>	2 2 3 2 4 1	4 4 4 4 4 4

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Processo de pensamento alterado (p. 952 NIC)</b>
Definição	Estado no qual o indivíduo vive uma disrupção nas operações e atividades cognitivas
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração do estado mental</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideias delirantes megalómanas</li> <li>• Elação do humor</li> <li>• Dissonância cognitiva (capacidade diminuída para resolver problemas)</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Suporte emocional (p. 398 NIC) – Provisão de segurança, aceitação e suporte durante o período de stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com o utente as experiências emocionais</li> <li>• Auxiliar o paciente a reconhecer sentimentos de ansiedade, raiva e tristeza e encorajá-lo a expressar esses sentimentos</li> <li>• Encorajar o diálogo e oferecer segurança e proteção nos períodos de maior ansiedade</li> <li>• Discutir as consequências dos sentimentos e das crenças</li> </ul> <p><b>Controlo de ideias delirantes (p. 344 NIC) – Promoção de conforto, segurança e orientação para a realidade do utente com ideias falsas, irreais e solidificadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação de confiança e autenticidade</li> <li>• Evitar discutir sobre as falsas crenças e não reforçar as ideias delirantes</li> <li>• Encorajar o utente a falar das crenças delirantes com outros da sua confiança (família)</li> <li>• Auxiliar o utente a identificar situações em que as ideias delirantes são socialmente inaceitáveis</li> <li>• Monitorizar o conteúdo das ideias</li> <li>• Focalizar a atenção nos sentimentos subjacentes mais do que ao conteúdo do delírio</li> <li>• Proporcionar reforço positivo e incondicional</li> <li>• Verbalizar o reconhecimento dos medos e sentimentos do utente</li> <li>• Administrar medicamentos conforme prescrição médica</li> <li>• Reconhecer e aceitar as perceções e interpretações da realidade que o utente apresenta</li> <li>• Declarar o percebido de maneira clara e segura, não defensiva nem argumentativa</li> <li>• Promover expetativas otimistas mas realistas</li> <li>• Oferecer ensino sobre a medicação</li> </ul> <p><b>Construção de uma relação complexa (p. 717 NIC) – Relação terapêutica com cliente com dificuldades para interagir com outros</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a minha atitude em relação à situação e ao utente</li> <li>• Criar clima de acolhimento, aceitação e escuta ativa</li> <li>• Monitorizar informações não verbais e procurar o seu esclarecimento</li> <li>• Manter uma postura corporal franca e usar períodos de silêncio</li> <li>• Reassegurar o interesse no cliente como pessoa</li> <li>• Ajudar o cliente a identificar sentimentos de raiva, ansiedade, hostilidade e tristeza que o impeçam de interagir com outros</li> <li>• Estabelecer limites de comportamento aceitável durante a interação</li> <li>• Devolver ao paciente ideias principais, utilizando as suas próprias palavras</li> </ul>																	
<b>Resultados NOC</b>																		
NOC (código)	<b>Controlo de pensamento distorcido (1403) p. 268</b>																	
Definição	Autocontenção de rotura da perceção, processos e conteúdo do pensamento																	
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação																
		Inicial      Final																
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza a frequência das alucinações e delírios (140304) .....</li> <li>• Solicita a validação da realidade (140307) .....</li> <li>• Interage adequadamente com os outros (140309) .....</li> <li>• Evidencia pensamento baseado na realidade (140312) .....</li> <li>• Evidencia conteúdo adequado de pensamento (140313) .....</li> <li>• Evidencia capacidade para captar as ideias dos outros (140314) .....</li> <li>• Outro: Faz crítica à sua situação de saúde (140315) .....</li> </ul>	<table border="1"> <tr><td>5</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>3</td></tr> </table>	5	2	1	3	2	4	2	4	2	5	2	4	1	3		
5	2																	
1	3																	
2	4																	
2	4																	
2	5																	
2	4																	
1	3																	
NOC (código)	<b>Equilíbrio do humor (1204) p. 332</b>																	
Definição	Adaptação apropriada do tom emocional predominante como resposta às circunstâncias																	
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação																
		Inicial      Final																
Indicadores (código)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra humor não instável (120402) .....</li> <li>• Demonstra concentração (120405) .....</li> <li>• Fala em ritmo moderado (120406) .....</li> <li>• Demonstra ausência de fuga de ideias (120407) .....</li> <li>• Demonstra ausência de grandiosidade (120408) .....</li> <li>• Demonstra ausência de euforia (120409) .....</li> <li>• Relata cumprimento do regime terapêutico (120414) .....</li> <li>• Relata capacidade para as atividades diárias (120418) .....</li> </ul>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>4</td></tr> <tr><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> </table>	1	5	1	4	2	4	2	5	1	4	1	5	1	5	1	5
1	5																	
1	4																	
2	4																	
2	5																	
1	4																	
1	5																	
1	5																	
1	5																	

**Anexo V**  
**CASO 4**

## **CASO 4 – Senhor D**

### **1. Identificação da pessoa doente internada no Serviço de Psiquiatria**

O senhor D tem 65 anos, é caucasiano, possui o 9.º ano de escolaridade, está reformado, é casado e tem duas filhas.

### **2. História de saúde atual**

O senhor D foi internado por tentativa de suicídio grave (intoxicação medicamentosa) em contexto de depressão. Necessitou de internamento em Cuidados Intensivos durante cinco dias, submetido a ventilação mecânica. Posteriormente foi transferido para o serviço de Psiquiatria.

O senhor D, por quadro depressivo, foi levado pela família ao Serviço de Urgência onde foi observado por psiquiatra, medicado com antidepressivos e encaminhado para a consulta comunitária de Psiquiatria, ficando a aguardar vaga. Na semana seguinte fez tentativa de suicídio que resultou neste internamento.

Durante o internamento manteve ideação suicida nas primeiras duas semanas. Na terceira semana fazia crítica à sua situação mas referia ainda não “estar seguro”. “Acho que ainda não me sinto capaz de ter alta e não voltar a fazer asneira”, afirmou.

O senhor D não tem antecedentes de doença psiquiátrica é acompanhado e faz medicação para artrite reumatóide e gastrite.

Ao falar com a equipa de enfermagem, constatei que a esposa continuamente pedia ajuda para perceber a situação de saúde do marido e planeei uma intervenção com a família. Falei com o senhor D, com a esposa e a filha, que habitualmente o visitavam (a outra filha vive fora do país) e, numa primeira abordagem, referiram não ter muita informação sobre o tratamento e o estado de saúde do senhor D. Colocaram muitas questões acerca do tratamento depois da alta. Disponibilizei-me para ajudar e sugeri reunirmos todos (o senhor D, a esposa e a filha).

### **3. Entrevista com a família (senhor D, esposa e filha)**

Conhecia o senhor D de o ter entrevistado na semana anterior e tinha conhecimento da situação por ter sido discutida nas reuniões clínicas de quarta-feira.

O objetivo desta intervenção foi:

- Identificar e avaliar necessidades de ajuda da família
- Acolhimento, apoio e psicoeducação

A filha e a esposa estavam com fâcias triste, apreensivas e com muitas dúvidas sobre como ajudar o senhor D. “Desde que o meu marido foi internado não falei com o médico. Ele tem falado

com a minha filha mas eu queria saber como ele está, se está a melhorar e o motivo por que isto aconteceu”, começou por dizer a esposa.

A família questionou se o senhor D estaria melhor, ao que ele próprio respondeu: “Ainda não estou seguro. Tenho medo de voltar a pensar como antes. Acho que não estou preparado para ter alta.”

A esposa perguntou os motivos que o levaram a querer morrer. Esta era uma preocupação que ao longo da entrevista ela demonstrou repetidamente. Ele explicou que não se apercebia que estava tão doente e que não tinha motivo nenhum para fazer o que fez: “Não sei o que me deu. Eu não consigo explicar.”

A filha salientou que se foi apercebendo de o pai estar a adoecer: “Eu percebi que ele estava diferente e que alguma coisa se passava. Estava doente e foi difícil convencê-lo a vir ao hospital. Estava aflita e não sabia como ajudar nem o que fazer.”

O senhor D verbalizou sentimentos de vergonha e culpabilidade. “Quando penso no que aconteceu sinto que estava maluco. Fico envergonhado. Não sei como vou enfrentar a vida lá fora.” A família tranquilizou-o, dizendo-lhe que o importante era ele estar bem e que ele não teve culpa do que aconteceu.

Permiti a livre expressão de sentimentos de culpabilidade, de desânimo e tristeza, ao mesmo tempo que se tentou enquadrar toda a situação na sintomatologia própria de um quadro de depressão grave e de como esta afeta os pensamentos, as emoções, os comportamentos e a forma como isso se repercute em toda a família.

A família e o senhor D pediram esclarecimentos sobre a medicação. Desconheciam a medicação, o seus efeitos e tinham muitos receios sobre as interações entre medicação atual e a que fazia anteriormente, para a artrite reumatóide e gastrite. Estivemos a ver toda a medicação, a que fazia em casa e a medicação atual. Foi feito esclarecimento e registada em processo clínico a medicação habitual do senhor D.

No final da entrevista, todos verbalizaram estarem mais esclarecidos. “Estou mais descansado por ter falado destas coisas”, disse o senhor D. A filha reconheceu: “O meu pai e minha mãe estão mais tranquilos por verem que está tudo a melhorar.” O senhor D acrescentou: “É muito difícil explicar tudo que se passou. Se fosse uma ferida na perna, estava ali a ver-se; faz-se um penso e cura-se. Mas dentro da cabeça não se vê o que se passa.”

Fui sentindo que a ansiedade e a preocupação da família em relação ao estado de saúde do senhor D foram diminuindo. Embora não tenha aplicado nenhum método quantitativo (escala ou questionário) que determine se esta intervenção de ajuda foi eficaz, confirmei pelos sinais verbais e

não verbais que toda a partilha, expressão de sentimentos e informações foram uma ajuda para todos os elementos da família.

Planeámos encontrarmo-nos na semana seguinte, antes da alta.

#### **4. Segunda reunião familiar**

Nesta reunião o senhor D apresentava humor eufímico, sem alteração no discurso e pensamento. Deu-se seguimento à expressão de sentimentos e a família demonstrou estar mais tranquila, segura e com menos dúvidas acerca do processo de saúde do senhor D. Uma questão importante que surgiu foi colocada pelo próprio: “Sinto-me melhor mas tenho muito medo de voltar a ficar doente e ter aquele pensamento. Não penso em fazer o mesmo mas tenho receio de ser eu a tomar conta da medicação. Tenho medo de baralhar ou de me esquecer.”

A família aceitou a sugestão de organizar a medicação em caixa semanal, ficando ao cuidado da esposa e da filha. Decidiu-se que nos encontraríamos uma semana após a alta, para reavaliação deste método.

Abordou-se os projetos e atividades de vida diária e o senhor D identificou e referiu que estava preparado para dar continuidade às suas atividades: “Tratar da horta, dar um passeio diário a pé com a minha esposa, ir jogar às cartas no clube e fazer os habituais churrascos de fim-de-semana.”

Falámos e identificámos alguns sinais de recaída, o que a própria família reconhecia como importante para um pedido de ajuda atempado.

Foi explicado todo o processo de acompanhamento na consulta comunitária após a alta.

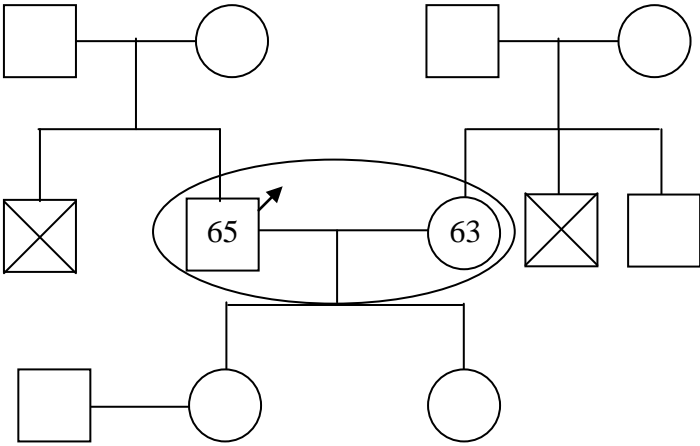
#### **5. Terceira entrevista familiar em consulta comunitária pós-alta**

Este encontro aconteceu no mesmo dia da consulta médica. O senhor D veio acompanhado da esposa. Apresentava-se eufímico, calmo, bem disposto. A esposa estava tranquila e referiu que tudo estava a correr bem.

O senhor D retomara as atividades de vida diária e as suas relações sociais. Trouxe toda a medicação mas já não estava em caixa semanal. Informou: “Já não é necessário. Já fixei os horários e a medicação toda. Tenho tomado conta de tudo e sei que é muito importante não me esquecer e cumprir os tratamentos. Já o fazia para a gastrite e para a artrite. Agora é só acrescentar mais dois comprimidos.” Demonstrava insight completo para sua situação de saúde. A esposa estava muito satisfeita por isso ter acontecido. Terminámos e despedimo-nos. Depois desta não ficaram programada mais intervenções de enfermagem mas foi explicado que, em caso de necessidade, e como a consulta médica é muito espaçada, poderiam procurar-me.

Todas as intervenções estão sistematizadas, segundo a nomenclatura da NANDA, nos quadros seguintes ao genograma.

**6. Genograma**



<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Desesperança (p. 905 NIC)</b>
Definição	Estado subjetivo em que um indivíduo vê alternativas limitadas, ou ausência de alternativas ou de escolhas pessoais disponíveis, e não consegue mobilizar energia em seu benefício
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor depressivo</li> <li>• Dificuldade nas estratégias de coping eficaz</li> <li>• Falta de expectativas e de projetos</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza falta de esperança</li> <li>• Não faz projetos nem identifica estratégias para a resolução dos problemas</li> <li>• Mostra com postura fechada e indiferente</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Escutar ativamente (p. 623 NIC) – Prestar atenção e dar sentido às mensagens verbais e não verbais do cliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer o propósito da interação</li> <li>• Mostrar interesse pela família</li> <li>• Encorajar a expressão dos sentimentos</li> <li>• Estar totalmente na interação sem preconceitos, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações</li> <li>• Mostrar sensibilidade às emoções</li> <li>• Escutar mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa</li> <li>• Estar atento ao “não dito”, à mensagem não verbal que acompanha as mensagens ditas</li> <li>• Estar atento ao tom, tempo e volume e inflexão da voz</li> <li>• Identificar temas predominantes</li> <li>• Determinar o sentido da mensagem, refletindo sobre as atitudes, experiências e situação atual</li> <li>• Esclarecer a mensagem e reavaliar a compreensão dessa mensagem</li> <li>• Evitar barreiras ao escutar ativamente (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente)</li> </ul> <p><b>Instilação de esperança (p. 408 NIC) – Facilitação do aparecimento de uma configuração positiva em determinada situação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar o cliente a identificar áreas de esperanças na vida</li> <li>• Falar da situação atual como algo difícil mas temporário</li> <li>• Facilitar a tomada de consciência de experiências e conquistas passadas</li> <li>• Demonstrar esperança reconhecendo o valor do cliente, encarando a doença como apenas um aspecto de si mesmo</li> <li>• Ensinar à família os aspectos positivos da esperança (ex.: conversas que reflitam sobre o amor)</li> <li>• Evitar mascarar a verdade</li> </ul>

	<p><b>Aconselhamento (p. 191 NIC) – Processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, nos problemas ou sentimentos de utentes e pessoas significativas para aumentar ou apoiar as capacidades de coping, solução de problemas e relações interpessoais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeito, empatia e autenticidade</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos</li> <li>• Identificar o problema ou situação que causa o sofrimento</li> <li>• Usar técnicas de reflexão e de esclarecimentos que facilite a expressão das preocupações</li> <li>• Ajudar a família a priorizar as possíveis alternativas ao problema</li> <li>• Identificar as diferenças entre a visão que a família tem sobre a situação e a visão da equipa de saúde</li> <li>• Encorajar o desenvolvimento de novas competências</li> </ul> <p><b>Presença (p. 680 NIC) – Estar com outro, física e psicologicamente, durante períodos de necessidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar atitude de aceitação</li> <li>• Estabelecer confiança e atenção positiva</li> <li>• Escutar as preocupações</li> <li>• Demonstrar empatia e compreensão sobre a experiência do cliente</li> <li>• Estar com o cliente durante as primeiras interações com outros</li> <li>• Não reforçar comportamentos de dependência</li> <li>• Permanecer fisicamente e usar o silêncio, quando adequado</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Esperança (1201) p. 334</b>		
Definição	Presença de estado interno de otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida		
Escala	1. Nenhum(a); 2. Limitado(a) ; 3. Moderado(a); 4. Substancial; 5. Excessivo(a)	Avaliação	
Indicadores (código)	• Expressão de vontade de viver (120103) .....	1	4
	• Expressão de razões para viver (120104) .....	2	4
	• Expressão de sentido para a vida (120105) .....	2	4
	• Expressão de crença em si (120107) .....	2	4
	• Expressão de crença nos outros (120108) .....	3	4
	• Expressão de sensação de autocontrolo (120110) .....	1	4
	• Outro: Faz projetos e fixa metas (120113) .....	1	4

NOC (código)	<b>Controlo da depressão (1409) p. 262</b>		
Definição	Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos da vida		
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Muitas vezes demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação	
		Inicial	Final
Indicadores (código)	• Identifica a intensidade da depressão (140902) .....	4	4
	• Identifica fatores precipitantes da depressão (140903) .....	2	4
	• Manifestações comportamentais da depressão ausentes (140905) .....	1	4
	• Relata sono adequado (140906) .....	1	5
	• Relata melhora do humor (140909) .....	1	5
	• Segue o plano de tratamento (140911) .....	1	5
	• Relata mudanças nos sintomas (140915) .....	2	4

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Conhecimento deficiente (p. 896 NIC)</b>		
Definição	Ausência ou deficiência de informação relacionada com um tópico específico (informações sobre situação de saúde e plano terapêutico)		
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretação errada da informação</li> <li>• Falta de contacto com a informação</li> <li>• Informação incompleta</li> </ul>		
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza o problema</li> <li>• Pede informação</li> <li>• Revela concepções erradas</li> </ul>		
Intervenções e atividades	<b>Facilitação da aprendizagem (p. 239 NIC) – Promoção da capacidade para compreender as informações</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar o nível de conhecimentos à compreensão da família</li> <li>• Organizar as informações numa sequência lógica, do mais simples ao mais complexo, do concreto ao abstrato</li> <li>• Adaptar a informações tendo em conta as rotinas/estilo de vida da família</li> <li>• Dar informação compatível com a situação em causa</li> <li>• Dar a informação de acordo com o ritmo da família</li> <li>• Dar materiais educativos para ilustrar a informação (panfletos, livros, sites, etc.)</li> </ul>		

	<p><b>Ensino: Processo de doença (p. 366 NIC) – Assistir ao cliente para que compreenda informações relacionadas com determinado processo de doença</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o nível de conhecimentos</li> <li>• Explicar a fisiopatologia da doença</li> <li>• Descrever sinais e sintomas comuns da doença</li> <li>• Identificar prováveis etiologias</li> <li>• Dar informação sobre a situação atual de doença</li> <li>• Dar à família informações sobre o processo da pessoa doente</li> <li>• Discutir mudanças no estilo de vida necessárias para controlo da doença</li> <li>• Orientar sobre sinais e sintomas de início de crise</li> <li>• Orientar sobre medidas de controlo e minimização de sintomas</li> <li>• Informar sobre o tratamento</li> <li>• Descrever razões que fundamentam as recomendações sobre o tratamento</li> </ul>		
<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Conhecimento: processo de doença (1803) p. 238</b>		
Definição	Extensão da compreensão transmitida sobre um processo de doença específico		
Escala	1. Nenhum(a); 2. Limitado(a) ; 3. Moderado(a); 4. Substancial; 5. Extensivo(a)	Avaliação	
Indicadores (código)		Inicial	Final
	• Familiaridade com o nome da doença (180301) .....	2	4
	• Descrição do processo de doença (180302) .....	2	3
	• Descrição das causas da doença (180303) .....	1	4
	• Descrição dos fatores de risco (180304) .....	2	3
	• Descrição dos efeitos da doença (180305) .....	1	4
	• Descrição de sinais e sintomas (180306) .....	3	4
	• Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença (180308) .....	1	4
	• Outro: Descrição de medidas para prevenir descompensação/crise (180312) .....	2	4
	• Outro: Descrição de sinais e sintomas de alarme no início da crise (180313) .....	1	4
	• Outro: Descrição sobre o tratamento e efeitos secundários (180314) .....	2	5

<b>Diagnóstico NANDA</b>	<b>Coping familiar comprometido (p. 914 NIC)</b>
Definição	Pessoa significativa (membro da família) que habitualmente apoia a pessoa doente dá apoio, conforto e assistência insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários ao cliente para administrar tarefas adaptativas relacionadas com desafios de saúde
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraco suporte de retorno, do cliente à pessoa significativa</li> <li>• Informação e compreensão inadequados por parte da pessoa de suporte</li> <li>• Preocupação temporária da pessoa significativa que está a tentar gerir conflitos emocionais e sofrimento pessoal e é incapaz de se dar conta ou atuar com eficácia em relação às necessidades do utente</li> </ul>
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A família revela preocupação com as suas reações (ex.: medo, culpa, ansiedade) face à doença e à situação de crise</li> <li>• A família revela conhecimentos insuficientes que interferem com a assistência e suporte eficazes</li> </ul>
Intervenções e atividades	<p><b>Suporte à família (p. 427 NIC) – Promoção dos valores dos interesses e das metas da família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação empática e de confiança</li> <li>• Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos</li> <li>• Responder a todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas</li> <li>• Identificar a coerência entre as expectativas do utente, da família e do profissional e reduzir as discrepâncias entre as expectativas por meio de habilidades de comunicação</li> <li>• Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos usados pela família e oferecer feedback sobre estes mecanismos</li> <li>• Aconselhar a família a respeito de outras competências de coping importantes</li> <li>• Dar à família conhecimentos necessários quanto à doença e às opções que a ajudarão na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde</li> <li>• Incluir a família e utente nas decisões sobre os cuidados, quando adequado</li> <li>• Alimentar a persistência da família na busca de informação</li> <li>• Dar ao paciente cuidados, substituindo a família, de forma a aliviar quando esta está incapaz de oferecer cuidados</li> <li>• Disponibilizar apoio, informando como contactar a enfermeira</li> <li>• Fazer contactos telefónicos de monitorização da situação</li> <li>• Avaliar reação emocional da família à condição do utente</li> <li>• Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família</li> <li>• Dar esperança de forma realista</li> <li>• Ouvir as perguntas, os sentimentos e preocupações</li> <li>• Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o utente e a família ou entre membros da família</li> </ul>

	<p><b>Suporte emocional (p. 398 NIC) – Provisão de segurança, aceitação e suporte durante o período de stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a família as experiências emocionais</li> <li>• Auxiliar a família a reconhecer sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza e culpa e encorajá-la a expressar esses sentimentos</li> <li>• Encorajar o diálogo e oferecer segurança e proteção nos períodos de maior ansiedade</li> <li>• Discutir as consequências dos sentimentos e das crenças</li> </ul> <p><b>Promoção da integridade familiar (p. 429 NIC) – Promoção da coesão e da unidade da família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escutar os membros da família</li> <li>• Estabelecer relação de confiança com a família</li> <li>• Identificar a compreensão da família sobre a doença</li> <li>• Identificar sentimentos de culpa na família</li> <li>• Auxiliar a família na solução de sentimentos de culpa</li> <li>• Identificar o relacionamento entre os familiares e os habituais mecanismos de coping</li> <li>• Ajudar a família na resolução de conflitos</li> <li>• Proporcionar privacidade à família</li> <li>• Colaborar na solução de problemas</li> <li>• Facilitar a abertura na comunicação entre os membros da família</li> </ul>
--	--

<b>Resultados NOC</b>			
NOC (código)	<b>Coping familiar (2600) p. 326</b>		
Definição	Ações da família para gerir fatores de stress que sobrecarregam os recursos familiares		
Escala	1. Nunca demonstrado(a); 2. Raramente demonstrado(a) ; 3. Às vezes demonstrado(a); 4. Seguidamente demonstrado(a); 5. Consistentemente demonstrado(a)	Avaliação	
Indicadores (código)		Inicial	Final
	• Enfrenta problemas (260003) .....	3	4
	• Expressa sentimentos e emoções livremente (260007) .....	2	4
	• Usa estratégia de redução do stress (260009) .....	4	4
	• Cuida das necessidades de todos os membros da família (260010) .....	4	4
	• Outro: Expressa culpabilidade em relação à doença (260018) .....	4	2
	• Outro: Verbaliza sentimentos de insegurança e incerteza relativos ao estado de saúde (260019) .....	4	2
	• Outro: Procura ajuda atempada em situações de crise (260420) .....	3	4

**Anexo VI**  
**SESSÃO DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS “AJUDAR QUEM CUIDA**  
**– UM ESPAÇO PSICOTERAPÊUTICO PARA AS FAMÍLIAS”**

**Formação para enfermeiros**

# **AJUDAR QUEM CUIDA**

**Um espaço psicoterapêutico para as famílias**

Reflexão sobre a importância de incluir a família no âmbito dos cuidados de enfermagem durante o internamento em psiquiatria. Que ganhos no imediato e após a alta?

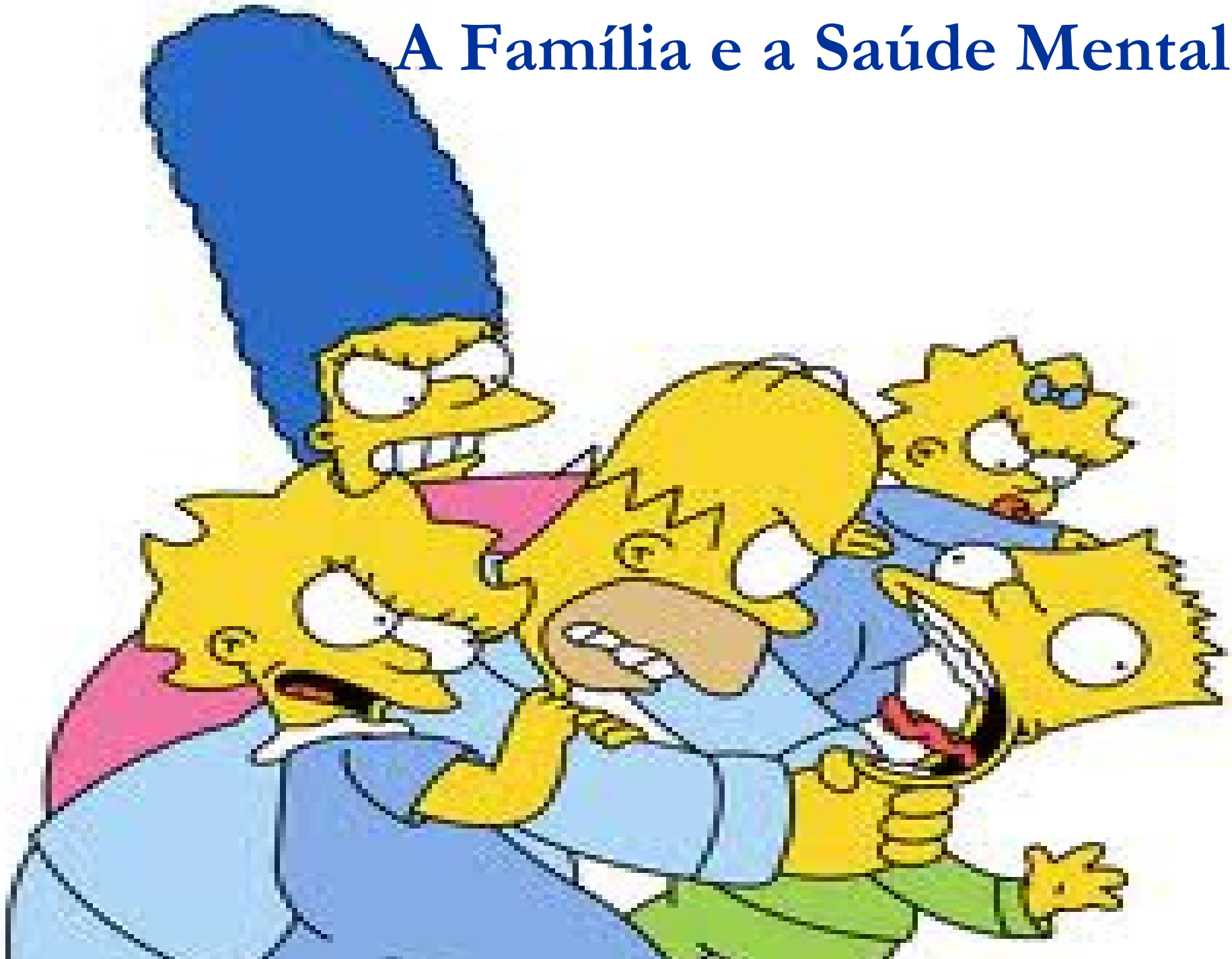
Data: **Quarta-feira, 9 de maio de 2012**

Hora: **14.00**

*Martina Medeiros*

Local: Internamento de Psiquiatria do HFF

# A Família e a Saúde Mental



# Quando somos nós?

- O que **sentimos/pensamos** quando alguém que gostamos está internado?
- Que ajuda **esperamos** dos técnicos que cuidam do nosso familiar doente?

■ O que esperamos nós da família?

■ O que a família espera de nós?



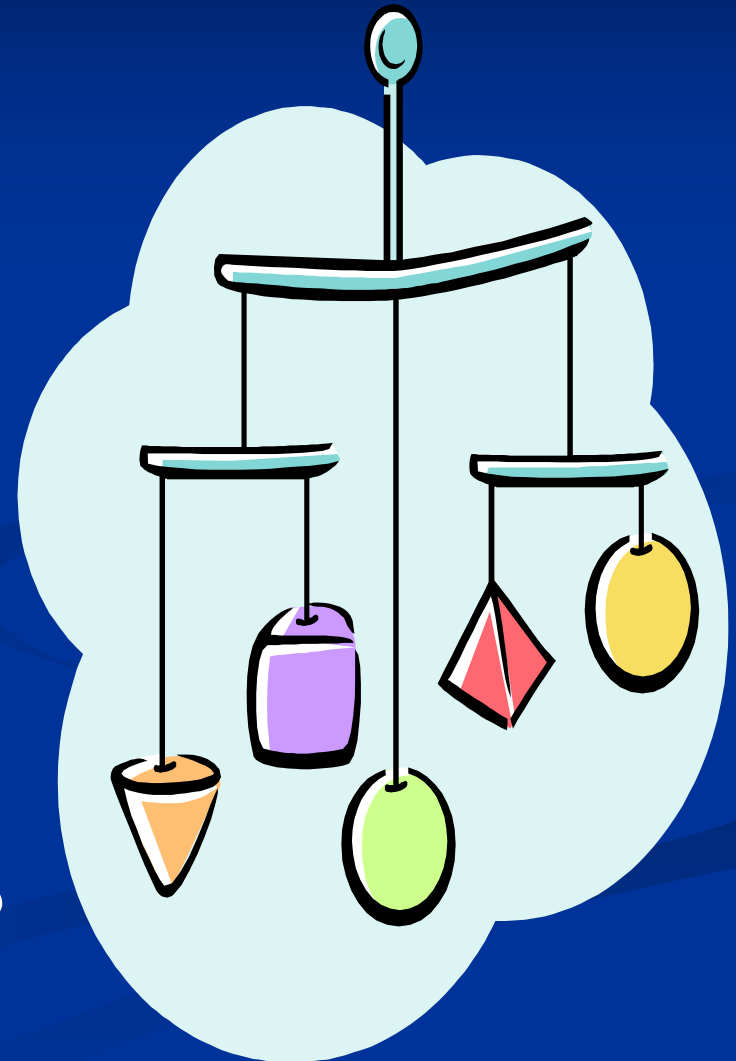
# A família como sistema

Uma família é **maior do que a soma** das suas partes.

Todos os membros do sistema estão **interligados**.

Como num mobile, quando uma peça se movimenta, **todo o sistema se move**.

Os movimentos de um elemento **afetam todo o sistema**.



# A família e a saúde mental

- A OMS estima que uma em cada quatro **famílias** tem pelo menos um membro que sofre de uma perturbação mental ou comportamental

RMS (2001)

- Mais de 22% dos **familiares cuidadores** (de pessoas com doença mental grave) tinham mais de 65 anos, e 42% tem probabilidade de estar a **necessitar de ajuda**

Gonçalves-Pereira (1996)

# A família e a saúde mental

- Em Portugal a família tem sido um **elemento-chave** no processo de desinstitucionalização, “tem-se verificado um aumento de doentes com doença mental graves a viver com a família, que fica sujeita a uma **sobrecarga psicológica significativa**”

Xavier et al. (2002)

- A família enfrenta as alterações de comportamento do familiar e passa a assumir a **função de cuidadora**

Rose (1996)

# A família e a saúde mental

- A desinstitucionalização considera a família como a **principal ajuda** em todo o processo, e esta deve ser **preparada** por profissionais de área da saúde mental

Colvero et al. (2004)

- A extensão e a **complexidade** de algumas doenças repercutem-se de forma negativa sobre vida da família. Produzem desgaste físico, mental e emocional que levam a sintomas depressivos e à necessidade de **cuidados especializados**

Luzardo et al. (2006); Garrido e Almeida (1999)

**Desinstitucionalização**

**Família**

**Necessidades  
cuidados saúde**

**Função**

**Suporte e cuidados**

**Ativa e participante**

# Que sintomas têm maior impacto nas famílias?

- Os sintomas **negativos têm um impacto maior** sobre o funcionamento e papel dos cuidadores, do que os sintomas positivos e levam a maior sobrecarga
- Mesmo quando os familiares percebem que os sintomas negativos estão relacionados com a doença essa **sobrecarga aumenta** por assumirem responsabilidades adicionais

Provencher e Mueser (1997)

# Necessidades da família

- **Informação** sobre a pessoa internada
- **Serviços de apoio** para as famílias
- **Aconselhamento** sobre como lidar com a situação de doença (sinais de descompensação, como prevenir internamentos)

Eaton et al. (2011); Perreault et al. (2005)

- O impacto da falta de serviços de saúde mental é sentido na família, após a alta dos serviços de psiquiatria.  
A **responsabilidade** recai sobre a família

Eaton et al. (2011)

# Expetativas da família

- No início da doença a família sente-se mais confiante quanto à cura, mas quando o doente passa a ter sucessivas internamentos perdem as **esperanças** quanto à sua reabilitação

Oliveira et al. (2005)

- Os familiares revelam uma opinião **mais negativa** sobre os serviços na **primeira** experiência com os serviços de saúde mental

Ostman (2004)

# O que preferem as famílias em relação à residência

- A maioria das famílias preferiam que os familiares doentes vivessem em instituições com cuidados de saúde permanentes, **ao contrário dos doentes** que preferiam residir sozinhos e sem ajuda permanente dos serviços de saúde

Rogers et al. (1998)

# Satisfação dos familiares

- O que mais satisfaz as famílias?
  - **Respeito e a atenção** para com as preocupações e inquietações
- O que pedem para melhorar a saída do hospital?
  - **Informação** sobre a doença, a medicação e prevenção de recaídas
- É importante perguntar às famílias e utentes sobre os **planos após a alta** durante o internamento ( não só no dia da alta)

Cleary, Horsefall e Hunt (2003)

# O que facilita a participação da família?

- Partilhar **informação**, receber **orientação** e **apoio**, de acordo com as **necessidades** e discutir questões **existenciais**
- Os técnicos de saúde devem transmitir e **alimentar esperança** relacionada com a recuperação do paciente e qualidade de vida

Nordby, Kjøsberg e Hummelvoll (2010)

# Família: um recurso

- “A família ainda não é, infelizmente, reconhecida na prática como **recurso terapêutico natural**, primordial e imediato (por preconceito ou alegada escassez de recursos)”

Gonçalves-Pereira et al. (2007, p. 243)

- O papel dos familiares no processo de cuidar pode **beneficiar todos os intervenientes**, os profissionais devem reconhecer isso, prestando **apoio** e considerando-os **parceiros** no cuidar

Van de Bovenkamp e Trappenburg (2009)

- A psicoeducação familiar é um **recurso altamente eficaz**, mas subutilizado na prática baseada em evidências, no tratamento das doenças mentais graves

Murray-Swank et al. (2007)

# Internamento e stress na família

- As famílias experimentam **stress** relacionado com a doença e **hospitalização** e isto valida que este é um foco de intervenção da **enfermagem**

Parkinson (1985)

# Reforçar mecanismos de coping

- Quando os enfermeiros incluem nos seus cuidados a família da pessoa internada, proporcionando-lhe **apoio psicossocial** e **informação**, ajudam-na e reforçam os mecanismos de **coping adaptativos**

Parkinson (1985)

- Intervenções psicoeducativas na família reforçam a adopção de estilos de **coping eficazes** e reduz o stress e sobrecarga na família.

Magliano et al. (2000)

# Intervenções familiares

- Efeitos claramente **preventivos**
  - Previnem recaídas e internamentos
  - Favorecem a adesão à terapêutica farmacológica
  - Melhoram o estado mental dos clientes

Pilling et al. (2002); Leff (2000)

- **Durante o internamento** reduzem o sentimento de carga na família e **melhoram a atitude das famílias** em relação ao cuidado após a alta

Berglund, Vahlne e Edman (2003)

# Grupo de apoio num internamento de psiquiatria

## Resultados

- **Motivação** para participar no plano de tratamento
- Melhor **compreensão** da doença
- Melhora os **cuidados** à pessoa doente
- Melhora a **satisfação** dos familiares
- Ajuda a compreender os processos e **coping** da família
- Possibilita desenvolver **intervenções de enfermagem** no futuro

Parkinson (1985); Pickett-Schenk et al. (2006)

# Psicoeducação

- “Entende-se por *psicoeducação* um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores:
  - **Ajudar** os doentes e seus familiares a **aprender o que precisam** sobre a doença mental e a **dominar novas formas** de lidar com ela e com os problemas do quotidiano
  - **Reduzir o stress** familiar e providenciar **suporte social** e encorajamento, permitindo um **enfoque no futuro** mais do que um remoer mórbido do passado”

Gonçalves-Pereira et al. (2007)

# Intervenções psicoeducativas

- As intervenções psicoeducativas têm sempre um **impacto sistémico** porque influenciam as dinâmicas familiares
- Objetivos
  - Reduzir o nível geral de **stress**
  - Conferir ao doente e à família um **papel mais ativo** no processo de tratamento
  - Promover um **adequado grau de expectativas** e **exigências** em relação ao doente

# Psicoeducação não é dar uma aula

- Devemos estar **atentos** ao que a família faz, **valorizar** o que faz bem (começar por aqui) e identificar o que faz menos bem
- Ajudar as famílias não é dar-lhes aulas sobre doença mental ou muitos conselhos
- A família deve sentir que o enfermeiro detém **conhecimentos, compreende** os seus problemas e pode ajudar a encontrar **alternativas** mais adaptativas para lidar com eles

# Psicoeducação – uma intervenção psicoterapêutica

- A família deve sentir-se **compreendida**, apoiada, com espaço para partilhar dúvidas, receios e **falar com abertura**
- Só assim é possível conhecer mais profundamente o funcionamento, as dificuldades e os recursos de cada família

# A informação, por si só, não produz alterações marcadas

As pessoas têm tendência a reter os seus pontos de vista

## ■ É importante

- estar preparado
- dar tempo
- reconhecer o que a pessoa sabe sobre a doença
- informar em parcelas pequenas
- usar material escrito
- dar informação pertinente para cada família
- reconhecer que não há respostas para tudo
- utilizar um elemento da família como “formador”
- repetir informação

# Intervenções psicoeducativas

- “Existe **evidência segura** e substancial de que as intervenções **psicoeducativas** para famílias, como complemento do tratamento farmacológico dos doentes com esquizofrenia, conduzem a uma **redução de cerca de 50%** no número de **recaídas**”

Brito (2006)

# Empowerment e psicoeducação

- As **intervenções psicoeducativas** são uma importante estratégia de promoção da saúde e de **empowerment** familiar, capacitam a família a desenvolver novas competências perante dificuldades da vida diária

# Ajudar quem cuida

- Durante o internamento na psiquiatria, os cuidados de enfermagem devem estar também **direcionados para a família**, evitando uma abordagem fragmentada apenas na pessoa doente
- A família não deve ser vista só como recurso para receber a pessoa após a alta

# O enfermeiro e a família

- “O enfermeiro tem um papel primordial na promoção da **autonomia do sistema familiar**, devendo intervir em parceria com este, de forma a melhorar o seu nível de competência e independência”

Figueiredo e Silva (2006, p. 11)

- “A **evidência** (...) do significado que a família dá para o bem-estar e **saúde dos seus membros**, bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o **cuidado centrado na família** como parte integrante da prática de enfermagem”

Wright e Leahey (2002, p. 13)

# Questões colocadas pelas famílias durante o estágio

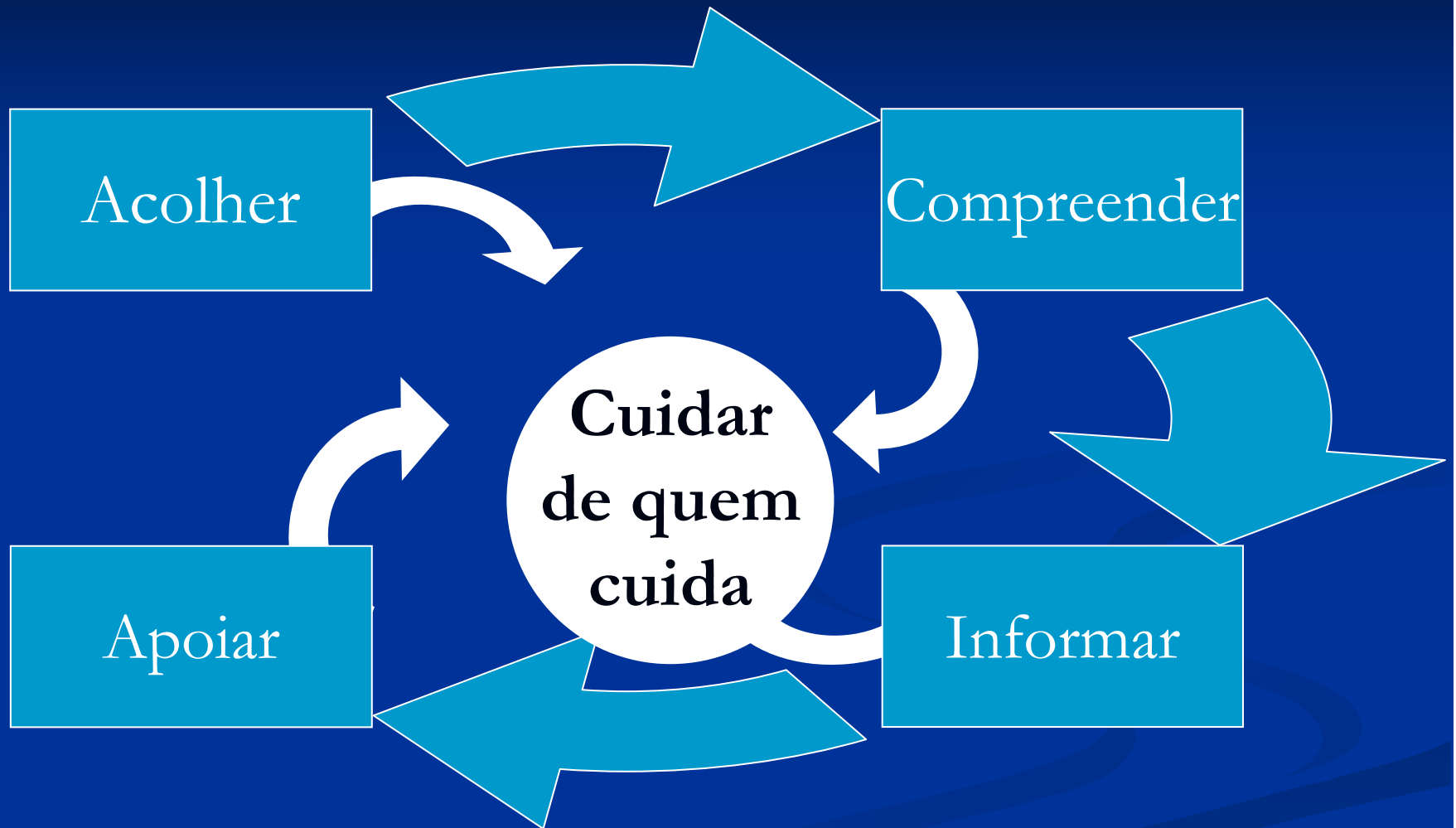
- **Ainda não falei com o médico...**
- Ele está a melhorar?
- Que medicação está a fazer ?
- Porque ficou doente?
- **Quando começa a melhorar?**
- **Em casa não toma a medicação. O que é que fazemos?**
- O que devemos fazer quando diz que quer morrer?
- O que fazemos quando fica agressivo?
- **Porque é que fez aquilo** (tentativa de suicídio, agressividade)?
- Ele diz que nós é que somos malucos e que ele não está doente



# Questões colocadas pelas famílias durante o estágio

- **Não sei o que fazer para ajudar**
- Ele precisa de fazer um TAC à cabeça
- Parece que fica pior quando o venho visitar
- Ele chega a casa e volta tudo ao mesmo
- **Ele antes era diferente... Está cada vez pior**
- **Ajude-nos a explicar-lhe que tem de tomar a medicação. Deve haver uma maneira de ele compreender**
- Ele não pode ter alta ainda. Está muito doente
- Podia dar-nos um folheto a explicar a doença?
- **Ele não tem força de vontade, não se esforça, não faz a parte dele**







# Reflexões

- Todos os dias os enfermeiros desenvolvem intervenções familiares psicoeducativas e de apoio e muitas ficam registadas em processo clínico
  - Como podemos **quantificar** e analisar o tipo de intervenção?
  - Em que **condições** são feitas essas intervenções?
  - Qual o impacto dessas intervenções se não as conseguirmos mensurar e **relacionar com ganhos** em saúde?
  - A forma como estruturamos as nossas ações estão **adaptadas aos novos desafios e critérios** do sistema de saúde?

# Reflexões

- O que **esperamos dos familiares** que lidam no seu dia a dia com comportamentos e sintomas de doença mental, altamente complexos?
- Como esperamos que eles **reajam** quando o familiar é internado?
- Será que as pessoas podem **fazer melhor** do que aquilo que fazem?

# “Família desadequada”

- Será este um **diagnóstico de enfermagem** com foco na família?
  - Preconceito?
  - Subjetivo?
  - Apreciação crítica?
  - Qualificação?
  - Atribuição aleatória?
  - Rótulo?


Prejuízo ou ausência de intervenções para a resolução do problema

# NANDA

- Diagnósticos validados nas **necessidades humanas**
  - Coping familiar comprometido
  - Síndrome de stress por mudança
  - Tensão devido ao papel do cuidador
  - Ansiedade
  - Medo
  - Desesperança
  - Adaptação prejudicada
  - Conhecimento deficiente
  - Coping defensivo
  - Conflito de decisão

Estimula o pensamento crítico/raciocínio clínico



A photograph showing a group of people's hands and forearms reaching out and holding each other in a circle. The hands are of various skin tones, and the background is dark and out of focus. The text "Quem cuida precisa de ajuda" is overlaid in the center in a white serif font.

Quem cuida  
precisa de ajuda

# Bibliografia

- BERGLUND, N; VAHLNE, JO; e EDMAN, A (2003) – **Family intervention in schizophrenia – impact on family burden and attitude**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Março de 2003. Vol. 38 (3). pp. 116-121.
- BRITO, Luísa (2006) – **Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia – uma revisão ‘quasi-sistemática’ da literatura**. Coimbra: Revista Portuguesa de Enfermagem. N.º 5. 2006. pp. 15-24. Universidade Nova de Lisboa.
- CLEARY, M; HORSEFALL, J; e HUNT, GE (2003) – **Consumer feedback on nursing care and discharge planning**. Journal of Advanced Nursing. Maio de 2003 May. 42(3). pp. 269-277. ISSN 0309-2402
- COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; e ROLIM, Marli Alves (2004) – **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 38. N.º 2. pp.197-205.
- EATON, Phyllis M; DAVIS, Bertha L; HAMMOND, Pamela V; CONDON, Esther H; e MCGEE, Zina T (2011) – **Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients**. Nursing Research and Practice. Volume 2011. Article ID 392705. 12 páginas. Data da publicação eletrónica: 17 de maio de 2011.
- FIGUEIREDO, MH; e SILVA, LW (2006) – **Cuidar a família: um compartilhar de experiências luso-brasileiras**. Livro da 9.ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem “Investigar para melhor Cuidar”. Novembro 23-31. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- GARRIDO, R; ALMEIDA, OP (1999). **Distúrbios de comportamento em pacientes com demência**. Arquivo de Neuropsiquiatria, v. 57, n.º 2B, pp. 427-434.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel (1996) – **Repercussões da Doença Mental na Família – Um estudo de familiares de doentes psicóticos**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNL. Lisboa.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; XAVIER, Miguel; FADDEN, Gráinne. **O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos**. Análise Psicológica (2007), 2 (XXV): 241-255.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; XAVIER, Miguel; NEVES, António; BARAHONA-CORRÊA, Bernardo; e FADDEN, Gráinne (2006) – **Intervenções familiares na esquizofrenia – Dos aspectos teóricos à situação em Portugal**. Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Universidade de Birmingham – Birmingham & Solihull NHS Mental Health Trust. Inglaterra. In Acta Médica Portuguesa. 2006, 19. pp. 1-8.

# Bibliografia

- Leff, J (2000) – **Family work in schizophrenia: practical application.** Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum. 2000. (407). pp. 78-82.
- LUZARDO, AR (2006) – **Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria.** Texto & Contexto Enfermagem. v. 15. n.º 4. pp. 587-94.
- MAGLIANO, L; FADDEN, G; ECONOMOU, M; HELD, M; XAVIER, M; GUARNERI, M; MALANGONE, C; MARASCO, C; e MAJ, M (2000) – **Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Março de 2000. 35(3). pp. 109-115.
- MURRAY-SWANK, A; GLYNN, S; COHEN, AN; SHERMAN, M; MEDOFF, DP; FANG, LJ; DRAPALSKI, A; e DIXON, LB (2007) – **Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness.** Journal of Rehabilitation Research & Development. 2007. 44(6). pp. 801-811. ISSN: 0748-7711.
- NORDBY, K; KJONSBERG, K; e HUMMELVOLL, JK (2010). **Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery.** Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing. Maio de 2010. Vol. 17 (4), pp. 304-311.
- OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de; LUNARDI, Valéria Lerch; e SILVA, Mara Regina Santos da (2005) – **Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger.** Cogitare Enfermagem – revista do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Jan.-abr. 2005. 10(1). pp. 9-15.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) – **Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISBN 972-675-082-2.
- ÖSTMAN, M (2004) – **Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients.** Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing. Out.-nov. 2004. Vol. 11 (5). pp. 608-613. ISSN 1351-0126.
- PARKINSON, Alice Richards (1985) – **Families of hospitalized psychiatric patients: a descriptive study of attenders and nonattenders of a family support group.** University of Utah Spencer S. Eccles. Health Sciences Library.

# Bibliografia

- PERREAULT, Michael; TARDIF, Hélène; PROVENCHER, Hélène; PAQUIN, Genviève; DESMARAIS, Julie; e PAWLIUK, Nicole (2005) – **The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The perspective of patients and their relatives**. Psychiatric Quarterly. Inverno de 2005. Volume 76. N.º 4. pp. 297-315. 19 p. ISSN 00332720.
- PICKETT-SCHENK, SA; BENNETT, C; COOK, JA; STEIGMAN, P; LIPPINCOTT, R; VILLAGRACIA, I; e GREY, D (2006) – **Changes in caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: results of a randomized evaluation of a family-led education intervention**. Outubro de 2006 (The Cochrane Controlled Trials Register (CCTR/CENTRAL)). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software. Updated quarterly.
- PILLING, S; BEBBINGTON, P; KUIPERS, E; GARETY, P; GEDDES, J; ORBACH, G; e MORGAN, C (2002). **Psychological treatments in schizophrenia: I. Metaanalysis of family intervention and cognitive behaviour therapy**. Psychological Medicine. Cambridge University Press, 32, 763-782.
- PROVENCHER, HL; e MUESER, KT (1997) – **Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia**. Schizophrenia Research. 25 de julho de 1997. Volume 26 (1). pp 71-80.
- ROGERS, ES; DANLEY, KS; ANTHONY, WA; MARTON, R; e WALSH, D (1988) – **The residential needs and preferences of persons with serious mental illness: a comparison of consumers and family members**. Journal of Mental Health Administration. Inverno 1994. Volume 21 (1). pp. 42-51.
- ROSE, LE (1996) – **Gaining control: family members relate to persons with severe mental illness**. Research Nursing and Health. Agosto de 1998. Volume 21 (4). pp. 363-373. ISSN: 0160-6891
- VAN DE BOVENKAMP, HM; e TRAPENBURG, MJ (2009) – **The relationship between mental health workers and family members**. Patient Education & Counseling. Julho de 2010. Volume 80 (1). pp. 120-125. ISSN 0738-3991
- WRIGHT, L, & LEAHEY, M (2002). **Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca. ISBN 85-7241-346-4.
- XAVIER, Miguel; GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; BARAHONA-CORRÊA, Bernardo; e CALDAS DE ALMEIDA, José Miguel (2002) – **Questionário de problemas familiares: Desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga familiar**. Psicologia, Saúde & Doenças. Volume 3 (2). pp. 165-177.

Até eles  
têm  
coisas  
boas!



**Anexo VII**  
**PROPOSTA DE GUIA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR**  
**PARA O INTERNAMENTO**

Entrevista de enfermagem  
com a família e o utente

# Preparando a alta

Nome do utente

Morada

Telefone

Familiares de referência

Nome

Parentesco

Telefone

Genograma

Quem trouxe o utente ao hospital?

Durante o internamento, de quem espera mais ajuda (informal)?

Utente

Familiares

Quem virá buscá-lo ao hospital?

Onde irá residir após a alta?

Que medicação fazia antes de ser internado?

Quem o acompanhava na comunidade? Tem médico de família?

O que sabe o utente sobre a sua situação atual?

O que sabe a família sobre a situação atual do utente?

De que forma o internamento interferiu na vida familiar?

Utente

Família

Quais as dificuldades sentidas nas visitas?

Utente		Família
	Sócio-Económicas	
	Relacionais	
	Outras	

O que mais o preocupa?

Utente

Família

A quem costuma pedir ajuda em caso de crise?

Utente

Família

Sabe que medicação toma? De que forma o ajuda?

Utente

Família

Quem ficará responsável pela medicação após a alta?

Como irá gerir a toma da medicação (onde fica, horários, caixa semanal)?

Tem meios para adquirir a medicação?

Conhece os técnicos da consulta de psiquiatria onde será acompanhado (nomes)? Como faz para os contactar?

Utente

Família

Que outras coisas o podem ajudar?

Utente

Família

PERCEÇÃO QUALITATIVA DO SUPORTE FAMILIAR

Muito boa       Boa       Suficiente       Insuficiente       Ausente

NECESSIDADES DA FAMÍLIA

Económicas       Emocionais       Relacionais       Educacionais

Data

O enfermeiro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo VIII**  
**RECRUTAMENTO E TRIAGEM DE FAMÍLIAS**

## **Família da senhora E**

A família foi-me sinalizada pela equipa comunitária. Foi identificada emoção expressa elevada na mãe da utente e dificuldades em estabelecer relação de confiança com a equipa, além de reduzido insight da utente e da mãe para a situação da doença. A reunião decorreu no Centro de Saúde, na Consulta de Psiquiatria. Compareceu a mãe e a senhora E. O pai e a irmã estavam ausentes no estrangeiro, em trabalho por período longo.

### **Primeira avaliação**

Senhora E com contacto apreensivo, desconfiada, evitante. Mãe iniciava o discurso facilmente, revelando ansiedade, muitas queixas físicas, constantes críticas à filha e relacionando a doença da filha com sobrecarga para a sua vida e com queixas de saúde.

Após as apresentações, a mãe começou a falar com tom agressivo, hostil e muito centrada nas suas queixas. Não respondia às questões colocadas e dizia com frequência “não aguento mais, ela tem de ver que tem uma doença e eu não tenho culpa. Eu carrego com tudo, só eu é que trabalho e ela, em vez de agradecer, é agressiva, chama-me nomes.” Foi muito difícil interromper a mãe. A filha estava tensa, verbalizando atividade produtiva de conteúdo persecutório: “É um complô contra mim e a minha mãe, que podia acabar com isto, não faz nada. Meteram-me na psiquiatria e agora não arranjo trabalho.” Fui tentando perceber como evoluíam os problemas na família e o que causava mais stress. Não olhavam uma para a outra, criticavam-se com frequência e verbalizavam que havia discussões frequentes. Ao verificar que a filha expressava ideias delirantes, a mãe começou a fazer mais silêncio e a filha, então, teve mais espaço para expressar os seus receios e comportamentos. Todo o discurso tinha conotação persecutória, onde incluía a mãe, verbalizando alucinações auditivo-verbais. Fui intervindo de forma a que a mãe compreendesse o que a filha, naquele momento, lhe dizia – o que habitualmente não acontecia. Embora triste, ficou mais calma.

Desde o início percebi que esta família não preenchia os critérios para uma intervenção deste tipo. Principalmente porque a senhora E se encontrava numa situação de descompensação psicótica, com atividade delirante, alucinatória e autorrelação. A mãe necessitava de intervenção individual de apoio psicoeducativo e de ajuda mas estratégias de coping e comunicação.

A utente verbalizou que não aceitava nenhum tipo de ajuda. “Eu não tenho nada. A minha mãe é que precisa. Tive uma depressão mas tomo a injeção, que me ajuda. Já estou melhor mas há coisa em que ninguém me pode ajudar.” Referia-se a arranjar trabalho e sair de casa da mãe. “Ela é a culpada de eu estar assim. Faz tudo para me ver mal. Grita e faz ‘bullying’”, disse a senhora E.

Terminei a reunião informando que a enfermeira que acompanha a utente continuaria a ajudá-la e que iria falar com ela, explicando os motivos por que não iniciaríamos a intervenção

familiar. Falei com a médica e a enfermeira desta família, informando-as do resultado da avaliação. Por a situação estar tão grave, houve uma reavaliação da senhor E, com aumento da medicação, e a enfermeira iniciou seguimento individual com a mãe.

## **Família da senhora F**

Reunião de avaliação para possível intervenção cognitivo-comportamental. A família compareceu na consulta comunitária: mãe, irmã e a senhora F.

Já tinham participado num grupo de psicoeducação breve, aquando do primeiro surto. A família revelou-se muito coesa, apoiante e não se apurou necessidade de ajuda na gestão do stress e problemas de vida diária, com baixa emoção expressa observada. Revelaram poucos défices no conhecimento da doença, principalmente em relação às causas. “Aceitam bem” a sintomatologia negativa e lidam com isso de forma ajustada: “Sabemos que ela é assim, tem dificuldades; nós ajudamos mas não a obrigamos a fazer o que não consegue.”

A utente tinha postura reservada, não fixava o olhar e, segundo ela e a família, mantinha autorrelação, com dificuldade na sociabilização. Só saía de casa acompanhada e não era capaz de andar de transportes públicos. “Acho que tenho esquizofrenia e isso deve ser crónico. Eu li num relatório”, afirmou. Em casa fazia várias atividades. É ela que cozinhava habitualmente para toda a família. “Inventa comidas, tem jeito”, disse a irmã, acrescentando que ela também cuidava da casa e gostava de ver futebol com o irmão. “Somos do Benfica mas eu gosto do Barcelona”, confirmou a senhora F. Referiram que resolviam os problemas em família com facilidade. “Discutimos sobre as coisas e todos tentam ajudar. Somos unidos e amigos”, garantiram.

A família é constituída por pai, mãe, senhora F, irmão e irmã. Durante a avaliação, informaram que o pai e o irmão não tinham disponibilidade nem mostraram interesse em participar nas reuniões. Ao compreender que a família não concordava toda em participar nas reuniões – e esse é um critério de exclusão – e que não demonstrou necessidades de ajuda para este tipo de intervenção, não terminei a avaliação, informando a razões por que não iríamos continuar. A família aceitou bem e identificou como necessidade de ajuda que a senhora F frequentasse o projeto de reabilitação para o qual já tinha sido proposta, sem nunca aderir. Este aspeto foi discutido, explicando a importância da senhora F frequentar o espaço de reabilitação.

Posteriormente, informei a enfermeira e a psiquiatra que acompanham a senhora F que não iria proceder à intervenção com a família e das necessidades que identifiquei, relacionadas apenas com a doente.

**Anexo IX**

**FORMULÁRIO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS  
COM A FAMÍLIA ALVO DA TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL**



**PARTE II: CONHECIMENTO ACERCA DA DOENÇA DO FAMILIAR**

Nome da doença (como se chama? o que sabe desse problema?): \_\_\_\_\_

Causa(s): \_\_\_\_\_

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

Factores de melhoria (o que parece ajudar ?)

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

Medicação:      Tipo: \_\_\_\_\_

Benefícios: \_\_\_\_\_

Acções acessórias: \_\_\_\_\_

História de adesão à terapêutica: \_\_\_\_\_

**PARTE III: "COPING" E SOBRECARGA**

Dificuldades principais (quais as dificuldades principais que tem com o problema ?):

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

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

PARTE IV: AVALIAÇÃO DE "REFORÇOS".

**ACTIVIDADES:**

(a que actividades dedica  
a maior parte do tempo?)

*Actuais:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

*Desejadas:*

(há coisas que gostaria de fazer e não faz?  
o que o/a impede?)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**LOCAIS:**

(onde passa a maior parte do tempo?)

*Actuais:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

*Desejados:*

(há sítios onde gostaria de estar mais tempo?  
o que o/a impede?)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**PESSOAS:**

(com quem passa a maior parte do tempo?)

*Actuais:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

*Desejadas:*

(com quem gostaria de estar mais tempo?  
o que o/a impede?)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**PESSOAS DE REFERÊNCIA/SUPORTE (ACTUAIS OU POTENCIAIS):**

Tem alguém com quem discutir os seus problemas? Com que frequência?

\_\_\_\_\_

**"OBJECTOS" DE AVERSÃO (ACTIVIDADES, PESSOAS, LOCAIS):**

Que situações (actividades, pessoas, locais) não gosta/evita?

\_\_\_\_\_

Há alguém na sua família que o incomode ou preocupe?

\_\_\_\_\_

PARTE V: **OBJECTIVOS PESSOAIS RELEVANTES PARA AS  
NECESSIDADES INDIVIDUAIS E DA FAMÍLIA**

Se o problema actual (a doença do seu familiar) desaparecesse ou fosse atenuado, o que gostava de estar a fazer dentro de 3 meses?

**OBJECTIVO 1** (especifique):

---

---

Passos já alcançados  
(que passos já alcançou?):

---

Problemas encontrados ou antecipados  
(o que o pode impedir de atingir esse objectivo?):

---

Suporte vs conflito familiar  
(que pessoas o ajudarão ou impedirão de atingir esse objectivo? porquê?):

---

**OBJECTIVO 2** (especifique):

---

---

Passos já alcançados:

---

Problemas encontrados ou antecipados:

---

Suporte vs conflito familiar:

---

PARTE VI: **OUTROS PROBLEMAS**

Que outros problemas tem na sua vida de todos os dias? v.g. conjugais, com amigos, financeiros, profissionais, de alojamento.

---

---

---

---

---

**Anexo X**  
**APGAR DA FAMÍLIA DO SENHOR G**

<b>APGAR FAMILIAR Senhor G</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase nunca</b>
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa		X	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	X		
<b>APGAR Familiar</b>	<b>6</b>		

**Legenda:** Quase sempre = 2 pontos; Algumas vezes = 1 ponto; Quase nunca = 0 pontos.

7 a 10 pontos = Família funcional; 4 a 6 pontos = Família com moderada disfunção; 0 a 3 = Família com disfunção acentuada

<b>APGAR FAMILIAR Pai do senhor G</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase nunca</b>
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			X
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			X
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	X		
<b>APGAR Familiar</b>	<b>5</b>		

**Legenda:** Quase sempre = 2 pontos; Algumas vezes = 1 ponto; Quase nunca = 0 pontos.

7 a 10 pontos = Família funcional; 4 a 6 pontos = Família com moderada disfunção; 0 a 3 = Família com disfunção acentuada

<b>APGAR FAMILIAR Mãe do senhor G</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase nunca</b>
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa		X	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			X
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			X
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	X		
<b>APGAR Familiar</b>	<b>4</b>		

**Legenda:** Quase sempre = 2 pontos; Algumas vezes = 1 ponto; Quase nunca = 0 pontos.

7 a 10 pontos = Família funcional; 4 a 6 pontos = Família com moderada disfunção; 0 a 3 = Família com disfunção acentuada

**Anexo XI**  
**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR NO PROGRAMA**  
**DE TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL**

**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR  
NO PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL**

Nós, a família \_\_\_\_\_, consentimos em participar num programa de seis meses para ajudar o nosso familiar (com um problema de \_\_\_\_\_).

Percebemos bem que isto envolve:

- a) Entrevistas individuais de avaliação a todos os membros adultos da família, que vivem em casa.
- b) Receber informação e formação sobre a doença mental e o seu tratamento.
- c) Sermos treinados em maneiras mais eficientes de resolver problemas e atingir objectivos pessoais, para conseguirmos lidar melhor com o "stress" na nossa vida quotidiana.
- d) Gravação das sessões com o nosso terapeuta, de modo a que ele possa conferir os métodos da terapia com outro colega. Estas fitas gravadas serão rigorosamente confidenciais, e serão apagadas imediatamente após terem sido ouvidas pelo terapeuta.
- e) Que todos nós, os membros da família, devemos comparecer nas sessões familiares (semanalmente durante três meses e depois quinzenalmente até perfazer seis meses; nessa altura, poderemos continuar, se for preciso). Sabemos que vão ser feitos todos os esforços para que as sessões sejam no horário mais conveniente para a família.
- f) Somos inteiramente livres de abandonar este programa em qualquer altura. Continuamos sempre a ter direito aos restantes tratamentos providenciados pelos Serviços.

Este tipo de conversas em família tem sido bem estudado e os resultados das investigações são muito bons. O(s) terapeuta(s) acham que todos nós, membros da família, podemos beneficiar.

Assinaturas dos membros da família:

---

---

---

---

Terapeuta (s):

---

---

Data:

---

**Anexo XII**  
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR**  
**– TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL**







LISTA DE VERIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS (L.C.R.)

MF<sup>3</sup>:

CRITÉRIO A<sup>1</sup>

MF:

CRITÉRIO B<sup>2</sup>

TREINO DA COMUNICAÇÃO	CRITÉRIO A <sup>1</sup>					CRITÉRIO B <sup>2</sup>					
	MF <sup>3</sup>	MF:	MF:	MF:	MF:	MF:	MF:	MF:	MF:	MF:	
<b>TREINO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b> 1. Sistema familiar capaz de individualizar um problema específico 2. Sistema familiar capaz de produzir 5 ou mais soluções alternativas 3. Sistema familiar capaz de reconhecer (anotar) cada uma das alternativas 4. Sistema familiar capaz de avaliar os <i>prós</i> e <i>contras</i> de cada alternativa 5. Sistema familiar capaz de concordar na melhor solução 6. Sistema familiar capaz de planejar estratégias para implementar a "melhor" solução 7. Sistema familiar capaz de implementar mudanças 8. Sistema familiar capaz de rever o resultado de um problema de forma construtiva	SISTEMA FAMILIAR					SISTEMA FAMILIAR					

<sup>1</sup> Critério A: evidência espontânea na sessão/interação relatada em casa  
<sup>2</sup> Critério B: evocado, na sessão, pelo terapeuta  
<sup>3</sup> MF: membro da família; escrever as iniciais de cada um no topo da coluna correspondente

**Anexo XIII**  
**FORMULÁRIO DE REGISTO DA MEDICAÇÃO**

**REGISTO DA MEDICAÇÃO**

Nome \_\_\_\_\_

<b>DATA</b>	<b>FÁRMACO</b>	<b>DOSE</b>	<b>% tomada</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>

**Anexo XIV**  
**FORMULÁRIO DE SINAIS PRECOCES DE ALARME**

**SINAIS PRECOCES DE ALARME**

Nome: \_\_\_\_\_

Estou em risco de poder vir a ter episódios de \_\_\_\_\_

Os meus sinais precoces de alarme para esses episódios são:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Sempre que experimente qualquer destes sinais, devo fazer o seguinte:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

O meu médico assistente é o Dr. \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

O meu familiar mais próximo é: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Se tiver qualquer preocupação sobre este meu problema devo contactar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ imediatamente.

**Anexo XV**  
**FORMULÁRIOS DE PERÍCIAS DE COMUNICAÇÃO**  
**DA TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL**

## **EXPRESSANDO SENTIMENTOS AGRADÁVEIS**

- OLHE A PESSOA
- DIGA-LHE EXACTAMENTE  
O QUE ELA FEZ  
QUE LHE AGRADOU
- DIGA-LHE COMO SE SENTIU

## EXPRESSANDO SENTIMENTOS AGRADÁVEIS

DIA	PESSOA QUE LHE AGRADOU	O QUE FEZ A PESSOA, EXACTAMENTE, QUE LHE TENHA AGRADADO A SI ?	O QUE É QUE VOCÊ LHE DISSE DEPOIS ?
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

**Exemplos:**

Apresentar-se bem arranjado  
 Chegar a tempo  
 Ajudar em casa  
 Cozinhar as refeições

Trabalhar no jardim  
 Ser simpático  
 Ter uma conversa  
 Fazer uma sugestão

Ir trabalhar  
 Oferecer-se para ajudar  
 Lavar-se  
 Fazer a cama

Ser atencioso  
 Sair  
 Mostrar interesse  
 Tomar os medicamentos

Não faltar às consultas  
 Fazer um telefonema

## **FAZENDO PEDIDOS “POSITIVOS”\***

- **OLHE A PESSOA**
- **DIGA-LHE EXACTAMENTE  
O QUE GOSTAVA  
QUE ELA FIZESSE**
- **DIGA-LHE COMO  
ISSO O(A) FARIA SENTIR**

\* AO FORMULAR PEDIDOS “POSITIVOS”  
USE EXPRESSÕES DO TIPO:  
“GOSTAVA QUE TU .....

“FICAVA MUITO CONTENTE SE TU .....

## FORMULANDO PEDIDOS “POSITIVOS” \*

OLHE A PESSOA – DIGA EXACTAMENTE O QUE QUER QUE ELA FAÇA – DIGA-LHE COMO SE SENTIRIA

DIA	PESSOA A QUEM FOI FEITO O PEDIDO	O QUE PEDIU, EXACTAMENTE, A ESSA PESSOA ?
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

\* AO FORMULAR PEDIDOS “POSITIVOS”, USE EXPRESSÕES COMO:

“GOSTAVA QUE TU .....”

“FICAVA MUITO CONTENTE SE TU .....”

## **EXPRESSANDO SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS**

- **OLHE A PESSOA;  
FALE FIRMEMENTE**
- **DIGA-LHE EXACTAMENTE  
O QUE ELA FEZ  
QUE LHE DESAGRADOU**
- **DIGA-LHE COMO SE SENTIU**
- **RESPONSABILIZE-SE  
POR SE ASSEGURAR  
QUE OS SEUS SENTIMENTOS  
DESAGRADÁVEIS  
DESAPARECEM**  
(ex: organize discussões de resolução de  
problemas ou formule pedidos “positivos”  
de comportamentos alternativos)

## EXPRESSANDO SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS

OLHE A PESSOA – O QUE LHE DESAGRADOU – DIGA-LHE COMO SE SENTIU – SUGIRA COMO ISTO PODE SER EVITADO NO FUTURO

DIA	PESSOA QUE LHE DESAGRADOU	O QUE FEZ A PESSOA, EXACTAMENTE, QUE LHE TENHA DESAGRADADO A SI ?	COMO SE SENTIU (ex: zangado, triste, etc.)	O QUE LHE PEDIU PARA FAZER NO FUTURO?
Segunda-feira				
Terça-feira				
Quarta-feira				
Quinta-feira				
Sexta-feira				
Sábado				
Domingo				

**Exemplos:**

Estou zangado por teres gritado comigo, Tomás. Gostava que da próxima vez falasses com mais calma e mais baixo.

Estou muito triste por não teres conseguido aquele emprego. Gostava de falar um pouco contigo, depois de jantar, para ver outras alternativas.

Sinto-me muito ansioso quando me dizes que devia arranjar um emprego. Ajudava-me muito se não me incomodasses com isso.

## **“ESCUTA ACTIVA”**

- **OLHE A PESSOA QUE FALA**
- **PRESTE ATENÇÃO  
AO QUE ELA DIZ**
- **DIGA QUE SIM COM A  
CABEÇA, DIGA “UH - HUH...”**
- **FAÇA PERGUNTAS  
PARA ESCLARECIMENTO**
- **CONFIRA O QUE OUVIU**

## “ESCUITA ACTIVA”

VERIFIQUE QUANTAS VEZES CADA MEMBRO DA FAMÍLIA FAZ PERGUNTAS PARA CLARIFICAR IDEIAS OU SENTIMENTOS DE OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA, NO DECURSO DE UMA SESSÃO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

NÚMERO DE PERGUNTAS	MEMBRO DA FAMÍLIA 1 NOME:	MEMBRO DA FAMÍLIA 2 NOME:	MEMBRO DA FAMÍLIA 3 NOME:	MEMBRO DA FAMÍLIA 4 NOME:	MEMBRO DA FAMÍLIA 5 NOME:

FOLHA PREENCHIDA POR (Nome da pessoa responsável pelo registo): \_\_\_\_\_

# RESOLVER PROBLEMAS E ATINGIR OBJECTIVOS

- IDENTIFICAR O  
PROBLEMA OU OBJECTIVO
- DESENVOLVER  
SOLUÇÕES POTENCIAIS
- AVALIAR AS  
CONSEQUÊNCIAS POTENCIAIS
- ESCOLHER A  
“MELHOR” ESTRATÉGIA
- PLANEAR E PÔR EM PRÁTICA
- REVER OS RESULTADOS

## RESOLVER PROBLEMAS E ATINGIR OBJECTIVOS

### PASSO 1: QUAL É O PROBLEMA OU OBJECTIVO?

Fale acerca do problema ou objectivo, ouça cuidadosamente, faça perguntas, peça a opinião a toda a gente. Em seguida, escreva *exactamente* qual é o problema ou objectivo.

---

---

### PASSO 2: ENUNCIE TODAS AS SOLUÇÕES POSSÍVEIS

Escreva todas as ideias, mesmo as más. Leve toda a gente a propor pelo menos uma solução possível. Nesta fase, enuncie as soluções *sem as discutir*.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### PASSO 3: DISCUTA TODAS AS SOLUÇÕES POSSÍVEIS

Passa *rapidamente* em revista a lista de soluções possíveis e discuta as *principais* vantagens e desvantagens de cada uma.

### PASSO 4: ESCOLHA A "MELHOR" SOLUÇÃO

Escolha a solução que mais rapidamente possa ser levada a cabo, para resolver o problema.

---

---

### PASSO 5: PLANEIE COMO LEVAR A CABO A "MELHOR" SOLUÇÃO

Recursos necessários. Principais "armadilhas" a ultrapassar. Pratique os passos difíceis. Guarde tempo para uma revisão.

- Passo 1) \_\_\_\_\_
- Passo 2) \_\_\_\_\_
- Passo 3) \_\_\_\_\_
- Passo 4) \_\_\_\_\_

### PASSO 6: REVEJA A EXECUÇÃO DO PLANO E ELOGIE TODOS OS ESFORÇOS

Foque primeiro os progressos conseguidos. Reveja o plano, tantas vezes quanto necessário.

**Anexo XVI**

**AUTORIZAÇÃO PARA APLICAR O MODELO DE TERAPIA FAMILIAR  
COMPORTAMENTAL NA CONSULTA COMUNITÁRIA**

Exma. Senhora Diretora  
do Serviço de Psiquiatria  
do Hospital Fernando Fonseca  
Dr.ª Alice Luís

Amadora, 4 de janeiro de 2012

Eu, Martina Isabel Resendes Silva Medeiros, enfermeira, encontro-me a frequentar o 3.º semestre do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria e tenho como projeto de estágio implementar intervenções familiares de carácter psicoeducativo. Fiz o Curso de Terapia Familiar Comportamental (TFC), na Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, ministrado pelo dr. Manuel Gonçalves-Pereira, com o objetivo de desenvolver competências nesta área de intervenção, durante o estágio de mestrado, numa equipa comunitária deste hospital.

No final do curso de TFC foi-nos sugerido que começássemos o mais cedo possível a intervenção com uma família com grau de complexidade baixo, de forma a treinar os conhecimentos adquiridos. Assim, pretendo iniciar o processo, com supervisão, selecionando uma família numa equipa comunitária desta instituição, com início previsto para o dia 16 de fevereiro de 2012.

Assim sendo, solicito consentimento para avançar com este projeto, pedindo também colaboração de toda a equipa.

E. Deferimento

Martina Isabel Resendes Silva Medeiros

(Martina Isabel Resendes Silva Medeiros)

Anexo: Projeto de estágio

Autoriza 10/1/2012  
Alice Luís  
(Diretora Serviço)