



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

**Promoção da Resiliência da Família de Crianças e
Adolescentes**

Nuno Miguel Silva Neves



**Lisboa
2021**

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

**Promoção da Resiliência da Família de Crianças e
Adolescentes**



Orientador: Joaquim Manuel de Oliveira Lopes



**Lisboa
2021**

“Quando as raízes são profundas, não há razão para temer o vento”
(Provérbio Chinês)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio de sempre e para sempre, e que mais uma vez não se fez sentir diferente. Sempre lá para tudo, incondicionalmente.

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos que tantas vezes, muitas delas sem se aperceberem, nas muitas visitas de enfermeiro e entre tantas brincadeiras, foram, sem dúvida, a energia e força motriz para tentar ser sempre mais e melhor, por eles e para eles, na esperança que um dia, num futuro tão próximo quanto possível, vivam num país mais consciente e desperto para a importância da saúde mental na vida de cada um e de toda a sociedade.

Aos meus amigos de todas as horas e que muitas vezes fora delas foram a distração, suporte e diversão necessários para enfrentar todos os desafios sempre com o sorriso e entusiasmo que me caracteriza.

Aos meus colegas e amigos do curso de mestrado, que a saúde mental uniu, em momentos que estivemos prestes a perdê-la, mas conscientes de que este era o caminho escolhido e de que juntos seria sem dúvida mais rico e mais fácil.

Ao meu Professor Orientador, Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes, pelas reflexões promovidas, pela inextinguível capacidade de orientação e pela motivação e confiança transmitidas nos momentos de maior desânimo e cansaço.

Às enfermeiras orientadoras de cada contexto, pela partilha, disponibilidade, apoio, orientação e compreensão que me permitiram crescer pessoal e profissionalmente a cada momento, em cada aprendizagem.

Por fim, à minha namorada e agora noiva, que mesmo não tendo feito parte do início, foi o meio e o “fim”, no exemplo de entrega, esforço, dedicação e amor que temos o dever de colocar em tudo o que fazemos, em tudo a que nos dedicamos e a que queremos dar sentido. E ela foi isso mesmo, o exemplo de que só faz sentido se sentirmos. Obrigado meu amor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

FRAS – Family Resilience Assessment Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de hiperatividade e défice de atenção;

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

Nas últimas décadas as famílias têm sido alvo de transformações, com frequentes alterações na sua estrutura, constituição multicultural, papéis de género, condições socioeconómicas e padrões do ciclo vital.

Assim, torna-se premente compreender os desafios que cada família atravessa e identificar quais os processos familiares que permitem a sua prosperidade. Numa perspetiva sistémica e considerando a família um sistema social, onde coexistem indivíduos em constante interação, é compreensível que uma crise num indivíduo, afete a família como um todo. Surge assim o conceito de resiliência familiar, que possibilita dar sentido às adversidades, através de processos de crescimento pessoal e relacional, que reforçam a estrutura, tornando-a capaz de fazer face a eventos potencialmente stressores.

No entanto, os momentos de crise embora sejam entendidos como propícios a uma evolução e crescimento podem constituir um momento de risco patológico, de dificuldade ou perturbação evolutiva, carecendo de apoio e acompanhamento profissional e individualizado. Nesse sentido, à luz do Modelo Teórico de Betty Neuman, desenvolvi a minha intervenção no âmbito da promoção da resiliência familiar de pais de crianças com dificuldades da linguagem e/ou socialização, integrando como coterapeuta, um grupo multifamiliar, numa consulta externa de um hospital da região de Lisboa.

Sendo a resiliência um fenómeno recente em Enfermagem recorri a um projeto qualitativo assente no método de estudo de caso, definindo como objetivos: conhecer os fatores de stress, protetores e de reconstituição de cada família e promover a resiliência de famílias cujos filhos apresentam problemas da linguagem/socialização.

Em conclusão, pese embora as limitações impostas pela situação pandémica atual pude perceber que a intervenção de enfermagem em grupo multifamiliar é uma estratégia promotora da resiliência familiar. A partilha das vivências e a aprendizagem em grupo permitem às famílias potenciar a sua capacidade de fazer face às adversidades, promovendo assim a sua resiliência.

Palavras-chave: Família, Resiliência Familiar, Intervenção de Enfermagem

ABSTRACT

In the last few decades, families have suffered a series of transformations, with changes in its structure, multicultural constitution, gender roles, social and economic conditions and life cycle patterns.

It then becomes vital to understand the challenges each family faces and identify the processes that contribute to its welfare. In a systemic perspective, and considering the family as a social system where individuals coexist in permanent interaction, it is understandable that a crisis in one individual disrupts the family as a whole. Thus, the concept of family resilience emerges, as it allows to validate adversities through personal and relational development processes that reinforce the structure and make it capable of coping with potentially stressful events.

However, although the moments of crisis are realised as conducive to evolution and growth, it may also pose to a moment of pathologic risk, of difficulty or disturbance in the development, lacking professional and individualised support and follow up. Hence, in the light of Betty Neuman Theoretic Model, I have developed my intervention in the scope of promotion of family resilience for parents with children with language and/or socialization difficulties, integrating a co-therapist and a multi-family group in an outpatient clinic of a hospital within the region of Lisbon.

Considering that resilience is a recent concept in Nursing, I have resorted to a quality project based on a case study method, setting as objectives the following: to know the stressor, protective and coping factors of each family, and to promote resilience in families whose children present language and/or socialization difficulties.

As a conclusion, despite the limitations imposed by the current pandemic situation, I was able to perceive that the nursing intervention in multi-family groups is a family resilience promoter strategy. Sharing experiences and learnings in groups, allows families to enhance their capability of facing adversities, promoting their resilience.

Key words: Family, Family Resilience, Nursing Intervention

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE 1 – RESILIÊNCIA DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	13
1. Problemática	13
2. Enquadramento Teórico	14
2.1. Perspetiva Sistémica da Família de Crianças e Adolescentes	14
2.2. Perspetiva Sistémica da Criança e do Adolescente	16
2.3. Resiliência Familiar como Foco de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	19
3. Contexto de Intervenção.....	23
3.1. Caracterização do Contexto da Consulta Externa de Pedopsiquiatria	23
4. Questão de Partida.....	23
5. Objetivo.....	23
6. Metodologia e Método	24
6.1. Desenho do Estudo: Estudo de Caso	24
6.2. Os Participantes	25
6.3. Diagnóstico Inicial	25
6.4. A Intervenção	27
6.5. A Avaliação da Intervenção	35
6.6. A Supervisão e Intervisão da Intervenção.....	37
6.7. Questões Éticas	38
6.8. Limitações e Dificuldades	38
PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP	40
1. Objetivos Gerais.....	40
2. Objetivos Específicos em Contexto de Estágio	40
3. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	41
3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal.....	41

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	42
3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	44
3.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais	45
4. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	46
4.1. Detém um Elevado Conhecimento e Consciência de Si Enquanto Pessoa e Enfermeiro.....	46
4.2. Assiste a Pessoa ao Longo do Seu Ciclo de Vida, Família, Grupos e Comunidade na Otimização da Sua Saúde Mental	48
4.3. Ajuda a Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Integrada na Família, Grupos e Comunidade a Recuperar a Saúde Mental, Mobilizando as Dinâmicas Próprias de Cada Contexto	49
4.4. Presta Cuidados Psicoterapêuticos, Sócio Terapêuticos, Psicossociais e Psicoeducacionais à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Mobilizando o contexto e Dinâmica Individual, Familiar de Grupo ou Comunitário, de Forma a Manter, Melhorar e Recuperar a Saúde	50
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICES.....	58
Apêndice I – Genogramas Familiares e Extração de Dados por Família de acordo com a FRAS.....	59
Apêndice II – Escala de FRAS adaptada – Extração de Dados por Família.....	75
ANEXOS	82
Anexo I – Escala de FRAS (Family Resilience Assessment Scale)	83
Anexo II – Consentimento Informado	93

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório visa espelhar o caminho percorrido no desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de na área de saúde mental e psiquiatria (EESMP) e nas competências de obtenção do grau de mestre.

Como forma de dar resposta ao desenvolvimento de competências esperado, face aos contextos de ensino clínico (consulta externa e internamento de pedopsiquiatria de um hospital da região de Lisboa) defini como objetivos: relatar o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESMP; descrever a intervenção do EESMP na promoção da resiliência de famílias com filhos com problemas da linguagem/socialização; compreender e relatar a intervenção do EESMP no contexto de um grupo multifamiliar.

No que respeita à estrutura do relatório, começarei por realizar a definição da problemática em estudo, posteriormente farei um enquadramento teórico, definindo os conceitos-chave e o modelo teórico utilizado e que sustentou o meu processo de aprendizagem. Seguidamente irei efetuar uma descrição e avaliação da intervenção desenvolvida com um grupo multifamiliar de pais de crianças com problemas da linguagem e socialização. Por fim, terminarei descrevendo pormenorizadamente o processo de aquisição de competências comuns e específicas enquanto futuro enfermeiro especialista.

Este caminho começou a ser desenvolvido durante a minha prática profissional resultando da necessidade de melhor compreender o sistema familiar. Exercendo eu funções no serviço de Pediatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca há nove anos, tornou-se uma inevitabilidade a compreensão do papel central que este sistema desempenha na prestação de cuidados em parceria à criança e ao adolescente. Com a experiência que fui adquirindo ao longo do tempo foi-se tornando mais evidente e fascinante, a compreensão do impacto que as suas forças e/ou problemas promovem no sistema criança e adolescente e vice-versa. Esse fascínio aliou-se ao facto de ser claro o significativo aumento do número de crianças e adolescentes com perturbações emocionais e/ou do comportamento internados no meu serviço, o que me levou a questionar se a minha prestação de cuidados a estas crianças e famílias iria ao encontro das suas necessidades.

Nesse sentido surgiu o conceito de resiliência familiar como forma de melhor dar resposta às necessidades sentidas. Segundo Walsh (2016) a resiliência pressupõe a capacidade de resistir e se regenerar de desafios perturbadores, referindo tratar-se de um

conceito que tem assumido particular importância na pesquisa e prática em saúde mental nas últimas décadas. Completa, citando Bonanno, 2004; Luthar, 2006; Masten, 2001 ao afirmar que a resiliência familiar pressupõe processos dinâmicos que promovem uma adaptação positiva em contextos de adversidades significativas, concluindo que esse processo de enfrentamento e adaptação conduz, não só à recuperação, mas também a um crescimento positivo de todo o sistema familiar.

Walsh (2016) relaciona o conceito de resiliência familiar com o conceito de resiliência individual, referindo ser importante entender os membros individuais da família como recursos potenciais, mas alerta para a importância de a família ser entendida como uma unidade funcional, tendo como uma das principais premissas, o entendimento de que crises profundas e adversidades persistentes afetam a família como um todo. Assim, segundo a mesma autora a resposta familiar possibilita que o sistema recupere suavizando o stress, reduza o risco de disfunção e promova uma adaptação ideal.

Por forma a melhor compreender este conceito no âmbito da prática de enfermagem, mais concretamente enquanto futuro EESMP, torna-se fulcral desenvolver uma adequada compreensão do sistema familiar. Deste modo entendo que o modelo conceptual de Betty Neuman, é o que, para mim, melhor me permite entender o sistema familiar, pois permite-me perceber a sua atuação face aos stressores a que está sujeita, a forma como se reorganiza e quais os impactos nas suas diferentes variáveis.

É deste modo, promovendo a resiliência familiar tendo por base a compreensão da família à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman que pretendo desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença e no tratamento e reabilitação psicossocial da mesma. É este caminho que me permitirá o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EESMP.

PARTE 1 – RESILIÊNCIA DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

1. Problemática

Segundo Walsh (2016) as famílias enfrentam, cada vez mais, novos desafios e adversidades, o que promove a criação de padrões relacionais cada vez mais complexos, tornando-se fundamental o seu acompanhamento nesse processo.

Paralelamente existem dados que demonstram que a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência têm vindo a aumentar situando-se, entre 10-20%, estando esta realidade agravada pelo facto de apenas uma a cada cinco crianças com perturbações de saúde mental, receber o tratamento apropriado (DGS, 2009).

Numa tentativa de demonstrar a interdependência entre as afirmações anteriores, Santos (2015) afirma que a saúde mental de crianças e jovens está intimamente interligada ao funcionamento familiar que, por seu turno, está igualmente dependente de diversas variáveis, como o surgimento de situações de crise a nível individual (doença física grave, incapacidade, depressão), relacional (separação, violência doméstica, divórcio) ou social (o desemprego, reforma, crise económica). Assim, por inerência a mesma autora refere que os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes podem afetar drasticamente o desenvolvimento e a autonomia na vida adulta, despoletando repercussões severamente negativas a nível familiar, educativo e social.

Walsh (2016), tendo por base uma visão sistémica, refere, complementarmente, que essas crises e adversidades experienciadas por algum elemento da família, neste caso particular na criança e no jovem, a afetam como um todo, sendo igualmente os seus processos familiares os mediadores que podem promover a sua melhor adaptação. Assim, surge a resiliência familiar como conceito, implicando um potencial de transformação e crescimento pessoal e relacional dos seus diversos elementos, capaz de fazer face à situação de crise vivida, desenvolvendo novos insights e habilidades que lhes permitirão melhor encarar desafios futuros (Walsh, 2016). A resiliência pressupõe uma transformação dos padrões transacionais do sistema familiar, com o intuito de manter a sua identidade e sobrevivência (Alarcão, 2002).

No entanto e tal como já Minuchin em 1995 referia, este processo pode ser, simultaneamente, uma ocasião promotora de crescimento e evolução, como, também, um risco pelo impasse e alterações no padrão habitual de funcionamento. A crise surge então quando o sistema se sente ameaçado pela imprevisibilidade da mudança que irá ocorrer (Alarcão, 2002).

É esta complexidade de perceções, vivências e emoções no seio familiar que abre espaço à intervenção do EESMP na promoção resiliência familiar. Quero com isto dizer que é nos momentos de crise familiar, que o enfermeiro deve, com a família, ajudá-la sempre que necessário a compreender o contexto, a mobilizar os seus próprios recursos, fazendo face ao stress vivido, fortalecendo-se e recriando-se enquanto sistema na superação das adversidades.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Perspetiva Sistémica da Família de Crianças e Adolescentes

Importa começar por referir que existem inúmeras definições de família provenientes das mais diversas áreas, cada uma com sua perspetiva, que vão desde a economia à sociologia (Walsh, 2016).

Primeiramente, temos tendência a ver a família como o lugar onde se nasceu e cresceu, um espaço de relações afetivas extremamente profundas, movidas por emoções e afetos positivos e/ou negativos, que edificam o sentimento de pertença aquela família e não a outra (Monteiro, 2014).

A perceção da sua complexidade e importância crescentes tem eco na opinião de Gameiro (1992) citado por Alarcão (2002), ao referir-se à família como sendo “uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados” (p.39).

O seu entendimento abre espaço à compreensão da família como um sistema, pois também ela é composta por objetos e respetivos atributos e relações, contendo diversos subsistemas, pertencendo também ela a outros suprassistemas, apresentando limites ou fronteiras bem delimitadas, que a distinguem no meio onde se insere (Alarcão, 2002).

Deste modo, pode ser definida como um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de uma forma sistémica e organizada, interações particulares que lhes conferem individualidade grupal e autonomia (Relvas, 2006). Pode ser então compreendida como um sistema aberto, ativo e auto-organizado que evolui ao longo do tempo (Monteiro, 2014).

Esta noção evolutiva remete para uma perspectiva de progresso e complexificação que diz respeito à diferenciação gradual da sua estrutura, às alterações decorrentes da história familiar, à adoção e/ou rejeição de novos papéis pelos seus elementos, à medida que se vão adaptando às circunstâncias de vida tendo em vista a sobrevivência do sistema familiar (Relvas, 2006).

Nesse sentido, Relvas (2006) descreve uma sequência previsível de acontecimentos promotores de alterações na organização familiar, de acordo com o cumprimento de tarefas específicas, a que deu o nome de ciclo vital. De notar que essas tarefas foram estabelecidas atendendo às características específicas de cada um dos seus elementos, em acordo com a pressão social inerente ao desempenho adequado de tarefas, que possibilitem a funcionalidade e sobrevivência do sistema familiar ao longo das diversas etapas a que poderá ser sujeito. A vivência bem-sucedida de cada etapa pressupõe o desenvolvimento e proteção de cada um dos seus elementos, numa estreita relação com a autonomização, individualização e socialização dos vários subsistemas com o meio envolvente (Relvas, 2006).

As etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2006) têm por base as anteriormente descritas por Duvall nos anos 50, Carter & McGoldrick e Minuchin & Fishman nos anos 80 e assenta em 5 etapas previsíveis: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos.

Abordarei mais pormenorizadamente as etapas relativas a famílias com filhos pequenos, com filhos na escola e com filhos adolescentes por englobarem as famílias com filhos cujas faixas etárias estão abrangidas pelos dois locais de estágio e que, portanto, serão alvo da minha atenção e cuidado.

Em relação às famílias com filhos pequenos, o principal desafio passa pela reorganização familiar necessária pela definição de novos papéis parentais, conjugais e filiais e, ainda, pela redefinição dos limites exteriores, quer com a família alargada, quer com a comunidade onde se encontram inseridos (Relvas, 2006). É então esperado que a família se reorganize por meio da negociação, criação e definição de novos papéis e funções (Relvas, 2006).

No que concerne à família com filhos na escola o principal desafio está associado à abertura do sistema familiar ao exterior, sendo uma altura em que a família se sente colocada à prova, no sentido das suas competências parentais e do desempenho educativos dos seus filhos (Relvas, 2006).

Já as famílias com filhos adolescentes devem promover um equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade, sendo necessária uma flexibilização dos limites familiares que promova a autonomia progressiva dos filhos (Relvas, 2006).

Contudo, essa autonomia e criação de identidade do adolescente, surge, com frequência, com base na diferença, no desacordo e nas diferentes visões e concepções do mundo, o que promove o tão famoso conflito de gerações (Relvas, 2006).

O dilema parental e social desta etapa é extremamente delicado, surgindo, não raras vezes, conflitos associados a uma necessidade de dependência vs independência, insegurança vs coragem, pertença vs liberdade, promovendo a adoção de um caminho que ora avança ora recua, no sentido da autonomia e desenvolvimento de novas relações extrafamiliares.

Todavia, este dilema carece da presença dos pais junto dos filhos, pois tal como refere Daniel Sampaio (1994), citado por Relvas (2006) estes devem ter a habilidade de estar atentos, mobilizar sem dirigir, apoiar nos momentos maus, incentivar nos bons, no fundo, estar com eles respeitando gradualmente a sua individualização.

2.2. Perspetiva Sistémica da Criança e do Adolescente

Papalia, Olds & Feldman (2009) definem criança como uma pessoa em desenvolvimento, que se expressa por via de comportamentos e respostas que resultam da sua interação com o meio ambiente, tendo por base a influência de fatores psicológicos, biológicos e sociais.

O seu desenvolvimento surge através de processos de mudança e adaptação que ocorrem ao longo da infância e adolescência e que assentam na inter-relação estabelecida entre os domínios do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

O período da infância inicia-se com o nascimento e termina cerca dos 12 anos de idade com o início da puberdade e da adolescência, abrangendo, neonatais, latentes, toddlers, pré-escolares e escolares (Hockenberry e Wilson, 2016).

De acordo com OMS (2014) o adolescente é definido como um indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade. É uma etapa de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta, caracterizada por alterações fisiológicas e psicossociais significativas, influenciadas pela interação entre o adolescente e os seus diversos contextos.

Contudo, já em 1999, Gomes Pedro referia que, face às transformações sociais, políticas, económicas e familiares a ocorrer na sociedade, o conceito de adolescência sofreria alterações e que o intervalo etário se iria alargar no tempo, levando a um ingresso mais tardio na vida adulta.

Complementarmente, Pena (2014) defende que a adolescência vai além de uma mera faixa etária, vê-a como uma “estrutura aberta”, caracterizada por uma enorme flexibilidade entre as instâncias psíquicas, entre a identificação e a “des-identificação”, no fundo entre o eu e o outro.

Papalia, Olds & Feldman (2009), entendem a adolescência como uma transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, que implica importantes mudanças interrelacionais ao nível físico, cognitivo e psicossocial.

A estrutura familiar e a sua dinâmica têm forte influência na criança e no adolescente, podendo afetar a sua saúde e bem-estar (American Academy of Pediatrics, 2003). Santos (2015) tal como referido anteriormente na definição da problemática realça igualmente que a saúde mental dos jovens está profundamente ligada ao funcionamento familiar que, por sua vez, está também ele dependente de outros fatores, como a ocorrência de acontecimentos de crise a nível individual (uma doença física grave, uma depressão), relacional (a separação, o divórcio) ou social (o desemprego, recessão económica). A relação interdependente entre ambos faz com que a ocorrência de alguns desses fatores se repercuta, inevitavelmente, na saúde mental das crianças e dos jovens.

Reforçando os dados da prevalência anteriormente descritos na definição da problemática, Santos (2015) diz existir já alguma evidência de que os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes estão de facto a aumentar, devendo atingir já valores entre os 15-30% em amostras pediátricas, o que constitui, na sua opinião, como uma verdadeira pandemia, com riscos acrescidos de se perpetuarem na vida adulta.

Dados da Rede de Referência Hospitalar (RRH) de 2018 demonstram isso mesmo, revelam que cerca de 50% das alterações de saúde mental na vida adulta têm início na adolescência e cerca de 70% até aos 24 de idade. De acordo com a mesma fonte, o suicídio é já a terceira causa de morte em Portugal entre os 15 e os 35 anos de idade e os comportamentos autolesivos e atos suicidas, são a segunda entre os 15 e os 19 anos.

A RRH (2018), com base em dados internacionais, dada a escassez de estudos epidemiológicos realizados em Portugal, refere que a esmagadora maioria das crianças com perturbações psiquiátricas não recebe tratamento psiquiátrico, dando o exemplo da Holanda onde apenas 1/3 das crianças com problemas significativos recebe tratamento, dados semelhantes aos de outros países e até melhores que em alguns países em desenvolvimento.

A mesma fonte diz ainda que dados recentes em Portugal em 2013, sugerem que Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população adulta e que um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (23%) e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações durante a vida. Considerando a importância preventiva, amplamente referida na bibliografia, dos programas de saúde mental infantil, estes

números devem servir de indicador do grave défice ao nível da prevenção e intervenção precoce nos problemas de saúde mental em Portugal.

Nesse sentido torna-se clara a extrema importância da deteção e referenciação precoce dos problemas emocionais e/ou de comportamento na infância e adolescência (Santos, 2015).

De acordo com a DGS (2009) aproximadamente 90% das perturbações psiquiátricas na idade escolar estão ligadas às perturbações do comportamento e perturbações emocionais.

Poulou (2015) refere a existência de perturbações emocionais como a ansiedade, o medo, as fobias e a depressão, perturbações do comportamento, como a perturbação da hiperatividade e défice de atenção (PHDA), perturbação disruptiva do comportamento, perturbação de conduta e os comportamentos de oposição, e ainda perturbações globais do desenvolvimento como o autismo e as dificuldades de aprendizagem.

Santos (2015) refere que devem ser referenciadas aos serviços de pedopsiquiatria, “todas as crianças e jovens que manifestem problemas ou sintomas persistentes e intensos, que afetam o seu bem-estar ou lhes causam incapacidade de funcionamento – na aprendizagem, nas atividades sociais ou no ambiente familiar, e que não melhoram apesar das estratégias utilizadas” (p. 25).

A mesma autora alerta igualmente para a importância de valorizar aspetos que despertem preocupações ou stress nos cuidadores (pais, avós, educador, professor, etc), no sentido em que, mesmo que não constituam um quadro psicopatológico na criança, promovem nas pessoas significativas sentimentos de angústia e impotência que podem exigir uma intervenção estruturada.

Santos (2015) salienta ainda que, não raras vezes, o motivo de envio à consulta se revela como a ponta de um iceberg que espelha dinâmicas familiares que carecem de intervenção especializada.

Já no que diz respeito a crianças em idade pré-escolar e escolar, que representam a população alvo que recorre à consulta externa de pedopsiquiatria do hospital onde desenvolve o contexto clínico, importa referir que as alterações de saúde mental se manifestam, essencialmente, por dificuldades de linguagem e comunicação, de aprendizagem, de socialização, da marcha, do controlo dos esfíncteres e da imaginação (Santos, 2015). No que diz respeito a crianças com dificuldades de linguagem e comunicação, acompanhadas em grupos multifamiliares na consulta externa, a mesma autora refere que carecem de uma atenção especial, ainda antes do início da escolaridade, por apresentarem um risco acrescido de desenvolver problemas de aprendizagem que se manifestarão e agravarão com a entrada na escola.

2.3. Resiliência Familiar como Foco de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A resiliência é um termo oriundo da física e da engenharia e representa a capacidade de um material regressar à sua forma inicial, após ser sujeito a alguma pressão (Yunes & Szymanski, 2001; Miranda, 2015).

O termo resiliência apesar de ter sido usado pela primeira vez em 1807, pelo físico Thomas Young, só há cerca de 20 anos começou a ser integrado nas ciências sociais e humanas através da Psicologia, com James Anthony, psicanalista infantil, que percebeu que crianças que viviam em lares conflituosos, evidenciavam, ainda assim, saúde emocional (Miranda, 2015).

Cyrulnik (2001) refere-se à resiliência como sendo um processo dinâmico com uma visão positiva, que visa retomar o desenvolvimento psíquico e social após uma adversidade, necessitando de novos vínculos e do estabelecimento de novos significados. É um processo que parte do sujeito quando encontra vínculos significativos, que lhe permitem reconstruir o seu sentido de vida. O mesmo autor refere aspetos como a intelectualização, o humor, a criatividade e o empenho social, como vias de transformar as adversidades, afastando o sofrimento e promovendo um sentimento positivo de si.

No que diz respeito à resiliência familiar é comumente reconhecido que surge igualmente em resposta a situações de stress. À semelhança da resiliência individual, a resiliência familiar assenta em interações complexas estabelecidas entre os fatores de risco e de proteção, a nível individual, familiar e comunitário, não ocorrendo através da fuga ao risco, mas sim através da correta implementação, por parte da família, dos fatores de proteção face a situações adversas, tornando-se, necessariamente, mais forte (Benzies & Mychasiuk, 2009).

Walsh (2016) reforça esta ideia ao referir que diversos estudos demonstram que famílias resistentes que enfrentaram juntas os períodos de adversidade, desenvolvem relações mais afetuosas e enriquecidas que até então.

Monteiro (2014) diz que a família tem forças internas decorrentes da sua própria história e dinâmica, o que lhe confere competências que permitem ultrapassar o stress associado às etapas do seu desenvolvimento ou crises situacionais que possam surgir, contudo, pode não conseguir reconhecer ou mobilizar essas mesmas competências.

Werner (2005) refere que as situações adversas promovem ações que visam diminuir ou até eliminar os seus efeitos, desencadeando respostas individuais, familiares e comunitárias no apoio, promoção, busca e alcance de aspetos identificados pela família como necessários e importantes para a sua sobrevivência.

Segundo Walsh (2016) a resiliência é um processo dinâmico que sustenta o enfrentamento na e da adversidade, desenvolvendo a capacidade de resistir e responder ao processo de crise, promovendo descobertas e desenvolvendo o potencial para transformações pessoais e relacionais. Segundo Werner (2005) pressupõe determinados padrões de organização, comunicação e recursos pessoais e comunitários que lhe permitam fazer face às adversidades. É um processo que engloba as ações e interações no seio do funcionamento familiar, na promoção do seu bem-estar (Walsh, 2016).

Famílias resilientes apresentam vínculos fortes e uma flexibilidade que lhes permite responder positivamente em situações de stress (Werner, 2005).

Contudo, este processo nem sempre se afigura fácil e pode ser responsabilidade do enfermeiro promover essa mesma resiliência. Nesse sentido, Walsh (2005) refere que a função do enfermeiro é fortalecer as famílias expondo as suas competências e potencialidades, aumentando a sua capacidade de superar as adversidades, desenvolvendo novas capacidades para fazer face a desafios futuros.

Num estudo levado a cabo por Peixoto e Martins (2012) em Portugal, com 124 familiares cuidadores, que visava adaptar o Questionário de Perfil de Resiliência Familiar de McCubbin e McCubbin (1993) a essa população, constatou-se que apresentavam um perfil de baixa ou moderada resiliência, havendo apenas uma percentagem residual de participantes classificados com um perfil de elevada resiliência nas categorias de flexibilidade familiar e suporte familiar. Em relação aos dados relativos ao envolvimento familiar, a esmagadora maioria (quase 94%) mostraram sentir um baixo envolvimento da família, ao contrário do que as autoras entendiam ser o esperado.

Assim e no que diz respeito à enfermagem, o conceito é ainda recente, surgindo apenas descrito em 2011 no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e sendo definido em 2017, pela OE, no mesmo documento, como:

A resistência média em relação aos distúrbios mentais e de comportamento perante as adversidades da vida. Refere-se às capacidades da pessoa promover resultados positivos, como a saúde mental e bem-estar, e proporcionar proteção contra fatores que poderiam colocar a pessoa em risco de saúde face aos fatores adversos. É um processo dinâmico, influenciado pelas diferentes competências e capacidades de um indivíduo (por exemplo, as competências na resolução de problemas), e os fatores protetores existentes. A sua função principal é a resistência à tensão que pode variar ao longo do tempo e em função das circunstâncias, determinantes constitucionais e ambientais. Saber lidar com as adversidades desempenha um papel significativo na proteção de consequências desfavoráveis na saúde mental. (pg. 16-17)

Segundo o mesmo documento é esperado que o EESMP seja capaz de identificar e fortalecer os fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente (OE, 2017).

De acordo com a WHO (2013) a saúde mental é "um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade". A definição dá particular importância ao potencial do indivíduo e à sua capacidade de lidar com o stress normal da vida, mantendo a capacidade de continuar a contribuir para a comunidade onde se encontra inserido. Esta desconstrução da definição permite estabelecer alguns pontos de contacto que relevam a importância da promoção da resiliência enquanto futuro EESMP.

Nesse sentido, um dos grandes objetivos com a elaboração do relatório é o desenvolvimento de Competências Específicas do EESMP, que me permitam melhor identificar "fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos", bem como as suas repercussões para a saúde mental na interface entre a pessoa e família (Regulamento Nº 515/2018, p.21428).

Como forma de melhor compreender e integrar a complexidade das relações sistémicas estabelecidas no seio da família de crianças e adolescentes e sobre de que forma estas influenciam cada um dos seus subsistemas, optei por nortear o meu pensamento em Enfermagem e a implementação das minhas intervenções, tendo por base o modelo de sistemas de Betty Neuman.

Este modelo assenta na teoria geral dos sistemas, entendendo o cliente como um sistema aberto, em permanente transformação. A estabilidade de cada sistema pressupõe um processo de adaptação dinâmico e contínuo, caracterizado por frequentes equilíbrios e desequilíbrios, resultantes dos efeitos dos diversos stressores. Os stressores são estímulos ou tensões provenientes do próprio sistema cliente ou do ambiente que o rodeia (intrapessoais, interpessoais, extrapessoais), e que podem ter um impacto positivo ou negativo na harmonia do sistema. Essa harmonia está dependente do equilíbrio estabelecido entre as cinco variáveis que o constituem: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual (Neuman, 2011).

Neste sentido, Neuman (2011) entende a saúde como sendo um *continuum* entre o bem-estar e a sensação de doença, proveniente do fluxo de energia entre o sistema cliente e o ambiente, que promova o equilíbrio entre as suas variáveis, mesmo quando sob influência dos mais variados stressores.

A forma como o sistema cliente se adapta aos diferentes stressores resulta da reação das diferentes linhas circulares que o constituem e que protegem a sua estrutura básica, estrutura básica essa que comporta as diferentes variáveis anteriormente descritas e os fatores inerentes à sua sobrevivência. Assim, as linhas circulares (flexível, normal e resistência), envolvem a estrutura básica e funcionam como mecanismos de proteção, preservando a integridade do sistema.

A linha flexível de defesa impede que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar (linha de defesa normal), afastando desde logo stressores com menor probabilidade de colocar em causa a estabilidade do sistema, sendo reforçada e ajustada pelo sistema ao longo da sua vida. A linha normal de defesa é sólida, representa a estabilidade do sistema, funcionando como um padrão que caracteriza o seu bem-estar. Inclui os mecanismos de coping do sistema, o seu estilo de vida e a sua etapa de desenvolvimento. As linhas de resistência envolvem a estrutura nuclear básica e representam os recursos do sistema para fazer face a stressores que ameacem a sua integridade e/ou sobrevivência. Estas linhas de defesa são, posteriormente, norteadoras das intervenções de enfermagem a adotar, estando as intervenções de prevenção primária associadas ao fortalecimento das linhas flexíveis de defesa e as intervenções de prevenção secundária associadas ao restaurar e fortalecer das linhas de resistência. A prevenção terciária surge com o intuito de promover a reconstituição do sistema após a situação de stress vivida e permite recriar a definição de equilíbrio e bem-estar do sistema, tendendo, de forma circular, a regressar à importância de retomar intervenções de prevenção primária (Neuman & Fawcett, 2011).

A realização do presente relatório teve por base o sistema família de crianças e adolescentes e cada um dos seus subsistemas, onde a sua homeostasia está necessariamente comprometida a variados níveis, o que justifica, inevitavelmente, a intervenção de Enfermagem na promoção da sua resiliência.

Wright & Leahey (2011) defendem que a intervenção do enfermeiro de família deve passar por ajudar as famílias a enfrentar os desafios impostos pela doença, mobilizando o apoio familiar e reduzindo a hostilidade e o sofrimento intrafamiliar. Para tal pode ser necessário promover, com a família, modificações nos domínios cognitivo, afetivo ou comportamental do funcionamento familiar.

3. Contexto de Intervenção

3.1. Caracterização do Contexto da Consulta Externa de Pedopsiquiatria

O local onde desenvolvi a minha intervenção de enfermagem com futuro EESMP situa-se no serviço de consulta externa de pedopsiquiatria de um hospital da região de Lisboa.

Neste local é implementada uma metodologia multidisciplinar através de consultas médicas, de enfermagem, psicomotricidade, psicologia e terapia da fala, que articulam entre si na prestação de cuidados a crianças com alterações de saúde mental numa faixa etária compreendida entre os três e onze anos de idade, bem como às respetivas famílias. Nos casos de famílias e crianças acompanhadas, simultaneamente, em diferentes especialidades são promovidas sessões de intervenção e reuniões multidisciplinares.

A EESMP que orientou o meu ensino clínico é responsável pelo acolhimento e acompanhamento das crianças e respetivas famílias, que revelam perturbações do comportamento, emocionais e/ou de desenvolvimento. Esse acompanhamento é feito através de consultas de seguimento individual e, ainda, através da mediação de grupo de pais de crianças em idade pré-escolar com problemas de linguagem e socialização.

4. Questão de Partida

Como promover a Resiliência de famílias de crianças com problemas da linguagem e socialização?

5. Objetivo

Com vista a dar resposta à questão previamente formulada, defini como objetivos:

- Conhecer os fatores de stress, os fatores protetores e os fatores de reconstituição de cada família com crianças com problemas da linguagem/socialização, e do grupo multifamiliar.

- Promover a resiliência de famílias com filhos com problemas da linguagem/socialização.

6. Metodologia e Método

6.1. Desenho do Estudo: Estudo de Caso

O tipo de projeto implementado teve por base uma abordagem assente no método de estudo de caso. Este é um método de pesquisa estruturado, que foi desenvolvido por Yin (2001) e Stake (2012) e visa contribuir para o conhecimento dos fenómenos individuais ou grupais (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

O método de estudo de caso trata-se de uma experiência empírica que investiga fenómenos contemporâneos, como é o caso da resiliência familiar no âmbito da enfermagem, inseridos num contexto de vida real, neste caso em famílias de crianças com problemas da linguagem e da socialização acompanhadas na consulta externa de Pedopsiquiatria, quer se trate de um acompanhamento individual ou em grupo multifamiliar. A sua implementação assume particular relevância quando os limites entre o fenómeno e contexto são ainda pouco evidentes (Andrade et al, 2017). A sua aplicabilidade permite que o pesquisador possa responder a questões sobre como ou porque é que determinado fenómeno, funciona no contexto onde é implementado. Vilela (2009) refere que o principal objetivo da metodologia estudo de caso se baseia no estabelecer de semelhanças entre situações permitindo criar uma base que permita a generalização das conclusões.

Segundo Vilela (2009) os estudos de caso permitem descrições complexas e holísticas de uma determinada realidade que envolve um elevado número de dados, resultantes da observação do investigador e que o seu objetivo centra-se essencialmente na descrição de um fenómeno, muito mais do que na sua delimitação. Permite, de acordo com Yin (2001) dar resposta a questões do tipo “como” ou “porquê”, onde o investigador pela natureza do contexto social apresenta pouco controlo sobre a situação em estudo. É na inabilidade da aplicação de metodologias quantitativas na compreensão de fenómenos sociais complexos, que a metodologia de estudo de caso e o seu carácter descritivo, narrativo e idiossincrático permite ao investigador uma melhor compreensão de determinado fenómeno, no contexto no qual se encontra inserido (Vilela, 2009).

Nesse sentido, a sua implementação pressupõe sete etapas a cumprir: definição do tema/problema de pesquisa; definição do caso (único, múltiplo, holístico e/ou integrado); descrição das preposições teóricas; elaboração do protocolo do estudo de caso; colheita de

dados – uso de múltiplas fontes de evidências; análise e interpretação dos resultados; elaboração do relatório (Andrade et al, 2017).

6.2. Os Participantes

A população incluída no estudo realizado, engloba todas as famílias (pai, mãe ou pessoas significativas) de crianças com problemas de linguagem e/ou socialização, que integraram o grupo de apoio multifamiliar a decorrer de outubro de 2019 a julho de 2020. O grupo que acompanhei era inicialmente composto pelos pais (pai ou mãe, ou ambos quando possível) de 5 crianças, sendo que uma das famílias, por indisponibilidade materna resultante de alteração laboral súbita, desistiu após duas sessões.

A seleção dos participantes foi previamente realizada pela equipa multidisciplinar, constituída pela enfermeira moderadora do grupo de pais, pela terapeuta da fala e pelo pedopsiquiatra diretor clínico da consulta. O seu objetivo passou por identificar situações de perturbação no desenvolvimento linguagem e socialização em crianças entre os 3 e os 6 anos, em idade pré-escolar, excluindo causas primárias, valorizando situações de causa secundária, ou seja, cujo caso possa ter por base as vertentes relacionais, sociais ou de expressão de emoções e sentimentos do sistema familiar, que possam carecer de apoio na superação das dificuldades manifestadas.

6.3. Diagnóstico Inicial

O diagnóstico inicial foi realizado pela equipa multidisciplinar constituída pelo diretor clínico, pela enfermeira responsável e pela terapeuta da fala.

Nessa primeira etapa foram identificadas todas as famílias e crianças que reuniam os critérios de inclusão já mencionados. De seguida foram realizadas uma consulta de enfermagem com os pais e uma consulta de terapia da fala com a criança. Posteriormente foram selecionadas as crianças e famílias que apresentavam, na ótica das terapeutas, maior disponibilidade, interesse, critério de gravidade e potencial de melhoria. O critério de gravidade e melhoria era definido excluindo causas primárias das perturbações da linguagem e socialização, cuja terapia em grupo pudesse não ser benéfica. Importa referir que não tive oportunidade de participar nessas consultas, porque o início do ensino clínico foi posterior à realização das mesmas. Por isso e no sentido de melhor compreender e conhecer as famílias incluídas no grupo multifamiliar, decidi realizar um genograma de cada família para ampliar o conhecimento sobre as mesmas (Apêndice I).

Realizada essa primeira seleção procedemos ao diagnóstico inicial do grupo de quatro crianças selecionado. Na realização desse diagnóstico recorremos à implementação da Family Resilience Assessment Scale (FRAS), já implementada pela equipa em grupos anteriores, retirando daí o máximo de contributos para a compreensão do processo da resiliência familiar e sua promoção enquanto futuro EESMP (Anexo I).

A FRAS foi criada por Sixbey em 2005 e validada em 2013 para a população portuguesa por Martins, Faray, Rocha, & Sousa. A FRAS é uma escala de 54 itens que mede a resiliência familiar tendo por base seis fatores que são do âmbito da intervenção de enfermagem: a comunicação familiar e resolução de problemas; a utilização de recursos sociais e económicos; a manutenção de uma perspetiva positiva; as ligações familiares; a espiritualidade da família; a capacidade de dar sentido às adversidades. Cada um desses fatores tem itens específicos associados e a sua avaliação pode ser norteadora das intervenções a desenvolver com a família.

A FRAS está organizada numa escala do tipo Likert medida em quatro pontos (1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3 – Concordo e 4 - Concordo Totalmente). Assim a pontuação final da aplicação da FRAS pode oscilar entre 54 e 216, sendo que cotações inferiores são reveladoras de uma fraca resiliência da família, enquanto as pontuações mais altas remetem para altos níveis de resiliência na família. Esta escala foi validada para a população portuguesa em 2013 por Martins, Matos, Faray, Rocha, e Sousa, apresentando a escala, na totalidade, um alfa de Cronbach de .90. No que respeita à subescala da Comunicação Familiar e Resolução de Problemas (27 itens) o valor do α é de .92; na subescala Utilização de Recursos Sociais e Económicos (9 itens) de .68; para a subescala Manter uma Perspetiva Positiva (6 itens), o valor alfa é de .80; na subescala das Ligações Familiares (5 itens), o valor do alfa é de .94. Para a subescala Espiritualidade Familiar (4 itens), apresenta um alfa de .84, e por fim, para a subescala Capacidade de dar sentido à adversidade (3 itens), o valor do alfa Cronbach é de .54 (Raposo, 2020).

Após a sua aplicação às quatro famílias seguidas no grupo, obtivemos valores muito idênticos, tendo os resultados oscilado entre 140 e 148 (140; 143; 147; 148), o que aponta para níveis de resiliência familiar muito idênticos, se tivermos apenas em conta a aplicação da escala. No entanto, analisando as diferentes subescalas, a variabilidade presente em cada uma é mais ampla, salientando por exemplo que, a família que revelou o nível de resiliência mais baixo (140 pontos), apresentou o valor mais elevado nas subescalas da “manutenção de uma perspetiva positiva” e na “capacidade de dar sentido às adversidades”.

Na subescala da “comunicação familiar e resolução de problemas” os valores variam entre 65 e 72% do valor máximo a obter. No que refere à subescala da “utilização de recursos sociais e económicos a oscilação percentual situa-se entre os 55 e os 66%, na subescala da

“manutenção de uma perspectiva positiva” os valores variam entre os 62 e os 79%. Já no que respeita à subescala das “ligações familiares” o diferencial entre as ambas as famílias é menor, de apenas 5%, alternando entre valores de 65 e 70%. Já da análise da subescala da “espiritualidade familiar” é onde observámos variações mais significativas, com famílias a apresentarem cotações entre os 31 e os 68% do valor máximo possível. Por fim, no que concerne à última subescala, respeitante à “capacidade de dar sentido às adversidades” foi onde registámos as pontuações mais elevadas, sendo a pontuação mais baixa de 66% e a mais alta de 91% (Apêndice II).

A interpretação genérica que fizemos dos dados resultantes da aplicação da escala fez-nos antever que, embora tendo valores de resiliência familiares similares e relativamente baixos, cada família apresentava diferenças significativas nas diversas subescalas, o que, em termos de contributo para a intervenção em grupo multifamiliar, nos pareceu ser extremamente benéfico pela potencial riqueza da partilha de experiências, percepções e vivências de cada uma. Outros dos aspetos tidos em conta na reflexão inicial foi o facto de, apesar de todas apresentarem valores relativamente baixos na cotação final, terem registado percentagens mais altas na “capacidade de fazer face às adversidades”. Tal facto levou-nos a acreditar que, apesar de poderem ser reveladoras de experiências anteriores significativas e difíceis, poderiam ser também sinónimo do potencial de todas virem a beneficiar das vivências e aprendizagens em grupo, pela crença demonstrada na capacidade de fazerem face a situações de crise familiar.

6.4. A Intervenção

No que diz respeito à intervenção desenvolvida em concreto, a mesma foi desenvolvida em grupo multifamiliar e pressupôs a realização de uma sessão semanal no decurso do ano letivo escolar. A minha enfermeira orientadora desempenhou funções de terapeuta do grupo, tendo eu colaborado como coterapeuta do mesmo. Importa referir que a nossa intervenção se cingia ao acompanhamento do grupo de pais, não existindo um acompanhamento presencial da nossa parte do grupo de crianças. O feedback da evolução de cada grupo era obtido nas sessões de intervenção que ocorriam no final de cada sessão, juntando os terapeutas do grupo de pais e os terapeutas do grupo de crianças.

Durante o desenvolvimento do trabalho com os pais, as crianças encontravam-se no ginásio a trabalhar os problemas de linguagem acompanhados por uma terapeuta da fala e dois EESMP. No final de cada sessão foi então realizada uma reunião multidisciplinar que permitiu fazer uma avaliação da evolução de cada criança e família.

Inicialmente foi implementada a escala da FRAS, validada para a população portuguesa por Martins, Matos, Faray, Rocha, Sousa e Franco (2013), aquando do início das sessões do grupo (outubro 2019), estando igualmente pensada a sua implementação no final (julho 2020), facto que devido à situação pandémica vivida não se chegou a verificar.

No início de cada sessão questionávamos os presentes sobre como tinha corrido a semana relativamente a dificuldades e/ou conquistas e, também, em relação a dúvidas ou temáticas que quisessem abordar. Posteriormente, eram encontrados em grupo, pontos comuns, diferentes perspetivas, definidas estratégias e mobilizados recursos, sendo posteriormente reavaliado o sucesso das medidas sugeridas nas sessões seguintes. Por fim, tínhamos o cuidado de sempre que se justificasse promover o reforço parental, tanto nas estratégias adotadas, como no reconhecimento da evolução manifestada no comportamento das crianças.

Posteriormente, no final da sessão era ainda promovida uma reunião multidisciplinar entre os terapeutas que moderam o grupo multifamiliar, no qual estava inserido, e os técnicos (terapeuta da fala e enfermeira com mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) que dinamizaram as sessões com as crianças com problemas da linguagem e de socialização. No início foram igualmente promovidas semanalmente sessões de supervisão clínica, onde para além das enfermeiras e técnicos anteriormente referidos, participava, como moderador da sessão, o diretor clínico do serviço, que colaborava na identificação de estratégias a adotar tanto com as famílias, como com as crianças. No entanto, por impossibilidade do mesmo, estas sessões estiveram interrompidas cerca de três meses, passando posteriormente a ser realizadas por outro pedopsiquiatra do serviço.

De referir que para cada sessão fiquei responsável, enquanto coterapeuta, pela realização das notas de campo que visavam espelhar o impacto e mobilização dos seis fatores da resiliência presentes na escala FRAS, bem como, o envolvimento, interações, partilha e compromisso de cada uma das famílias. Importa referir que as notas de campo eram sempre depois discutidas com a enfermeira orientadora, resultando daí a extração dos seus dados.

Paralelamente às sessões de grupo foram esporadicamente realizadas sessões de acompanhamento individual, com uma das famílias por questões cujo teor carecia de maior confidencialidade e com as restantes em dias em que, por falta de quórum, não se justificava a realização de sessões em grupo, pelo que a estratégia adotada passou pela realização de um feedback individual com cada família, proporcionando um ambiente mais intimista, facilitador de uma maior abertura na expressão de sentimentos e/ou problemas. Posteriormente, esses mesmos aspetos foram, mediante aprovação de cada família, mobilizados para o grupo uma vez que se tratavam de situações, dificuldades ou problemas

que, na sua ótica poderiam ser comuns às restantes famílias e que careciam de ser trabalhados em grupo.

Focando agora a intervenção no que foram cada uma das suas sessões irei abordar os diferentes momentos que se revelaram importantes para o grupo multifamiliar no que ao seu processo de aprendizagem e crescimento diz respeito e para mim, enquanto futuro EESMP.

Na primeira sessão enquanto terapeutas focámos a nossa intervenção na clarificação dos fatores terapêuticos da intervenção em grupo e que são promotores de mudança. Dos fatores descritos por Vinogradov & Yalom (1992), (instilação de esperança, universalidade, informação, altruísmo, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, modelagem, desenvolvimento de competências sociais, coesão, aprendizagem interpessoal, fatores existenciais e catarse), focámos a nossa intervenção na promoção da coesão grupal, nas vantagens da aprendizagem interpessoal, na promoção da esperança e na mobilização dos fatores existenciais em todo esse processo. Para isso, clarificámos com o grupo a importância dos aspetos da confidencialidade, privacidade, respeito e abertura na exposição das suas dificuldades e/ou conquistas, para que o crescimento em grupo fosse ainda mais proveitoso.

Isso ficou desde logo claro na primeira sessão onde ao tentarmos fazer um breve diagnóstico de situação de grupo, todas as famílias referiram a sua dificuldade na capacidade de resolução de problemas, visto que a sua inclusão no grupo se tratava, em todos os casos, de mais uma de muitas tentativas de resolver os problemas de linguagem e/ou socialização dos seus filhos.

No sentido de dar resposta às dúvidas do grupo e tentando promover a esperança do mesmo, solicitámos o depoimento da mãe de uma das crianças, que já tinha integrado um grupo no ano anterior e que disse que as melhorias tinham sido evidentes, embora ainda insuficientes, facto que atribuiu à baixa assiduidade de ambos, dado que faltaram a várias sessões por motivo de doença, algo que assume que quebrou a continuidade necessária à aquisição de competências de ambos para fazer face ao problema.

A segunda sessão foi igualmente muito importante pois abordámos o preenchimento da escala FRAS em casal, o que nos permitiu perceber melhor os padrões de comunicação do casal, bem como o desempenho dos papéis parentais. Todo este contexto levou-nos a considerar que a comunicação familiar e resolução de problemas seria um dos aspetos a trabalhar com o grupo, tendo desde logo sido reforçado a importância do envolvimento de ambos na educação dos filhos, bem como a discussão de diferentes perspetivas, desde que os filhos não presenciem as divergências ou sejam alvo de diferentes regras ou limites consoante estejam com um ou com o outro.

A abordagem da escala e do seu preenchimento transportou-nos para divergências de perspectivas relativamente aos comportamentos das crianças e sobre quais as melhores estratégias de educação. No que concerne ao comportamento dos filhos foi necessário fazer uma distinção entre o que podem ser considerados sinais e/ou sintomas de alteração de saúde mental, do que são comportamentos esperados para a etapa do desenvolvimento infantil que os seus filhos atravessam. Relativamente às estratégias de educação, alguns pais procuravam no grupo um método ou conjunto de estratégias que resolvessem os seus problemas e foi importante clarificar que o mesmo não existe, e que estratégias que possam fazer sentido em algumas famílias, não são, necessariamente, as melhores estratégias para outras

Na terceira sessão contámos com a presença de um pai que nunca tinha estado presente e que assumiu que compareceu para perceber em que consistia o grupo, dizendo, de forma cética, que ficou pensativo depois do filho lhe dizer que ia para o hospital brincar. Recorremos à sua expressão para introduzir a importância do brincar terapêutico e imaginativo que, associado à palavra, são das principais estratégias para lidar com os problemas da linguagem e/ou socialização nesta faixa etária.

A quarta sessão foi uma das mais marcantes, foi a primeira onde todas as mães revelaram ter denotado uma melhoria significativa do comportamento dos seus filhos na última semana, graças à forma como introduziram o brincar naquilo que eram as suas limitações na relação com os filhos. No entanto, percebemos que os filhos apenas assumiram papel de destaque nessas atividades e não experienciaram diferentes papéis, o que nos deixou alerta e com necessidade de intervir. Reforçámos os benefícios do brincar imaginativo, mas salientando ser de extrema importância a sua contextualização, distinguindo sempre o mundo real, do mundo imaginado. Os pais foram ainda estimulados a promoverem a adoção de diferentes papéis por parte dos filhos que não só os de poder, por ser muito importante perceberem quem toma as decisões e em que medida. Foi igualmente abordada a temática dos irmãos mais velhos, por se verificar, referido pelos pais, que estes por vezes são prejudicados e de certa forma induzidos a demitir-se de alguns papéis ou situações para não promover comportamentos de oposição por parte dos irmãos mais novos.

Por fim, importa salientar que os pais de uma das crianças permaneceram em conflito evidente não se coibindo de o demonstrar com troca de acusações. Neste momento, tentando solucionar o conflito pegámos na situação, não relevando em demasia e tentando aliviar a tensão, transpusemo-la para a vida em casal, referindo que os conflitos fazem parte, acontecem em todos os casais, mas o importante é que não o façam à frente dos filhos e que tentem chegar a um acordo para que a palavra final de ambos, na educação dos filhos, seja só uma.

Na quinta sessão houve necessidade de reajustar a sessão de grupo por termos um número insuficiente de participantes, apenas três sendo que um dos quais estava com gripe e não se pode juntar aos restantes na atividade de grupo. Deste modo decidimos realizar uma sessão individual com a mãe desse menino, antes de reunirmos com as restantes. Fez-nos sentido para limitar ao máximo o tempo de exposição da criança adoentada e, também, por ter sido a mãe que estava com o conflito conjugal relatado na sessão anterior.

Durante a interação disse-nos que as coisas estavam muito difíceis e que sentia que o marido não a apoiava, referiu que teriam de sair da casa onde estavam, porque o senhorio a iria vender. Aqui mencionou que pretendia sair sem o marido. Neste momento reforçámos a disponibilidade já anteriormente manifestada para realizar uma consulta de casal, algo a que acedeu prontamente, mas referindo achar ser difícil convencer o marido a comparecer.

Abordámos igualmente a mobilização de recursos sociais e resolução de problemas no sentido de perceber que medidas estavam a adotar e de que tipos de apoio dispunham. Esta família era a que tinha apresentado melhores resultados na subescala da utilização de recursos sociais e económicos e efetivamente isso foi evidente neste momento, já que a mãe referiu que já tinha articulado com a AS da sua área de residência no sentido de procurar ajuda para encontrar habitação, afirmando ter uma boa relação com a mesma e dizendo que se houvesse uma solução ou possibilidade que ela a ajudaria. Disse ainda contar com o apoio de uma vizinha para tomar conta dos filhos enquanto vai trabalhar e com o apoio financeiro possível de uma tia, que contribuiu com algum mobiliário para a casa onde ainda vivia.

No outro momento da sessão já só com as outras duas mães e após frisarem novamente dificuldade em gerir as birras e os comportamentos de oposição, introduzimos a importância da negociação, sendo aqui fulcral que as crianças não sintam que a última palavra/decisão que prevalece é a deles. Foi abordada a temática dos castigos onde sentimos necessidade de salientar que nesta faixa etária a dimensão dos castigos deve ser sempre ajustada à dimensão do comportamento, mas que devem ser sempre de curta duração. Deste modo tentámos promover novamente a comunicação familiar e a resolução de problemas, isto porque as mães presentes referiram novamente que as birras, especialmente em público ou fora do agregado familiar são as situações que geram mais stress no seio familiar, por ser o momento em que se sentem mais julgadas no seu papel parental.

Na sexta sessão contámos apenas com a presença de duas mães, dado que outra das mães estava doente e a outra tinha o filho ainda doente e a necessitar de cuidados e repouso em domicílio. Importa referir que ambas informaram atempadamente da sua não comparência, demonstrando compromisso com o grupo.

Esta sessão teve o enfoque na importância de perpetuar comportamentos e estratégias, pois uma das mães, que nas sessões anteriores tinha referido melhorias

evidentes no comportamento do filho, tinha sido agora confrontada com um retrocesso que já não esperava. O seu filho, que tinha denotado melhorias quando assumiu papéis de destaque na escola, na semana em que foi “presidente” e que através do brincar deu continuidade a esse cargo de destaque em casa, estava agora a demonstrar dificuldades no desempenho de tarefas de menor relevo.

Aproveitámos o contexto para reforçar o que já tinha sido referido na sessão anterior, dizendo que o brincar é de extrema importância para que experimentem diferentes papéis, aprendendo assim a posicionar-se e adaptar-se em diferentes ambientes, sendo uma intervenção fundamental para que aprendam a gerir a frustração que está na base das birras que manifestam. Concordámos que a melhor estratégia seria manter o reforço positivo sempre que se justifique e dar continuidade às restantes medidas de clarificação de regras e limites, tendo por base a negociação, pois a repetição é a melhor forma de assimilação e adoção de novos comportamentos nesta idade.

Deixámos igualmente claro que esta é também a melhor estratégia no que diz respeito às dificuldades de linguagem que algumas das crianças revelam, ou seja, os exercícios propostos pela terapeuta e o recurso à palavra, sendo a repetição das palavras de forma clara e simples e enquadrada nas atividades a desenvolver, a melhor forma de superar as dificuldades manifestadas.

A sétima sessão foi outra das sessões de extrema importância para o grupo, marcada pela apresentação do trabalho de Natal do grupo de crianças. Esta sessão foi realizada em conjunto, num momento de confraternização e descontração, espelhado nas interações entre os diversos elementos do grupo e na sua relação com os filhos e antecipou a pausa do grupo para o Natal e passagem de ano.

Este momento foi utilizado para realizar um breve ponto de situação centrado, acima de tudo, nas evoluções manifestadas, reforçando positivamente as conquistas, embora salientando a importância da continuidade das medidas adotadas para que ambos os grupos continuem a beneficiar do efeito terapêutico pretendido.

Na oitava sessão após o interregno o nosso objetivo foi obter o feedback de cada um face ao período de pausa. As vivências foram diferentes, mas igualmente marcantes. Uns referiram que a excitação do momento dificultou o processo, outros referiram o contrário. Considero ser importante destacar a vivência de uma das famílias que frisou ter sido um período “desconcertante”, pois a excitação do momento expôs perante toda a família a incapacidade do filho em lidar com a frustração, e a sua incapacidade em gerir esse processo de definição de regras e limites e capacidade de negociação, o que a fez sentir envergonhada e julgada perante toda a família. Terminou demonstrando sentimentos de desesperança, dizendo “já não sei o que fazer”. A mãe estava visivelmente transtornada e triste, pelo que

sentimos que a melhor intervenção a adotar seria prestar apoio emocional, manifestando compreensão empática e agradecendo a sinceridade e partilha de algo tão profundo e doloroso com todo o grupo. De salientar que o grupo aceitou prontamente e demonstrou enorme respeito, consideração e solidariedade revelando já uma boa coesão grupal e considerável altruísmo, pois conseguiram colocar de parte as dificuldades individuais e respeitar a dor particular daquela mãe.

Em seguida abordámos outra situação importante relativa a outra das crianças e que mereceu da nossa parte, algum cuidado e moderação, pois os pais estavam particularmente felizes e entusiasmados, pois sentiram que o filho tinha beneficiado deste período de excitação e euforia e referiram que teve um papel de muito destaque durante as festividades. Tinha sido o responsável pela entrega das prendas a toda a família alargada, mas, no entanto, esse papel não era o inicialmente previsto, pois seria o irmão mais velho a desempenhar essa função. Acrescentou referindo que, ao contrário da relação com os pais, a relação entre os irmãos estava mais conflituosa, reconhecendo que o principal responsável era o mais novo, que se encontra a frequentar o grupo. Neste momento reforçámos de novo a importância de fortalecer e clarificar as ligações e hierarquias familiares e abordámos os riscos de toda a dinâmica familiar ser organizada em prol da criança, tentando sempre minimizar a exposição a situações potencialmente geradores de stress e frustração. Pontuámos novamente, que é a exposição controlada a situações de stress e frustração, que promove a autonomia e confiança das crianças e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento psicossocial nesta etapa.

Por fim, explorámos as conquistas de outra criança que revela maiores dificuldades de linguagem e socialização, mas que, fruto de uma maior proximidade com o irmão mais velho durante as férias, evidenciou progressos significativos segundo a mãe. Reforçámos como anteriormente que deve ser essa uma das funções dos irmãos mais velhos e que tal papel e tarefa deve ser positiva e amplamente reforçada. No entanto a mãe referiu alguma preocupação com o facto do filho estar mais desafiador. Dissemos que pode ser um sinal positivo resultante das melhorias na linguagem e socialização e que era agora fundamental ir introduzindo a noção do certo e errado, definindo, com recurso à palavra e linguagem clara e simples, as regras e limites, promotores da sua autonomia em segurança.

Na sessão seguinte, ao contrário das anteriores, começámos por ser nós a abordar algumas temáticas que sentimos serem cruciais na promoção da resiliência das famílias envolvidas e que ainda não estão bem consolidadas no grupo.

Não raras vezes sentimos que as famílias continuam em busca de um “método” claro que possam implementar, clarificámos que esse não é o nosso objetivo e que na realidade o mesmo não existe, o que importa é a consistência nas decisões tomadas e a sua continuidade,

pois é o estabelecimento de um padrão de comunicação familiar eficaz, com ligações e papéis claramente definidos que permitirão que as crianças desenvolvam a segurança e confiança necessárias, para organizar e estruturar o seu pensamento, progredindo no seu processo de desenvolvimento e autonomização.

A décima sessão contou apenas com a presença de duas mães e foi fundamentalmente focada na utilização dos recursos sociais de cada uma. Ambas deram feedback das reuniões com as suas educadoras, que revelaram preocupação relativamente aos problemas da socialização e da linguagem revelados.

Demonstrámos aqui a nossa preocupação com a resposta da comunidade e dos recursos sociais visto que uma das crianças ainda não tinha apoio de terapia da fala na escola, apesar das evidentes necessidades. Referimos ser importante para o seu projeto terapêutico, que mantenha um acompanhamento mais regular por um terapeuta da fala e que a mesma deveria solicitar esse acompanhamento no exterior e que haveria a possibilidade de um terapeuta externo se deslocar à escola para prestar esse apoio.

Seguidamente explorámos uma dificuldade comum a ambos e que se prende com a baixa tolerância à frustração, com tendência a reagir com heteroagressividade dirigida a outros e a objetos. Mais uma vez reforçámos a importância de se estabelecerem limites e regras claros, mas que se ajustem e adequem às idades de cada um, pois é fundamental que se sintam confiantes e seguros no desempenhar das tarefas exigidas, para que possam aprender e desenvolver-se de uma forma sustentada. Por se tratarem de crianças bastante enérgicas, com uma expressividade muito corporal sugerimos a possibilidade de integrarem atividades extracurriculares com predominância no exercício físico e na disciplina.

Na sessão seguinte voltámos a contar com a presença de um dos pais que apenas tinha comparecido uma vez, o que considerámos ser uma mais-valia, pois a sua perspetiva poderia trazer contributos para o grupo e, também, para nós enquanto terapeutas. Nesse sentido questionámo-lo sobre de que forma via a evolução do filho e quais sentia serem as suas principais dificuldades.

Referiu que enquanto pais já conseguiam contrariar melhor os comportamentos e “birras” do filho, mas sente que ainda só o conseguem fazer com base na negociação/chantagem. Disse que acredita não ser a melhor estratégia, mas ser a única que tem resultado. Disse ainda que o filho mantém comportamentos obsessivos e muita dificuldade em lidar com a frustração quando as suas pretensões não são satisfeitas. Tende a mimetizar comportamentos dos desenhos animados e a reproduzi-los em família, não conseguindo gerir a frustração quando não são atendidos os seus intentos. Reforçámos, à semelhança de sessões anteriores, a importância de fazer a distinção entre a realidade e a fantasia e que sempre que este inicie uma atividade é crucial pontuar se se trata de uma

brincadeira ou não. Sugerimos também que a negociação fosse realizada tendo por base a atividade pretendida, como por exemplo, não se iniciar logo que pedido se não for possível, estipular um tempo de duração razoável ou, se for caso disso, recusar a mesma de forma perentória e categórica sem margem para grandes explicações, deixando apenas claro que a decisão dos pais é soberana.

Por fim, a décima terceira sessão foi talvez uma das mais importantes, não só por ter sido a última devido ao interregno imposto pela pandemia, algo que não sabíamos quando demos início à sessão, mas, também, curiosamente pelo facto de ter sido a sessão onde obtivemos um melhor feedback de todas as famílias. Uma das famílias que estava a ter dificuldades em mudar de habitação, conseguiu fazê-lo nessa semana, uma das mães que mais dificuldade teve em manter uma perspetiva positiva durante todo o percurso, revelou ter sido uma semana de mudança, com melhorias evidentes por parte do filho ao nível da tolerância à frustração e do cumprimento de regras e limites e outra família que revelou dificuldades na negociação e gestão de expectativas do filho, conseguiu implementar as estratégias propostas, assumindo que tinham conseguido ser mais firmes nas decisões tomadas, impondo uma continuidade e constância que anteriormente não conseguiam.

6.5. A Avaliação da Intervenção

No sentido de compreender o impacto da intervenção importa começar por salientar aquele que foi, no meu entender, o principal contributo dos momentos de interação interfamiliar e de mediação por nós promovidos e que permitiram que todas as famílias vissem alguns dos seus problemas e dificuldades atenuados ou até resolvidos à data da última sessão. Entendo que todo este processo se tratou efetivamente de um processo de promoção de resiliência familiar por terem sido frequentemente mobilizadas as dificuldades e diferentes momentos de adversidade das diversas famílias, como exemplos de superação e potencialidade, através da capacitação de todos os intervenientes e da mobilização dos seus próprios recursos.

Para tal em muito contribuíram as estratégias propostas nomeadamente ao nível da negociação, gestão de conflitos, clarificação de limites, brincar terapêutico com recurso ao jogo simbólico, sempre acompanhada da palavra e presença securizante dos pais, bem como o constante reforço positivo a cada conquista demonstrada. Essa visão foi igualmente sentida e percecionada pelos terapeutas do grupo de crianças (terapeuta da fala, psicomotricista e dois EESMP) quando em interação com os mesmos, denotando já algumas evoluções ao nível da socialização e da linguagem nas várias crianças do grupo.

Outro aspeto que importa destacar como sinónimo do positivo impacto da intervenção prende-se com uma abertura e disponibilidade crescentes para a relação, de todo o grupo multifamiliar, percecionada na exposição cada vez mais sincera e profunda das suas dificuldades perante o grupo. No entanto, não raras vezes, percecionamos uma certa sobreproteção ao nível das competências parentais, com uma sobrevalorização de competências já adquiridas pelos filhos, que não eram posteriormente observadas e identificadas pelos terapeutas no grupo de crianças, o que justificou da nossa parte, enquanto terapeutas uma necessidade de recentrar expectativas.

No entanto ocorreram diversos momentos de labilidade emocional face às dificuldades sentidas e casais em conflito perante o grupo, o que, no meu entender, demonstra confiança na equipa e grupo e disponibilidade no pedido de ajuda e na clarificação do foco da necessidade de intervenção.

Outro aspeto que pretendo salientar está relacionado com a nossa resiliência enquanto moderadores do grupo, pois conseguimos transformar uma das principais limitações do grupo, a assiduidade, em diversos momentos de interação dual que se revelaram cruciais para as aprendizagens e vivências em grupo, promovendo uma maior abertura e proximidade com algumas famílias, que foi posteriormente transportada para o grupo, com consentimento das famílias envolvidas.

No que à minha intervenção enquanto coterapeuta diz respeito, sinto que realizei um excelente percurso de aprendizagem, quer no acompanhamento e moderação das sessões, quer na análise, registo e interpretação das mesmas, tendo contribuído ativamente nos vários momentos de intervenção.

No que concerne à promoção da resiliência familiar, considero que foi uma constante, talvez ainda mais evidente do que inicialmente idealizei. Foi necessário, através do que o grupo foi demonstrando e solicitando, intervir, acima de tudo, ao nível da comunicação familiar e resolução de problemas, das ligações familiares, na capacidade de dar sentido às adversidades e, não raras vezes, na mobilização dos recursos socioeconómicos. Aspetos como a clarificação de limites, o processo de tomada de decisão parental, a relação em casal e fraternal, foram abordados e trabalhados frequentemente.

A mobilização dos recursos sociais esteve também bastante presente ao longo das sessões, nomeadamente ao nível da importância da parceria com os educadores, avós e restantes cuidadores, tendo sido importante o feedback obtido e transmitido por ambas as partes, no estabelecimento de um plano de intervenção conjunto e o mais individualizado possível à situação de cada criança e família.

Por fim, a capacidade de promover a manutenção de uma perspetiva positiva, centrada no reforço positivo frequente das aprendizagens e competências desenvolvidas quer

pelos pais, quer pelas crianças, foi também preponderante para que os níveis de motivação e empenho permanecessem elevados o suficiente durante todo o processo.

6.6. A Supervisão e Intervisão da Intervenção

As sessões de intervisão ocorriam formalmente sempre no final de cada sessão de grupo. Era promovida uma reunião com todos os terapeutas, eu e a minha enfermeira orientadora em representação do grupo de pais e a terapeuta da fala e os dois EESMP, em representação do grupo de crianças. Nestes momentos era explorada a evolução de cada família e/ou criança e definidas estratégias de intervenção para ambas. No caso de serem temáticas/problemas similares às diversas famílias eram estabelecidas estratégias de grupo a implementar.

Outro dos aspetos frequentemente discutido nestes momentos era a evolução enquanto grupo, quer do grupo multifamiliar, quer do de crianças, nomeadamente no que diz respeito à coesão grupal, aprendizagem interpessoal e capacidade de expressão de sentimentos e/ou vivências.

Paralelamente às sessões de intervisão foram também organizadas sessões de supervisão clínica, onde para além dos intervenientes das sessões de intervisão, estava também presente o diretor clínico da consulta de Pedopsiquiatria, que dava o seu parecer relativamente a cada família e criança acompanhada nos diferentes grupos terapêuticos. No entanto por questões de saúde esteve ausente por um longo período e por questões de agenda só tardiamente foi substituído por outro pedopsiquiatra, que apenas promoveu duas reuniões até que as sessões foram canceladas por causa da pandemia.

No entanto, nas sessões realizadas eram abordadas inicialmente, individualmente, todas as famílias e crianças, clarificado o trabalho específico realizado com cada uma em ambos os grupos e redefinidos, se necessário, novos focos de intervenção ou novas abordagens terapêuticas. Por fim, no final da sessão eram abordados os grupos como um todo e igualmente definidas estratégias consoante a avaliação global dos mesmos, atendendo a focos de intervenção comuns aos diversos elementos, dos diversos grupos. Era ainda considerada a possibilidade de intervir individualmente com alguma criança e/ou família se se identificasse algum problema que justificasse uma intervenção mais direcionada e individualizada.

6.7. Questões Éticas

A FRAS está autorizada pela Comissão de Ética do CHLC para utilização em grupos terapêuticos no contexto de estágio.

Outro fator tido em conta prende-se com o consentimento informado, livre e esclarecido das famílias que integraram o grupo multifamiliar, nomeadamente, em relação ao seu anonimato e confidencialidade, bem como, a necessidade da sua autorização para a aplicação da escala referida e o tratamento dos dados obtidos. Nesse sentido colaborei na entrega e esclarecimento dos mesmos junto das famílias participantes, tendo sido salvaguardado que poderiam sair do grupo se assim o entendessem. Este consentimento esclarecido contempla o título do estudo e os principais procedimentos realizados, nomeadamente a aplicação da escala e o tratamento confidencial dos seus dados, o registo de notas de campo garantido o anonimato, bem como a gravação de meios audiovisuais para utilização exclusiva nos trabalhos realizados pelas crianças a apresentar na festa de Natal e de final do ano (Anexo II).

6.8. Limitações e Dificuldades

A principal limitação demonstrada pelo grupo esteve relacionada com a sua assiduidade. O principal motivo prendeu-se com o facto de a maioria das famílias serem de concelhos diferentes do hospital e de necessitarem de utilizar mais do que um transporte público para chegarem ao local da realização do grupo. Esta limitação ficou logo clara desde início e tentámos colmatá-la abordando-a frequentemente, mas com pouco sucesso. Decidimos em conjunto adiar do início da sessão para 30min depois do inicialmente previsto, dado que havia famílias que tinham de se levantar às 5h30 da manhã e outras que tinham que deixar obrigatoriamente os outros filhos na escola e não tinham possibilidade, face à distância, de chegar mais cedo. Para além dessa medida e como forma de contornar essa limitação, promovemos momentos de acompanhamento individual, por vezes informal, com as famílias presentes.

Outra limitação inesperada e imprevisível resultou da situação pandémica vivida e que à data resultou na suspensão das sessões de grupo e posteriormente no seu cancelamento. Deste modo a análise e interpretação dos dados inicialmente projetada e que teria por base a interpretação de todas as notas de campos realizadas em equipa, a interpretação de cada família do percurso realizado ao longo do ano e a análise sumária dos resultados obtidos através da escala implementada no início e no final das sessões, ficou, assim, inviabilizada. Face à imprevisibilidade do momento, o seguimento das famílias passou a realizar-se apenas

a título individual e por chamada telefónica, o que desvirtuou por completo o plano inicialmente definido.

No final do ano seria realizada, em sessão de supervisão clínica multidisciplinar, uma avaliação da evolução revelada por cada uma das famílias e crianças acompanhadas, da qual constaria um relatório da equipa de enfermagem que acompanhou as famílias onde me incluo, dos técnicos que acompanharam as crianças e do diretor clínico do serviço, reunião que não chegou a ter lugar antes do final do estágio.

PARTE 2 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP

1. Objetivos Gerais

A necessidade da elaboração de objetivos gerais e posteriormente objetivos específicos característicos dos diferentes contextos prende-se com a compreensão por mim detida de que o meu processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EESMP se desenvolveu num processo contínuo e interligado que, no entanto, se suportou numa interpretação dos contributos de cada contexto em específico. Assim, defini como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro especialista.
- Desenvolver competências específicas do EESMP.
- Compreender a intervenção do EESMP na promoção da resiliência familiar em famílias de crianças e jovens acompanhados no serviço de Pedopsiquiatria.

2. Objetivos Específicos em Contexto de Estágio

Consulta externa de Pedopsiquiatria

- Desenvolver conhecimentos sobre o sistema familiar e promoção da sua resiliência.
- Desenvolver competências do EESMP na intervenção familiar individual e em grupo terapêutico.
- Identificar atitudes, perceções e emoções das famílias no suporte a crianças com problemas da linguagem e/ou socialização. Mobilizar as dimensões da escala FRAS como orientadores da intervenção grupal.

Serviço de internamento de Pedopsiquiatria

- Aprofundar conhecimentos sobre perturbações emocionais e do comportamento em crianças e adolescentes internados.
- Identificar atitudes, perceções e emoções das crianças e adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria.

- Identificar atitudes, percepções e emoções das famílias no suporte à criança e adolescente internados no serviço de Pedopsiquiatria.
- Aprofundar conhecimentos sobre estratégias de intervenção psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

3. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Dou início à minha reflexão acerca do meu percurso de aprendizagens pelas competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e acredito que as mesmas foram amplamente desenvolvidas em ambos os contextos.

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal

No que diz respeito ao domínio ético e legal, foi o primeiro que tive necessidade de explorar aquando da definição do grupo multifamiliar e na obtenção do seu consentimento para a participação, na elaboração dos registos e pela frequente responsabilização de todo o grupo para importância da confidencialidade das temáticas familiares abordadas. Tive igualmente o cuidado de, ao integrar o estudo a decorrer na consulta acerca da promoção da resiliência em grupos familiares, perceber em que moldes tinha sido realizada a sua autorização junto da comissão de ética hospitalar, tanto na utilização das escalas, como na obtenção dos consentimentos de participação no estudo, onde participei ativamente na entrega e esclarecimento dos mesmos.

Atendendo ao código deontológico da profissão e considerando os cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde mental, recordo como marcantes os momentos em que foi necessário, com o apoio e supervisão da enfermeira orientadora, a opção terapêutica de recorrer ao quarto de contenção. Este processo de decisão foi necessário, simultaneamente, para proteger as crianças em questão da exposição perante o grupo em momentos de maior desinibição e ou agressividade, promovendo a sua privacidade, intimidade e/ou confidencialidade, bem como, por outro lado, fundamental para assegurar o direito das restantes crianças de proteção e segurança. De referir que por constituir uma forte limitação à liberdade individual e ao seu processo de autodeterminação, a avaliação da necessidade manutenção da intervenção era frequentemente reavaliada e o risco de recorrência muito trabalhado com as crianças em questão, o que, não raras vezes pressupunha um acompanhamento individualizado, quer no momento do confinamento, quer

no período de reintegração no grupo, adotando sempre que possível uma conduta antecipatória, promovendo assim ao máximo a dignidade dos envolvidos.

Por fim, tal como preconizado nos deveres gerais que constam no código deontológico dos enfermeiros considero ter complementado o trabalho previamente realizado e iniciado ao longo do curso de mestrado, nomeadamente nas UC's de Apreciação Clínica, Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas, Desenvolvimento Pessoal e Profissional e Relação Terapêutica, promovendo o estudo necessário para uma melhor adaptação aos contextos de estágio que integrei. Desenvolvi assim os conhecimentos técnicos e científicos necessários para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, no respeito pela dignidade, saúde e bem-estar das crianças e famílias a quem prestei cuidados. Senti assim necessidade de aprofundar conhecimentos em pedopsiquiatria, avaliação e intervenção familiar e ainda em cuidados psico e socioterapêuticos. Em pedopsiquiatria pela necessidade de adquirir conhecimentos sobre as patologias, sinais e sintomas de alteração de saúde mental característicos das diferentes faixas etárias, prevalentes nos contextos de ensino clínico que integrei. Os conhecimentos sobre a avaliação e intervenção familiar como resultado da importância de compreender esta unidade funcional, tendo em conta os seus stressores, fatores reconstituição e potencialidades na vivência do seu processo de saúde e ainda a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre intervenções psico e socioterapêuticas, para melhor compreender o papel enquanto coterapeuta que desempenhei e para melhor conhecer as suas potencialidades enquanto intervenções na otimização da saúde mental dos intervenientes.

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Em relação ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o seu desenvolvimento está presente no facto dos grupos familiares estarem assentes num estudo a decorrer com a aprovação da comissão de ética do hospital em questão, tal como referido anteriormente e que visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a famílias de crianças com problemas da linguagem e da socialização. Sinto ter também aqui assumido um papel de alguma responsabilidade e importância neste processo, pois como coterapeuta, estava incumbido de participar na moderação do grupo, na preparação das sessões e na realização dos registos das mesmas, o que me possibilitou um conhecimento mais aprofundado do grupo e da promoção da resiliência em grupos multifamiliares como intervenção. A abordagem e intervenção com o grupo foi alvo de constante avaliação e reflexão por parte dos técnicos envolvidos, nomeadamente através de sessões de inter e supervisão, das quais tive oportunidade de fazer parte e cujas decisões eram registadas em ata e tidas em conta nas

sessões seguintes. O facto de me ter sido atribuído um papel ativo, enquanto coterapeuta e não um papel de aluno em observação fez com que, com o decorrer da evolução do grupo também eu fosse crescendo com o mesmo nesse papel, tendo desenvolvido sobretudo a capacidade de mobilizar experiências anteriormente relatadas em sessões anteriores e cuja sua pertinência se foi revelando numa mais valia para o crescimento grupal, quer como forma de mobilizar e propor diferentes estratégias, quer como forma de promover um reforço positivo. Considero que, enquanto coterapeuta, ao mobilizar experiências relatadas e anteriormente trabalhadas em grupo, permitiu, juntamente com enfermeira orientadora, promover a coesão grupal por processos de identificação, facilitando assim a comunicação em grupo e a partilha de novas vivências.

Entendo que a melhoria contínua da qualidade esteve também patente no facto de, desde o final de outubro, ter tido a possibilidade de iniciar o ensino clínico no internamento de pedopsiquiatria, tendo-me voluntariado para continuar a seguir o grupo multifamiliar, o que me possibilitou mobilizar os conhecimentos adquiridos em ambos os contextos. Senti que essa oportunidade me permitiu aprofundar conhecimentos sobre o sistema familiar e a promoção da sua resiliência, o que se traduziu no desenvolver do estudo de caso sobre um jovem e respetiva família que, no meu entendimento, foi claramente enriquecido graças aos contributos das aprendizagens realizadas no grupo e nas sessões de inter e supervisão realizadas até então. Sinto que a possibilidade de intervir com crianças em idade pré-escolar já com manifestações de alterações de saúde mental, evidenciadas nas dificuldades de linguagem e socialização, me permitiu compreender a importância de uma intervenção cada vez mais precoce e a noção de que, efetivamente, as alterações de saúde mental na infância e adolescência podem ter o seu início ainda durante a gravidez, tendo continuidade nos problemas de vinculação, relação conjugal, clarificação de regras e limites, etc. Foi esta percepção sistémica da família e do seu funcionamento, que me permitiu melhor compreender o fenómeno da resiliência familiar, delineando planos de cuidados cada vez mais direcionados e individualizados.

Concluo consciente de que as aprendizagens realizadas em ambos os contextos me permitiram consolidar conhecimentos teóricos abordados em UC como Apreciação Clínica, Relação Terapêutica e Aconselhamento e de Técnicas de Intervenção Psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. No sentido em que se revelaram fundamentais, respetivamente, na avaliação e diagnóstico de situação, na redefinição dos planos de cuidados delineados, no estabelecimento de relações terapêuticas promotoras da coesão grupal, bem como no sedimentar de competências ao nível da gestão e moderação de grupos.

3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No que concerne ao domínio da gestão de cuidados este foi, igualmente, frequentemente mobilizado em ambos os contextos.

Na consulta externa, onde dei início aos meus ensinamentos clínicos, deparei-me com aquele que foi um dos maiores desafios para mim, foi o local onde me confrontei, na prestação de cuidados, com uma tendência pessoal enraizada, quase inconsciente, para uma postura paternalista que tendo a adotar no meu dia-a-dia enquanto enfermeiro generalista no serviço onde exerço funções. Acredito que essa tendência é, de certa forma, fruto da necessidade de respostas e tomadas de decisão imediatas, a que somos brutalmente sujeitos em função dos rácios praticados, o que me conduziu, não raras vezes, a um executante eficaz, mas não eficiente, essencialmente, espelhada na (in)capacidade de compreender o todo e definir os reais focos de intervenção.

Aqui importa salientar o contributo da UC de Enfermagem Avançada no sentido em que me despertou para real importância da utilização de um modelo teórico de Enfermagem, que me permitisse alicerçar as minhas intervenções e melhor definir, com as famílias, quais os principais diagnósticos de Enfermagem e focos de intervenção. Considero que a opção pelo modelo teórico de Betty Neuman se revelou fundamental na sistematização da minha intervenção, possibilitando-me desenvolver um entendimento sistémico da família, nomeadamente, das ligações familiares, processos de comunicação, dos seus recursos, dos seus stressores, dos fatores protetores e de regeneração, fundamentais na promoção da sua resiliência.

Ainda no que respeita ao domínio da gestão de cuidados, mais uma vez, ambos os contextos foram extremamente enriquecedores pela complexidade de cuidados prestados e pelo imediatismo de resposta requerida, onde fui frequentemente colocado “à prova” no que à gestão do plano de cuidados diz respeito. Quero com isto dizer que, por exemplo, na consulta enquanto coterapeuta, inevitavelmente tive que gerir, com a enfermeira orientadora, tudo o que era exposto pelos pais, por vezes de uma forma vulnerável, recebendo e processando a informação, devolvendo, assim que possível, em cuidados. O mesmo se verificou no internamento devido ao facto de se tratar de um local com crianças e jovens em fase aguda de doença, o que suscitou da minha parte, uma necessidade de intervenção emergente, por vezes com necessidade de contenção física, facto que abordarei mais à frente, aquando da primeira competência do EESMP.

Outro aspeto que importa referir pela relevância que teve na gestão do grupo multifamiliar e necessariamente dos cuidados prestados, ficou a dever-se à assiduidade dos participantes que, por vezes, não permitiu reunir quórum suficiente para a realização do grupo. Assim,

sentimos necessidade de realizar momentos de interação individual que se revelaram positivos, numa fase inicial, para a exposição, por parte das famílias, das reais necessidades/dificuldades sentidas. Esse contexto permitiu-nos, com autorização das famílias, introduzir essas temáticas ao grupo, sendo frequentemente observável que as mesmas eram transversais aos restantes elementos, o que promoveu a coesão grupal e facilitou a comunicação do grupo e o estabelecimento de uma relação de maior confiança.

Foram situações imprevistas como estas que me fizeram recuar até aos tempos de licenciatura onde tantas vezes foi abordada a importância dos instrumentos básicos de Enfermagem, dos quais destaco um, tão frequentemente “esquecido”, mas que na minha opinião, por vezes transforma e promove a excelência dos cuidados, a criatividade, essa capacidade de sair, com subtilidade e sublimação do imprevisto, fazendo das dificuldades e limitações, oportunidades de aprendizagem e crescimento. Fui despertando esta consciência ao longo da UC de Desenvolvimento Pessoal e Profissional. Ao longo das diversas sessões foram-nos propostas dinâmicas individuais e de grupo que, pela forma como foram geridas e apresentadas ao grupo, proporcionaram momentos de partilha e reflexão de uma profundidade inesperada, atendendo ao nível de intimidade entre os participantes.

Por fim, a relevância deste domínio esteve igualmente presente nos processos de articulação e feedback regulares com a equipa multidisciplinar hospitalar, bem como com a comunidade, nomeadamente educadores, psicólogos, terapeutas da fala e psicomotricistas das escolas frequentadas pelas crianças.

3.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais

Concluindo com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais importa referir que acredito que foi igualmente desenvolvido graças à oportunidade que tive de observar, aprender e trabalhar com profissionais das mais diversas áreas, extremamente experientes e sencientes nesta temática e que me proporcionaram diversos momentos de partilha e reflexão que tentei espelhar nos diversos jornais de aprendizagem realizados. Tive ainda a oportunidade de poder participar das ações de formação mensais dinamizadas pelo departamento de pedopsiquiatria e que se revelaram enriquecedoras no meu processo de aprendizagem.

Na minha opinião é disso exemplo o facto de sentir que durante os ensinamentos clínicos fui mobilizando de uma forma cada vez mais clara e segura as aprendizagens desenvolvidas também no meu local de trabalho, pois é evidente que, para além de fluxo de crianças com alterações de saúde mental ser claramente maior, também eu fui ficando cada vez mais

desperto para na sua identificação, conseguindo ainda mobilizar e sensibilizar a equipa para que estejamos cada vez mais alerta.

4. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Debruçando-me agora sobre as competências específicas do EESMP considero que, atendendo às minhas expectativas e objetivos iniciais aquando do ingresso no mestrado, não poderia ter tido melhores experiências e contextos. Sendo, à priori, o meu objetivo aprofundar conhecimentos em saúde mental na pediatria, os locais de estágio que frequentei são, efetivamente, locais de referência na prestação de cuidados de excelência em pedopsiquiatria e que me permitiram trabalhar, em simultâneo, com crianças e famílias sujeitas a processos de saúde/doença de extrema complexidade e que careciam de uma intervenção especializada e individualizada no caminho da promoção/otimização da sua saúde mental. A promoção da sua resiliência surgiu com uma intervenção major na busca do equilíbrio do sistema familiar, atuando na mitigação dos diversos stressores a que são sujeitos, ao mobilizar com eles recursos que até então desconheciam ou não tinham perceção da sua funcionalidade.

4.1. Detém um Elevado Conhecimento e Consciência de Si Enquanto Pessoa e Enfermeiro

O desenvolvimento desta competência teve início no momento em que decidi ingressar no mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, resultando essa decisão da necessidade por mim sentida de colmatar uma lacuna cada vez mais presente na minha prática de cuidados. Era para mim notório o crescente aumento da incidência das alterações de saúde mental nas crianças e jovens que recorrem ao serviço onde exerço funções, mantendo-se em mim e na equipa multidisciplinar a tendência de relegar todas estas questões para segundo plano, o que causou em uma inquietação a que tive de obrigatoriamente dar resposta, pois era cada vez mais evidente a preponderância das alterações de saúde mental, nas alterações clínicas manifestadas. Este processo reflexivo promoveu em mim uma necessidade de mudança, com o intuito de abandonar um modelo ainda exageradamente biomédico e paternalista instituído no serviço onde exerço funções, ao qual me apercebi que estava já demasiado acomodado.

Todo este processo de crescimento pessoal e profissional foi explorado na UC de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, onde tive a oportunidade de trabalhar os medos e

inseguranças inerentes ao processo de mudança e preparar-me para os novos papéis que pretendia assumir. Esses receios e inseguranças estiveram efetivamente presentes, mas o crer e vontade de crescer pessoal e profissionalmente foram energia suficiente para me reinventar, dando ainda mais sentido ao desafio inicial a que me propus.

Este caminho foi guiado pelas reflexões realizadas formal e informalmente, com os diferentes atores dos diferentes contextos, baseadas nos mais ínfimos pormenores de um breve momento de interação, a momentos de reflexão sobre os principais desafios da atualidade e de futuro a que as famílias e jovens de hoje estão e estarão sujeitos. Quase que como, de momento a momento, intervenção em intervenção, reflexão em reflexão, fosse tomando uma consciência cada vez maior da dimensão de um todo, por descobrir e alcançar. Para tal em muito contribuíram os momentos de inter e supervisão, onde tive a oportunidade de ser incluído e ter voz, nos diversos momentos de partilha e reflexão, que se revelaram fundamentais no meu crescimento pessoal e profissional, por ter tido a oportunidade de aprender com pessoas com um elevadíssimo conhecimento e experiência na área.

De entre os vários desafios promotores do meu crescimento pretendo referir o papel desempenhado enquanto coterapeuta no grupo multifamiliar, pois este foi recheado de desafios. Foi aqui que me deparei pela primeira vez com os fenómenos de transferência/contratransferência, e sobre o desafio que é geri-los mantendo a capacidade de devolver em cuidados, vivências e dinâmicas familiares multiculturais, com as quais não me identifico. Foi algo que estive presente de início com uma postura machista e paternalista com pouca abertura para o diálogo por parte de um pai, que gerou algum desconforto no grupo e que resultou em discussões em casal durante a sessão, que tiveram de ser geridas e integradas no seu contexto. Foram trabalhadas as questões culturais, educacionais e os processos de aculturação que permitiram a integração e uma melhor compreensão da vivência por parte de todos os elementos do grupo. Houve inclusivamente necessidade de se trabalhar e abordar a questão em sessão de intervenção, exatamente pela necessidade de também nós, enquanto terapeutas, termos sentido a necessidade de trabalhar o impacto em nós e de decidir a melhor forma de abordarmos o grupo e, também, individualmente o casal.

Outras ocasiões houve, por exemplo em contexto de consulta, que, a complexidade e dimensão dos problemas familiares era tal, que me foi difícil não permitir que as emoções por mim sentidas, me impedissem de manter o discernimento necessário na definição do foco de intervenção.

Recordo agora outro momento cuja gestão foi particularmente difícil para mim. A situação decorreu no internamento de pedopsiquiatria e surgiu da necessidade de conter, fisicamente, um jovem. Confesso que a contenção de crianças era algo que me afligia, já tinha tido, em psiquiatria de adultos, na unidade de agudos onde exerci funções, necessidade de

conter pessoas e desenvolvido a capacidade de aceitar que, por vezes, é algo necessário e terapêutico, mas conter uma criança num episódio de heteroagressividade era uma situação que não sabia como iria conseguir gerir. Este processo foi ainda mais difícil de gerir, porque inicialmente o vivi e senti como uma falha pessoal, pois acreditei ter realizado uma correta preparação da sessão com o jovem em questão, mas rapidamente as expectativas de ambos foram goradas. O episódio decorreu numa sessão de arteterapia em grupo em que o jovem de quem era enfermeiro de referência, por incapacidade momentânea de gerir a frustração durante a atividade, atirou os materiais (lápiz) que, por pouco não atingiram os colegas, não tendo, no entanto, tomado consciência da gravidade, tentando prosseguir o ato. Tive necessidade de o conter assim que possível para preservar a sua segurança e a dos demais elementos do grupo. Tentei desenvolver a minha intervenção mantendo o recurso à palavra, com um discurso assertivo, encaminhando-o para o exterior da sessão, ficando a cargo de outro elemento da equipa, enquanto demos continuidade à sessão. Posteriormente abordei com ele o sucedido, tentando desmistificar o motivo da frustração revelada e salientando igualmente, as consequências da sua ação, visto que teve de ser, novamente, afastado do grupo, permanecendo no quarto de contenção. Este momento não foi fácil de integrar também para mim, pelo que foi alvo de reflexão junto da minha enfermeira orientadora e professor, tendo daí resultado a elaboração de um jornal de aprendizagem.

4.2. Assiste a Pessoa ao Longo do Seu Ciclo de Vida, Família, Grupos e Comunidade na Otimização da Sua Saúde Mental

O meu processo de descoberta e aprendizagem teve continuidade no desenvolvimento de uma perceção cada vez maior da importância do processo assistencial da pessoa e da família ao longo do seu ciclo de vida, compreendendo a extrema relevância da otimização da sua mental.

Esta etapa foi crucial no meu caminho, porque me permitiu abandonar, definitivamente, uma atitude paternalista por mim muitas vezes adotada e já anteriormente referida.

Para o desenvolvimento desta competência e construção de um novo pensar sobre o cuidar, muito contribuiu o facto de ter sido o enfermeiro de referência de um jovem no internamento de pedopsiquiatria, tendo elaborado com ele e a sua família, com apoio e supervisão da enfermeira e docente orientador, um estudo de caso que contemplou a elaboração de um plano de cuidados individualizado, integrando a família simultaneamente como parceira, mas, também, como alvo de cuidados. Aqui recorri à entrevista familiar para uma melhor compreensão e conhecimento sobre a família (comunicação familiar e resolução

de problemas, ligações familiares, utilização dos recursos socioeconômicos, capacidade de dar sentido às adversidades, capacidade de manter uma perspectiva positiva perante as mesmas e ainda a espiritualidade familiar). Foram estes seis fatores do âmbito da intervenção de enfermagem, constantes da escala FRAS utilizada na consulta, alicerçados no modelo de Betty Neuman, que me permitiram criar uma perspectiva geral dos aspetos a abordar e que guiaram a minha entrevista, pois estão intimamente ligados à promoção da resiliência familiar que pretendia desenvolver.

No que diz respeito à minha intervenção com o jovem, pré-adolescente, centrou-se no brincar terapêutico e no recurso ao jogo simbólico que possibilitou que expressasse as suas emoções, medos e desejos que permitiram que definíssemos melhor os focos de intervenção. Este processo foi extremamente enriquecedor e aliciante, tendo tido a oportunidade de desenvolver a minha criatividade como forma de melhor promover a nossa relação terapêutica, que se revelou crucial na implementação do plano de cuidados traçado.

Considero ser ainda importante referir o trabalho realizado pela equipa multidisciplinar que ficou, no meu entender, bastante claro no momento da alta do jovem, isto porque, houve a consciência por parte de toda a equipa que, embora nem todos os focos de intervenção estivessem claramente atingidos, o internamento, enquanto recurso, não era já terapêutico e que o plano poderia ser continuado em domicílio pelos pais, agora já mais capacitados e despertos para as necessidades do jovem e para as suas necessidades enquanto sistema familiar. Contudo, ficou bem explícito que a equipa continuaria a ser um recurso, nomeadamente através do seguimento em consulta, bem como ficaram igualmente claros os sinais de alerta que poderiam justificar a ida ao serviço de urgência de pedopsiquiatria para avaliação da necessidade, ou não, de reinternamento.

4.3. Ajuda a Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Integrada na Família, Grupos e Comunidade a Recuperar a Saúde Mental, Mobilizando as Dinâmicas Próprias de Cada Contexto

Dando continuidade ao que foi o meu processo de aquisição de competências debruço-me agora sobre a terceira competência do EESMP descrita pela OE, relativa à ajuda à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupo e comunidade, na recuperação da sua saúde mental mobilizando dinâmicas do próprio contexto. Aqui tenho inevitavelmente de reforçar o papel fulcral desempenhado pelo grupo multifamiliar na consulta externa. Foi aqui, em conjunto com a equipa multidisciplinar, que tive a oportunidade de realizar diagnósticos de situação, sistematizar e analisar dados resultantes das escalas implementadas e das sessões realizadas, bem como realizar planos de sessões e reformulá-

los mediante as necessidades do grupo. Sinto que foi com o grupo que comecei a desenvolver a minha capacidade de melhor identificar e mobilizar com as famílias os fatores promotores e protetores da sua saúde mental, bem como a minha capacidade de intervir em processo de crise familiar. Tive também a possibilidade de observar a aprendizagem em grupo de pares, através da partilha reflexiva de vivências, moderado por uma terapeuta com larga experiência na área da promoção da resiliência, com especial incidência na realização de grupos multifamiliares. Ter desempenhado o papel de coterapeuta foi extremamente aliciante e uma aprendizagem sessão após sessão como fui espelhando em jornais de aprendizagem e em momentos de super e intervisão com a enfermeira orientadora e toda a equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao contexto de internamento esta vertente foi igualmente bastante trabalhada e facilitada pela existência de uma metodologia de enfermeiros de referência, onde me incluí, não só aquando da realização do estudo de caso, mas também em momentos de acolhimento a que tive oportunidade de dar continuidade. Esta metodologia aliada à existência de um período de visita de familiares restrito, mas acompanhado, permitiu-me e permite promover momentos de visita de familiares e/ou reuniões familiares frequentes, por vezes diários, o que possibilita um acompanhamento individualizado e de proximidade, promotor do desenvolvimento de uma relação de confiança, que se quer terapêutica e que é, inegavelmente, facilitador da compreensão do sistema familiar e da definição de um plano terapêutico o mais ajustado possível às suas necessidades.

4.4. Presta Cuidados Psicoterapêuticos, Sócio Terapêuticos, Psicossociais e Psicoeducacionais à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Mobilizando o contexto e Dinâmica Individual, Familiar de Grupo ou Comunitário, de Forma a Manter, Melhorar e Recuperar a Saúde

Por fim abordarei agora a quarta e última competência do EESMP, referente à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais, psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e as dinâmicas individuais, familiares, de grupo ou comunidade, com vista a manter melhorar ou recuperar a sua saúde.

Um dos principais contributos no desenvolvimento desta competência ficou a dever-se às diversas atividades terapêuticas que pude integrar no internamento de pedopsiquiatria. O serviço dispõe de diversas sessões diárias (culinária, relaxamento, dança e movimento, expressão pela arte, autocuidado, cineterapia, psicoeducação expressão dramática e expressão pela arte), que visam facilitar a expressão verbal e/ou não verbal de emoções e vivências por parte das crianças e jovens internados, bem como promover respostas

adaptativas com vista à melhoria ou recuperação da sua saúde mental. Tive a oportunidade de participar em todas as sessões auxiliando na realização das mesmas e, quando possível, acompanhando o jovem de quem fui enfermeiro de referência e sobre quem realizei o estudo de caso.

A possibilidade de me incluir nas sessões permitiu-me colocar-me nos diferentes papéis, quer de coterapeuta, mas também de pessoa alvo da sessão, com necessidade de me expor perante mim e os outros, em atividades para as quais não me sentia totalmente confortável. Recordo o momento da participação na sessão de “Dança e Movimento”, por ser uma atividade de clara exposição perante os outros e com uma necessidade de perceção corporal que sinto não ter muito trabalhada em mim. Apesar de na UC de Técnicas de Intervenção Psicoterapêutica ter sido esta a atividade que trabalhei em grupo juntamente com uma colega, já a tínhamos elegido por ambos sentirmos essa mesma dificuldade. Acredito que a possibilidade de ter trabalhado essa intervenção em aula e depois a ter experienciado na prática, a tornou marcante acima de tudo por me poder aperceber, com o grupo, que é nessas atividades, em que claramente somos chamados a sair da nossa zona de conforto, que mais rápida e intensamente somos colocados perante as nossas vivências e emoções, o que inevitavelmente resulta em momentos de reflexão e partilha mais profundos e proveitosos.

A possibilidade de integrar todas estas sessões diariamente foi sem dúvida um dos principais contributos do estágio em contexto de internamento, pois pude observar como cada criança inicialmente demonstrava relutância em participar, relutância essa que rapidamente se transformava em motivação e empenho nas sessões, desencadeando momentos de reflexão e partilha que, pessoalmente, muitas vezes me surpreenderam pelo nível de maturidade emocional e capacidade de exposição que desenvolviam no contexto de internamento, muitas vezes num período tão curto de tempo.

Neste ponto importa ainda salientar novamente a minha participação como coterapeuta no grupo multifamiliar. De destacar também o facto de o mesmo ser bifocal, pois pese embora o meu trabalho tenha sido desenvolvido com as famílias, a intervenção da equipa multidisciplinar incidia igual e necessariamente também sobre as crianças que revelavam problemas de linguagem e socialização e cujo comportamento e evolução ao longo das sessões era obviamente abordado e explorado nas sessões de super e intervisão que integrei. Isso permitiu-me compreender de que forma as intervenções e estratégias delineadas com as famílias tinham, ou não, impacto nos seus filhos, bem como, aprofundar conhecimentos sobre estratégias de atuação em crianças com problemas de linguagem e socialização em idade pré-escolar.

Este foi um dos principais contributos do mestrado, o desenvolvimento e sedimentação desta compreensão sistémica da família, que fundou alicerces que desde logo comecei a

implementar na minha prática diária no serviço onde exerço funções. Foi esta possibilidade de compreender o contributo desta perspetiva sistémica, que me ajudou a desenvolver uma prática cada vez mais sistémica e em parceria com a criança e família, no contexto específico em que se inserem.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório permitiu-me estruturar e refletir mais aprofundadamente sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas enquanto futuro EESMP.

Nesse sentido foram inúmeros os contributos que facilitaram este processo, desde logo, o aprofundar do conhecimento técnico e científico desenvolvido ao longo das diversas unidades curriculares, que foi sendo posteriormente sedimentado com diversas vivências e reflexões promovidas com os diversos orientadores, nos diferentes contextos de ensino clínico.

Considero que o ingresso no curso de mestrado com uma visão já muito clara do que eram as minhas necessidades, medos e expectativas no que respeita à minha filosofia de cuidados, se revelou norteador do caminho que fui desenvolvendo, estando mais preparado, desperto e motivado para as vicissitudes inerentes a um processo de desenvolvimento que se quer pessoal e profissional.

Assim, a consciência por mim detida do crescente aumento das alterações de saúde mental na infância e adolescência e da sua interdependência do sistema familiar, possibilitou-me definir com clareza e rapidez o âmbito da minha intervenção, promoção da resiliência familiar, e o modelo conceptual que iria suportar todo o processo e estruturar o meu pensamento e necessariamente a minha prática, o modelo teórico de Betty Neuman.

O facto de ter integrado os locais de ensino clínico que senti melhor darem resposta ao meu processo de aprendizagem foi o complemento ideal no meu percurso formativo. Deste modo considero que o contexto de internamento deu claramente resposta aos objetivos previamente definidos, tendo tido a possibilidade de melhor identificar e compreender as alterações de saúde mental em pedopsiquiatria, quais as suas implicações para o sistema familiar e de que forma este se reorganiza na promoção da sua resiliência neste contexto específico.

No que respeita ao contexto de consulta externa onde desenvolvi a minha intervenção, como coterapeuta de um grupo multifamiliar de pais de crianças com problemas da linguagem e/ou socialização, tive o privilégio de observar, acompanhar e intervir, simultaneamente e sob supervisão, com diversos pais cujo diagnóstico de situação demonstrou uma necessidade premente de promoção da sua resiliência para que conseguissem fazer face às adversidades sentidas. Para este processo foi fundamental o papel da enfermeira orientadora, detentora de uma elevada experiência como terapeuta em grupos multifamiliares, bem como na promoção

da sua resiliência. Também o contributo das diversas sessões de inter e supervisão com a equipa multidisciplinar, onde pude participar ativamente nos diversos momentos de reflexão promovidos, se revelou fundamental neste processo.

No entanto e como seria expectável todo o meu percurso de desenvolvimento e aquisição de competências não foi linear. Embora me tivesse disponibilizado voluntariamente para continuar a acompanhar o grupo multifamiliar após o final do ensino clínico, a situação pandémica atual não me possibilitou concluir o projeto inicialmente estabelecido, não tendo por isso concluído todas as etapas de intervenção a que me propus. Contudo, a periodicidade das sessões, a sua estrutura, os diversos momentos de inter e supervisão, os constantes momentos de reflexão individual e em grupo e a sua partilha, permitiram-nos fazer, com o grupo e com cada família individualmente, a avaliação possível do impacto da intervenção.

Considero por isso, que embora a resiliência se trate de um conceito recente no âmbito da enfermagem, a forma como é possível promovê-la em grupos multifamiliares, tendo por base as competências do EESMP, a tornam num excelente recurso a considerar na prática de cuidados. Contudo, a evidência que comprova a sua aplicabilidade é ainda escassa, carecendo por isso de mais estudos de investigação. Deste modo, a resiliência familiar constitui-se como um desafio não apenas para as famílias alvo dos cuidados, como também para aqueles que tentam compreender de uma forma mais profunda este fenómeno.

Assim, é com essa motivação que encaro o futuro, pois tenho plena consciência que o trabalho por mim desenvolvido não se esgota nesta etapa, sendo sim fonte e ponto de partida para integração mais profunda e consciente deste conceito e dos recursos que oferece, na minha prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto Editora.
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(4).
- Ausloos, G. (2003). A competência das famílias. Lisboa: Climepsi
- Benzies, K. & Mychasiuk, R. (2009). *Fostering family resilience: a review of the key protective factors*. *Child and Family Social Work*, 14, 103-114.
- Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), 691.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Administração Central do Sistema de Saúde. Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2018.
- Enfermeiros, O. (2017). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf
- Figueiredo, M., Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS–Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107.
- Gomes-Pedro, J. (1999). A Criança e a Nova Pediatria. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2016). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. *Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental*, 52.
- Minuchin, S., & Nichols, M. (1995). *A Cura da Família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miranda, C. (2015). *Resiliência Familiar e Risco Psicossocial: Estudo das percepções das famílias e dos profissionais que as acompanham* (Tese de Mestrado, Universidade do Minho).
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel;
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5a Edição), Estados Unidos da América: Pearson.
- OMS, & Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. World Health Organization. Genebra
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O mundo da criança*. São Paulo: MacGraw-Hill.
- Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388
- Pena, A. R. (2014). *Intervenções Expressivas em Grupo de adolescentes com Sofrimento mental*. Lisboa: ESEL.
- Poulou, M. S. (2015). Emotional and Behavioural Difficulties in Preschool. *Journal of Child and Family Studies*, pp. 225-236.

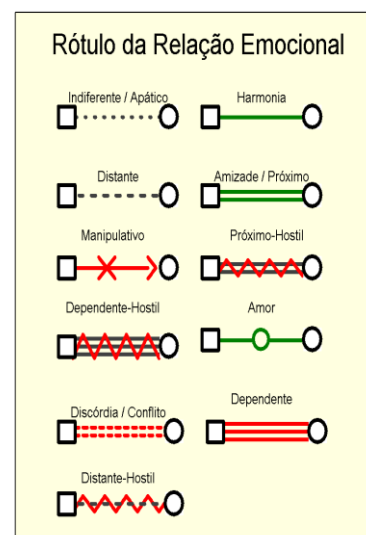
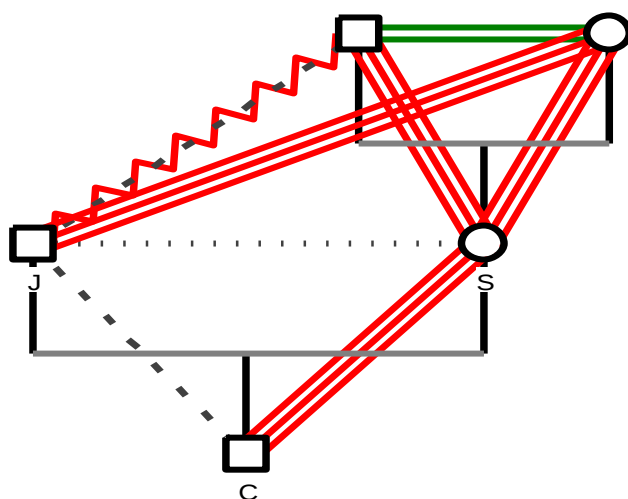
- Regulamento nº.515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª. série, nº. 151 (7 de agosto de 2018), 21427-21430;
- Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ªSérie. nº 26 (6 de fevereiro de 2019), 4744-4750;
- Relvas, A. (2006) – O Ciclo Vital da Família – Perspetiva Sistémica, 4ª edição, Edições Afrontamento.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2002). Terapia Familiar. Porto: Edições Afrontamento
- Santos, M. d. (2015). Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir. Lisboa: Sílabo
- Vilela, J. (2009). INVESTIGAÇÃO – O Processo de Construção do Conhecimento. Lisboa: Sílabo
- Walsh, F. (2016) Processos Normativos da Família – Diversidade e Complexidade. 4ª edição, Artmed, Porto Alegre
- Walsh, F. (2005) Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca.
- Werner, E. (2005). Resilience research. In *Resilience in children, families, and communities* (pp. 3-11). Springer, Boston, MA.
- World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020, 2013. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *Resiliência e educação*, 2, 13-42.

APÊNDICES

Apêndice I – Genogramas Familiares e Extração de Dados por Família de acordo com a FRAS

Genogramas Familiares e Extração de Dados por Família de acordo com a FRAS

Família A



O presente genograma representa o agregado familiar do C. O C. integra pelo segundo ano consecutivo o grupo bifocal multifamiliar de famílias de crianças com problemas da linguagem e da socialização. O ano anterior foi marcado por uma baixa assiduidade devido, essencialmente, a episódios de doença do C., mas também, não raras vezes, por indisponibilidade materna.

Tal como o genograma demonstra o C. apresenta uma relação bidirecional bastante dependente com a mãe que, por sua vez, é igualmente muito dependente da relação com os progenitores que, habitualmente, os acompanham ao grupo. O avô paterno exerce a sua posição de patriarca sendo responsável pelos principais processos de tomada de decisão familiar, facto revelado pela S. por diversas vezes, referindo que os pais são o seu maior suporte socioeconómico. A S. mencionou também que o J. seu marido, não está muito presente na educação do C. por trabalhar por turnos e estar sob forte pressão laboral, correndo o risco de ser despedido, o que tem feito com que se encontre a trabalhar horas extra nesta fase numa tentativa de evitar o despedimento. Este facto tem feito com que a S. se sobreponha na relação parental e nos processos de tomada de decisão.

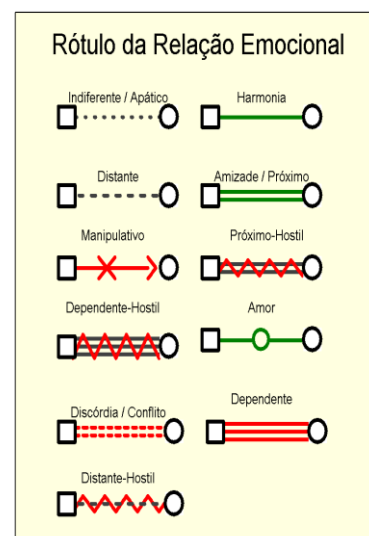
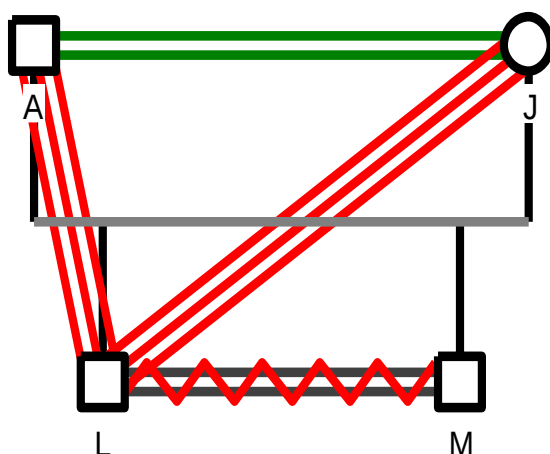
Por fim referir que a relação do J. com os sogros é uma relação conflituosa.

De acordo com a taxonomia NANDA (2018-2020) definimos como diagnósticos o risco de resiliência prejudicada, a comunicação familiar ineficaz, disposição para enfrentamento familiar melhorado e o risco de desenvolvimento atrasado.

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas	Utilização de recursos sociais e económicos	Manutenção de uma perspetiva positiva	Ligações familiares	Espiritualidade familiar	Capacidade de dar sentido às adversidades
Família A	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda que haja compreensão dos outros membros da família, das decisões tomadas. (R.10) - Discorda da possibilidade de desabafar sem aborrecer ninguém. (R.16) - Não encaram os problemas de forma positiva quando têm de os resolver. (R.26) - Discorda de que sejam livres de expressar as suas opiniões. (R. 29) - Discorda de que todo o agregado aprenda com os erros dos outros. (R.40) - Discorda que todos os elementos digam o que realmente querem dizer no processo de resolução de problemas. (R.41) - Discorda que no agregado se dividam as responsabilidades do processo de tomada de decisão. (R.46) - Discorda que se compreenda e entenda as formas de comunicação de todos os membros. (R.53)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda de que peçam ajuda aos vizinhos. (R.11) - Discorda de que possam contar com o apoio da sua comunidade. (R.19) - Discorda de que receba presentes ou favores dos vizinhos. (R.43).	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Concorda que guardam os sentimentos para si. (R. 37) - Concorda que raramente ouçam os membros da família acerca das suas preocupações ou problemas. (R.45)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.

	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda totalmente que todos tenham opinião, nas grandes decisões familiares. (R.6) - Concorda totalmente com facto de se consultarem acerca das decisões. (R.25) - Concorda totalmente com o facto de dizerem o quanto se preocupem uns com os outros. (R.48)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que as pessoas da comunidade estejam dispostas a ajudar em caso de emergência. (R.31) - Concorda que se sente segura vivendo na sua comunidade. (R.32) -Concorda que sejam importantes para os seus amigos. (R.39) - Concorda que a sua comunidade seja boa para criar os seus filhos. (R.49)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que conseguem resolver grandes problemas. (R.21) - Concorda que se sentem mais fortes a resolver grandes problemas. (R.34) - Concorda que tenham forças para resolver os seus problemas. (R. 36) - Concorda que as coisas vão resolver-se mesmo em tempos difíceis. (R. 51)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que os seus amigos valorizam aquilo que são. (R.2) - Concorda que demonstrem amor e carinho uns pelos outros. (R.47)	<u>Aspetos positivos</u> - Afirma que têm fé num ser supremo. (R.35)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que o que fazem uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família. (R.3) - Concorda que aceitam as situações stressantes como fazendo parte da vida. (R.4) - Concorda que aceitam que os problemas podem surgir sem estarem à espera. (R.5)
--	---	---	---	--	---	---

Família B



O agregado do L. é constituído pelos pais e pelo irmão. O A. é licenciado em marketing e trabalha na área para uma cadeia de supermercados. A J. é doméstica e dedica-se em exclusivo à casa e à educação dos filhos. O seu dia é passado em lides domésticas, vai buscar e levar os filhos à escola, ajuda-os nos trabalhos de casa, vai brincar com eles para o parque. Os pais do L. apresentam uma relação de proximidade e o A., sempre que possível, acompanha-os ao grupo e faz questão de participar do mesmo. Inicialmente a J. referiu que o A. queria ir “para saber o que lá se passava”, tendo-se demonstrado sempre bastante participativo, empenhado e agradecido. De salientar que as dificuldades manifestadas eram idênticas e relavam sempre envolvimento e empenho na implementação das estratégias definidas em conjunto.

Quanto ao L. apresenta uma relação muito dependente da mãe com traços manipulativos com ambos os progenitores, fazendo “birras” frequentes para satisfazer os seus desejos, sendo importante relevar que os mesmos são sempre atendidos e não raras vezes, com prejuízo do seu irmão mais velho, facto referido e assumido pelos próprios pais. A sua relação com o seu irmão é caracterizada por uma grande proximidade e até admiração, mas com uma hostilidade presente com passagem ao ato, com necessidade de intervenção paterna. O L. revela, segundo todos os técnicos da equipa, uma capacidade acima do esperado para a idade, de compreender a dinâmica e relações familiares fazendo uso disso em benefício pessoal, com prejuízo dos demais elementos da família, facto que observam em moldes semelhantes no grupo de crianças.

No que diz respeito à família alargada o L. tem vários tios e primos, mas que não vivem em Portugal, não existindo nenhum familiar que possa funcionar como um recurso social de

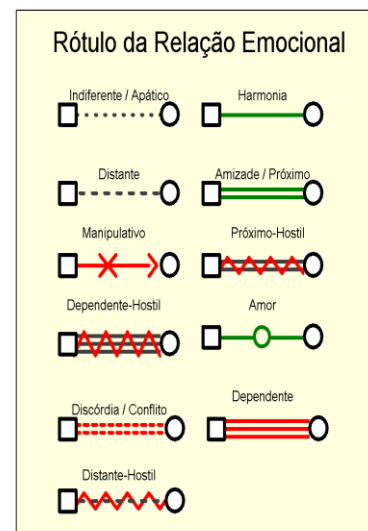
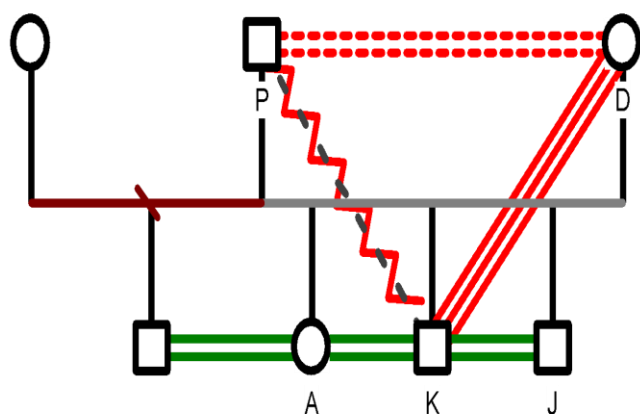
proximidade. No entanto sempre que vêm a Portugal visitam a o L., que reage sempre com muito agrado e excitação.

De acordo com a taxonomia NANDA (2018-2020) definimos como diagnósticos o risco de resiliência prejudicada, disposição para enfrentamento familiar melhorado e o risco de desenvolvimento atrasado e o controlo de impulsos ineficaz.

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas	Utilização de recursos sociais e económicos	Manutenção de uma perspectiva positiva	Ligações familiares	Espiritualidade familiar	Capacidade de dar sentido às adversidades
Família B	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discordam que consigam chegar a um acordo quando os problemas surgem. (R.17) - Discordam que encarem os problemas de forma positiva quando têm de os resolver. (R.26) - Discordam que discutam bem os problemas e que se sintam bem com as soluções. (R. 27)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discordam que peçam ajuda aos vizinhos. (R.11) - Discordam que possam contar com o apoio da sua comunidade. (R.19) - Discordam que as pessoas da comunidade estejam dispostas a ajudar em caso de emergência. (R. 31) - Discordam que receba presentes ou favores dos vizinhos. (R.43).	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.

	<u>Aspetos positivos</u> - Concordam que a estrutura familiar é suficientemente flexível para lidar com o inesperado. (R.1) - Concordam que todos têm opinião nas grandes decisões familiares. (R.6) - Concordam que são capazes de lidar com a dor e chegar a um entendimento. (R.7) - Concordam que se adaptam às exigências que surgem enquanto família. (R.8) - Concordam que estão abertos enquanto família a novas maneiras de fazer as coisas. (R.9) - Concordam que podem ser honestos uns com os outros na família. (R.15) - Concordam que conseguem funcionar enquanto família durante as dificuldades. (R.24) - Concordam com facto de se consultarem acerca das decisões. (R.25) - Concordam com o facto de se sentirem livres para expressão as opiniões. (R.29) - Concordam com o facto de dizerem o quanto se preocupem uns com os outros. (R.48)	<u>Aspetos positivos</u> - Concordam que se sentem seguros vivendo na sua comunidade. (R.32) - Concordam que sejam importantes para os seus amigos. (R.39) - Concordam que a sua comunidade seja boa para criar os seus filhos. (R.49). - Discordam que não de devam envolver com pessoas da comunidade. (R.50)	<u>Aspetos positivos</u> - Concordam que conseguem lidar com os problemas. (R.13) - Concordam que conseguem resolver grandes problemas. (R.21) - Concordam que se sentem mais fortes a resolver grandes problemas. (R.34) - Concordam que tenham forças para resolver os seus problemas. (R. 36) - Concordam que as coisas vão resolver-se mesmo em tempos difíceis. (R. 51)	<u>Aspetos positivos</u> - Concordam que os seus amigos valorizam aquilo que são. (R.2) - Discordam que guardam os sentimentos para si. (R. 37) - Discorda que raramente ouçam os membros da família acerca das suas preocupações ou problemas. (R.45) - Concordam que demonstrem amor e carinho uns pelos outros. (R.47)	<u>Aspetos positivos</u> - Afirma que têm fé num ser supremo. (R.35)	<u>Aspetos positivos</u> - Concordam que o que fazem uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família. (R.3) - Concordam que aceitam as situações stressantes como fazendo parte da vida. (R.4) - Concordam que aceitam que os problemas podem surgir sem estarem à espera. (R.5)
--	--	---	---	---	---	--

Família C



O agregado familiar do K. é formado pelos pais D. e P., pela irmã A. e o irmão J. de 7A.

O G., meio-irmão de 8A, permanece lá em casa por períodos, essencialmente à tarde depois do período escolar e tem uma relação de grande proximidade com o J. e com K., exercendo sobre estes uma influência extremamente positiva segundo a D. (madrasta), a ponto de ser a própria a solicitar ao esposo que traga o G. mais vezes para poder brincar com os irmãos. No que diz respeito à relação paterna, o P. e D. apresentam uma relação de discórdia e conflito frequente, muitas vezes evidente durante as sessões de grupo apresentado, perante o grupo, discussões que revelam dificuldade em gerir.

Em momentos de intervenção individual com a D. esta manifestou diversas vezes intenção de se separar do P. ponderando inclusivamente sair de Lisboa e ir morar para o interior, nomeadamente para Castelo Branco onde poderia ter apoio de pessoas amigas.

De referir que esta situação era discutida e do conhecimento do P. que aparentava estar conformado com a situação, embora revelasse atitudes que, no entender da D., apenas visavam o atrasar do processo de separação. Nomeadamente, a demora em arranjar outra habitação, a não contribuição financeira atempada para o agregado e o pouco apoio na educação dos filhos, facto que ao grupo referiu ser cultural e resultado da educação que o próprio teve, embora, fizesse questão de, sempre que a D. necessitasse do seu apoio, ressaltar a importância do seu papel.

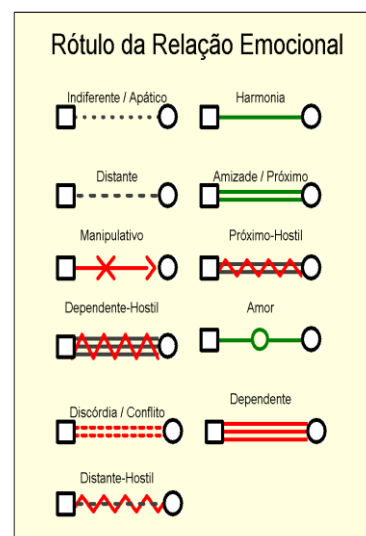
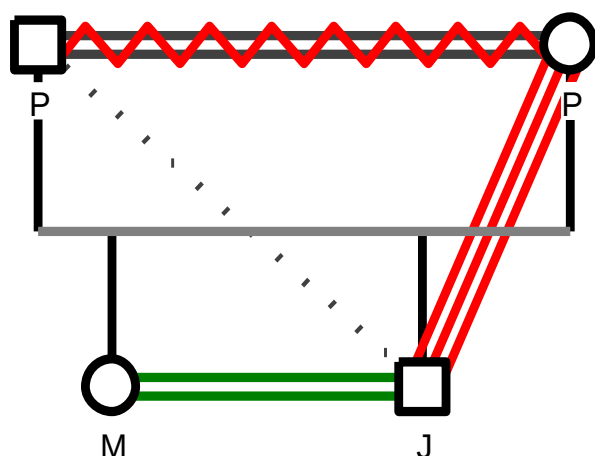
Fora do agregado o único apoio que têm em Portugal é o de uma tia materna que contribuiu com alguma mobília essencial para garantir as condições mínimas de habitabilidade, não sendo um recurso na educação dos sobrinhos-netos.

De acordo com a taxonomia NANDA (2018-2020) definimos como diagnósticos o enfrentamento familiar comprometido, a comunicação familiar ineficaz, risco de relacionamento ineficaz, disposição para esperança melhorado e o risco de desenvolvimento atrasado.

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas	Utilização de recursos sociais e económicos	Manutenção de uma perspetiva positiva	Ligações familiares	Espiritualidade familiar	Capacidade de dar sentido às adversidades
Família C	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda que a família seja suficientemente flexível para lidar com o inesperado. (R.1) - Discorda que sejam capazes de lidar com a dor e chegar a um entendimento. (R.7) - Discorda que possam ser honestos uns com os outros na família. (R.15) - Discorda que consigam chegar a um acordo quando os problemas surgem. (R.17) - Discorda que consigam funcionar como uma família durante uma dificuldade. (R.24) - Discorda que encarem os problemas de forma positiva quando têm de os resolver. (R.26) - Discorda que dividam as responsabilidades do processo de tomada de decisão. (R.46) - Discorda com o facto de dizerem o quanto se preocupem uns com os outros. (R.48) - Discorda que se esforcem para saber se os familiares não estão emocional ou fisicamente magoados. (R.54)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda que sejam importantes para os seus amigos. (R.39) - Discorda que a sua comunidade seja boa para criar os seus filhos. (R.49)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda que consigam resolver grandes problemas. (R.21) - Discorda que consigam sobreviver se surgir mais algum problema. (R.22) - Discorda que se sintam fortes a enfrentar grandes problemas. (R.34)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda que os seus amigos valorizem aquilo que são. (R.2) - Concorda totalmente que guardam os sentimentos para si. (R. 37) - Concorda que raramente ouçam os membros da família acerca das suas preocupações ou problemas. (R.45) - Discorda que demonstrem amor e carinho uns pelos outros. (R.47)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda totalmente que procurem ajudem de conselheiros religiosos. (R.44)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda que o que fazem uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família. (R.3)

	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que todos tenham opinião, nas grandes decisões familiares. (R.6) - Concorda que se adaptem às exigências que surgem enquanto família. (R.8) - Concorda totalmente que estão abertos enquanto família a novas maneiras de fazer as coisas. (R.9) - Concorda com facto de se consultarem acerca das decisões. (R.25) - Concorda com o facto de se sentirem livres para expressão as opiniões. (R.29) - Concorda que aprendam com os erros dos outros. (R.40) - Concorda que procuram novas maneiras de lidar com os problemas. (R.52)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda de que peçam ajuda aos vizinhos. (R.11) - Concorda de que possam contar com o apoio da sua comunidade. (R.19) - Concorda que as pessoas da comunidade estejam dispostas a ajudar em caso de emergência. (R.31) - Concorda que se sente segura vivendo na sua comunidade. (R.32) - Concorda de que receba presentes ou favores dos vizinhos. (R.43).	<u>Aspetos positivos</u> - Concordam que conseguem lidar com os problemas. (R.13) - Concorda que tenham forças para resolver os seus problemas. (R. 36) - Concorda que as coisas vão resolver-se mesmo em tempos difíceis. (R. 51)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que se sentem “tomados como certos” pelos membros da família. (R.33)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que frequentem a igreja. (R.12) - Concorda totalmente que têm fé num ser supremo. (R.35) - Concorda que participem em atividades da igreja. (R. 42)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que aceitam as situações stressantes como fazendo parte da vida. (R.4) - Concorda que aceitam que os problemas podem surgir sem estarem à espera. (R.5)
--	--	--	---	---	--	---

Família D



O agregado do J. é constituído pelos pais e pela irmã M. de 2 anos. Segundo a P., o J. sempre absorveu muito a atenção dos pais, adotando uma postura de constante desafio, testando limites frequentemente. A P. refere que ela e o esposo sempre assumiram posições distintas na educação do J., pois o pai sempre assumiu que as alterações manifestadas pelo J. eram características da idade e que se diluiriam no tempo, ao passo que a P. entendia que o filho necessitava de outro tipo de apoio e ajuda e que a própria, não conseguia dar resposta aos desafios colocados. Assim, entende, como referiu no grupo, que o esposo, de certa forma se demite da sua responsabilidade. Disse ainda que a atividade laboral do P. não promove a sua maior participação na educação do J. pois praticamente todos os dias tem de dar continuidade à sua atividade laboral em casa, facto que exige concentração e espaço, que o J. não promove o que, não raras vezes, desencadeia momentos de discussão familiar, que agudizam ainda mais a situação.

No entender da P. o J. ressent-se dessa menor disponibilidade do pai e acredita que isso está na base dos comportamentos de oposição adotados pelo J., no entanto assume, com frustração, que o J. apenas os manifesta com ela e que quando está com o pai, “porta-se melhor, porque sabe que se o fizer, o pai o leva a pescar ou para a garagem que é o que ele mais gosta.” (SIC)

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas	Utilização de recursos sociais e económicos	Manutenção de uma perspetiva positiva	Ligações familiares	Espiritualidade familiar	Capacidade de dar sentido às adversidades
Família D	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda totalmente que todos tenham opinião, nas grandes decisões familiares. (R.6) - Discorda que sejam capazes de lidar com a dor e chegar a um entendimento. (R.7) - Discorda que estejam abertos a novas maneiras de fazer as coisas. (R.9) - Discorda da possibilidade de desabafar sem aborrecer ninguém. (R.16). - Discorda que se consultem uns aos outros acerca das decisões. (R.25) - Discorda de que sejam livres de expressar as suas opiniões. (R. 29) - Discorda que todos os elementos digam o que realmente querem dizer no processo de resolução de problemas. (R.41) - Discorda que no agregado se dividam as responsabilidades do processo de tomada de decisão. (R.46)	<u>Aspetos a melhorar</u> - Discorda totalmente que peçam ajuda aos vizinhos. (R.11) - Discorda de que possam contar com o apoio da sua comunidade. (R.19) - Discorda que as pessoas da comunidade estejam dispostas a ajudar em caso de emergência. (R.31) - Discorda que recebam presentes ou favores dos vizinhos. (R.43).	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos a melhorar</u> - Nada de relevante a declarar.

	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que se adaptam enquanto família, às exigências que surgem. (R.8) - Concorda que haja compreensão da família, nas decisões tomadas. (R.10). - Concorda que pedem esclarecimentos se não se entenderem uns aos outros. (R.14) - Concorda que consigam chegar a um acordo quando os problemas surgem. (R.17) - Concorda que conseguem funcionar como família durante uma dificuldade. (R.24) - Concorda que discutem as coisas até chegar a uma solução. (R.28) - Concorda que aprendem com os seus erros. (R.40) - Concorda totalmente com o facto de dizerem o quanto se preocupem uns com os outros. (R.48)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que se sente segura vivendo na sua comunidade. (R.32) - Concorda que sejam importantes para os seus amigos. (R.39) - Concorda que a sua comunidade seja boa para criar os seus filhos. (R.49)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que conseguem resolver grandes problemas. (R.21) - Concorda totalmente que consigam sobreviver se surgir um problema. (R.22) - Concorda que tenham forças para resolver os seus problemas. (R. 36) - Concorda que as coisas vão resolver-se mesmo em tempos difíceis. (R. 51)	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda que os seus amigos valorizam aquilo que são. (R.2) - Discorda que guardam os sentimentos para si. (R. 37) - Concorda que demonstrem amor e carinho uns pelos outros. (R.47)	<u>Aspetos positivos</u> - Nada de relevante a declarar.	<u>Aspetos positivos</u> - Concorda totalmente que o que fazem uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família. (R.3) - Concorda que aceitam as situações stressantes como fazendo parte da vida. (R.4) - Concorda totalmente que aceitam que os problemas podem surgir sem estarem à espera. (R.5)
--	---	--	---	--	---	---

Apêndice II – Escala de FRAS adaptada – Extração de Dados por Família

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas						Utilização de recursos sociais e económicos				Manutenção de uma perspetiva positiva				Ligações familiares				Espiritualidade familiar				Capacidade de dar sentido às adversidades								
Família A	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R							
	1	3	17	3	29	2	11	2	39	3	13	3	34	3	2	3	45	2	12	1	42	1	3	3							
	6	4	18	3	30	3																									
	7	3	20	3	40	2																									
	8	3	23	3	41	2	19	2	43	2	21	3	36	3	33	3	47	3	35	4	44	1	4	3							
	9	3	24	3	46	2																									
	10	2	25	4	48	4	31	3	49	3	22	3	51	3	37	3									5	3					
	14	3	26	2	52	3																									
	15	3	27	3	53	2																					32	3	50	2	
	16	2	28	3	54	3	38	3																							

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas						Utilização de recursos sociais e económicos				Manutenção de uma perspetiva positiva				Ligações familiares				Espiritualidade familiar				Capacidade de dar sentido às adversidades			
Família B	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R		
	1	3	17	2	29	3	11	2	39	3	13	3	34	3	2	3	45	2	12	2	42	2	3	3		
	6	3	18	3	30	3																				
	7	3	20	3	40	3																				
	8	3	23	3	41	3	19	2	43	2	21	3	36	3	33	3	47	3	35	3	44	2	4	3		
	9	3	24	3	46	3																				
	10	3	25	3	48	3	31	2	49	3	22	3	51	3	37	2							5	3		
	14	3	26	2	52	3																				
	15	3	27	2	53	3	32	3	50	2																
	16	3	28	3	54	3	38	2																		

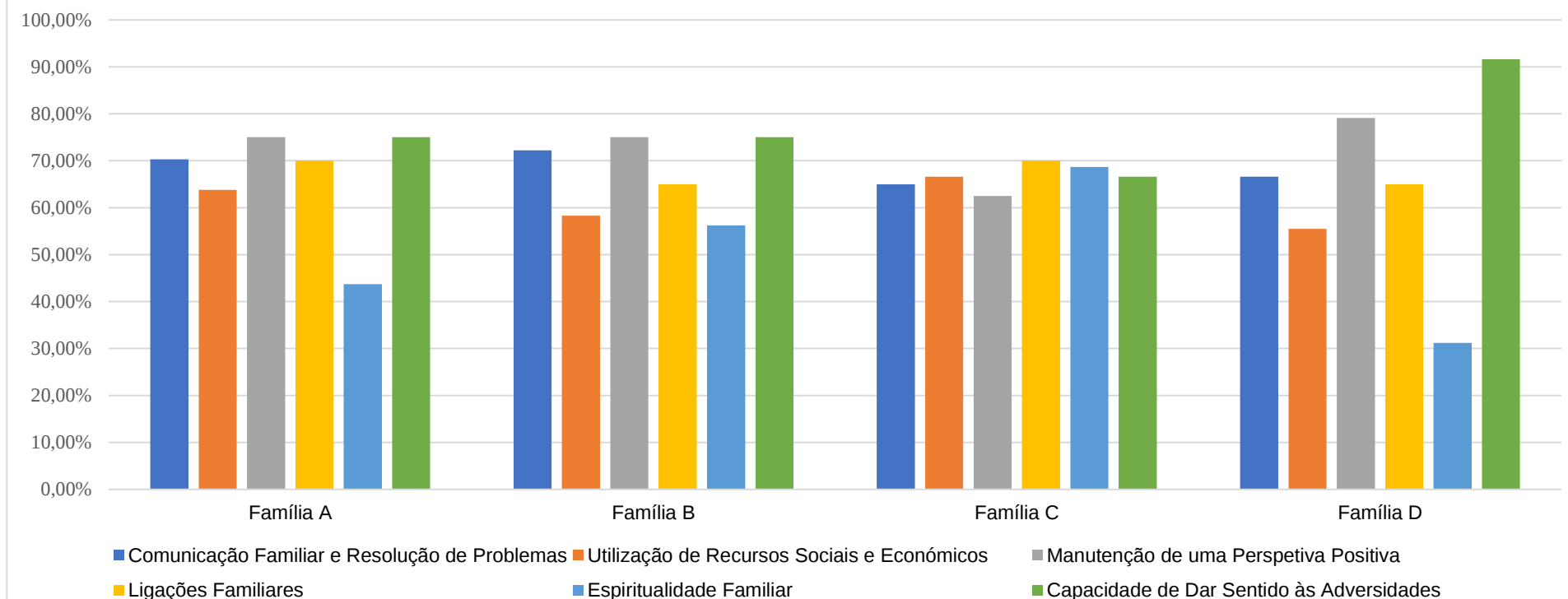
Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas						Utilização de recursos sociais e económicos				Manutenção de uma perspetiva positiva				Ligações familiares				Espiritualidade familiar				Capacidade de dar sentido às adversidades	
Família C	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R
	1	2	17	2	29	3	11	3	39	2	13	3	34	2	2	2	45	3	12	3	42	3	3	2
	6	3	18	2	30	3																		
	7	2	20	3	40	3																		
	8	3	23	3	41	3	19	3	43	3	21	2	36	3	33	3	47	2	35	4	44	1	4	3
	9	4	24	2	46	2																		
	10	3	25	3	48	2	31	3	49	2	22	2	51	3	37	4							5	3
	14	3	26	2	52	3																		
	15	2	27	2	53	3	32	3	50	2														
	16	3	28	3	54	2	38	3																

Escala FRAS	Comunicação familiar e resolução de problemas						Utilização de recursos sociais e económicos				Manutenção de uma perspetiva positiva				Ligações familiares				Espiritualidade familiar				Capacidade de dar sentido às adversidades														
Família D	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R	Q	R													
	1	3	17	3	29	2	11	1	39	3	13	3	34	3	2	3	45	1	12	1	42	1	3	4													
	6	2	18	3	30	3																															
	7	2	20	3	40	3																															
	8	3	23	3	41	2	19	2	43	2	21	3	36	3	33	3	47	4	35	2	44	1	4	3													
	9	2	24	3	46	2																															
	10	3	25	2	48	3	31	2	49	3	22	4	51	3	37	2							5	4													
	14	3	26	2	52	3																															
	15	3	27	3	53	3	32	3	50	2																											
	16	2	28	3	54	3	38	2																													

Avaliação Inicial da Resiliência Familiar de acordo com a Escala de FRAS

	Família A	Família B	Família C	Família D
Comunicação Familiar e Resolução de Problemas (Máx. 108 pontos)	76 pontos= 70,3%	78 pontos = 72,2%	71 pontos = 65%	72 pontos = 66,6 %
Utilização de Recursos Sociais e Económicos (Máx. 36 pontos)	23 pontos = 63,8%	21 pontos = 58, 3%	24 pontos = 66,6%	20 pontos = 55,5%
Manutenção de uma Perspetiva Positiva (Máx. 24 pontos)	18 pontos = 75%	18 pontos = 75 %	15 pontos = 62,5%	19 pontos = 79,1%
Ligações Familiares (Máx. 20 pontos)	14 pontos = 70%	13 pontos = 65%	14 pontos = 70 %	13 pontos = 65%
Espiritualidade Familiar (Máx. 16 pontos)	7 pontos = 43,7%	9 pontos = 56,2 %	11 pontos = 68,7%	5 pontos = 31,2%
Capacidade de Dar Sentido às Adversidades (Máx. 12 pontos)	9 pontos = 75 %	9 pontos = 75%	8 pontos = 66,6%	11 pontos = 91,6%
TOTAL (Máx. 216 pontos)	147 pontos = 68%	148 pontos = 68,5 %	143 pontos = 66,2 %	140 pontos = 64,8%

Avaliação Inicial da Resiliência Familiar segundo a escala de FRAS



ANEXOS

Anexo I – Escala de FRAS (Family Resilience Assessment Scale)

Family Resilience Assessment Scale – FRAS

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. A nossa estrutura familiar é suficientemente flexível para lidar com o inesperado.	1	2	3	4
2. Os nossos amigos valorizam o que somos.	1	2	3	4
3. As coisas que fazemos uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família.	1	2	3	4
4. Aceitamos as situações stressantes como fazendo parte da vida.	1	2	3	4
5. Aceitamos que os problemas podem surgir sem estarmos à espera.	1	2	3	4
6. Todos temos opinião nas grandes decisões familiares.	1	2	3	4

7. Somos capazes de lidar com a dor e chegar a um entendimento.	1	2	3	4
8. Adaptamo-nos às exigências que nos surgem enquanto família.	1	2	3	4
9. Na nossa família estamos abertos a novas maneiras de fazer as coisas.	1	2	3	4
10. Somos compreendidos pelos outros membros da família.	1	2	3	4
11. Pedimos ajuda ou assistência dos vizinhos.	1	2	3	4
12. Frequentamos a igreja/sinagoga/mesquita.	1	2	3	4
13. Acreditamos que conseguimos lidar com os nossos problemas.	1	2	3	4
14. Pedimos esclarecimentos se não nos entendemos uns aos outros.	1	2	3	4
15. Podemos ser honestos uns com os outros na nossa família.	1	2	3	4
16. Em nossa casa podemos desabafar sem aborrecer ninguém.	1	2	3	4
17. Conseguimos chegar a um acordo quando os problemas surgem.	1	2	3	4

18. Conseguimos lidar com a diferenças na família em aceitar uma perda.	1	2	3	4
19. Podemos contar com as pessoas da nossa comunidade.	1	2	3	4
20. 4Na nossa família podemos questionar o significado por detrás das mensagens.	1	2	3	4
21. Conseguimos resolver grandes problemas.	1	2	3	4
22. Conseguimos sobreviver se algum problema surgir.	1	2	3	4
23. Na nossa família podemos falar sobre o modo como comunicamos.	1	2	3	4
24. Conseguimos funcionar enquanto família durante uma dificuldade.	1	2	3	4
25. Consultamo-nos uns aos outros acerca das decisões.	1	2	3	4
26. Encaramos os problemas de forma positiva para resolvê-los.	1	2	3	4
27. Discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções.	1	2	3	4

28. Discutimos as coisas até chegarmos a uma solução.	1	2	3	4
29. Sentimo-nos livres para expressar as nossas opiniões.	1	2	3	4
30. Sentimo-nos bem investindo tempo e energia na nossa família.	1	2	3	4
31. Sentimos que as pessoas da nossa comunidade estão dispostas a ajudar em caso de emergência.	1	2	3	4
32. Sentimo-nos seguros vivendo nesta comunidade.	1	2	3	4
33. Sentimo-nos “tomados como certos” pelos membros da família.	1	2	3	4
34. Sentimos que somos fortes ao enfrentar grandes problemas.	1	2	3	4
35. Temos fé em um Ser Supremo.	1	2	3	4
36. Temos força para resolver nossos problemas.	1	2	3	4
37. Guardamos os nossos sentimentos para nós mesmos.	1	2	3	4
38. Sabemos que a comunidade ajudará se houver algum problema.	1	2	3	4

39. Sabemos que somos importantes para os nossos amigos.	1	2	3	4
40. Aprendemos com os erros uns dos outros.	1	2	3	4
41. Na nossa família dizemos o que realmente queremos dizer.	1	2	3	4
42. Participamos em atividades de igreja.	1	2	3	4
43. Recebemos presentes e favores dos vizinhos.	1	2	3	4
44. Procuramos ajuda de conselheiros religiosos.	1	2	3	4
45. Raramente ouvimos os membros da família acerca das suas preocupações ou problemas.	1	2	3	4
46. Na nossa família nós dividimos as responsabilidades.	1	2	3	4
47. Demonstramos amor e carinho uns pelos outros.	1	2	3	4
48. Dizemos uns aos outros o quanto nos preocupamos com eles.	1	2	3	4
49. Consideramos que a nossa comunidade é boa para criar os nossos filhos.	1	2	3	4

50. Achamos que não nos devemos envolver muito com as pessoas da nossa comunidade.	1	2	3	4
51. Acreditamos que as coisas vão resolver-se, mesmo nos tempos difíceis.	1	2	3	4
52. Procuramos novas maneiras de lidar com os problemas.	1	2	3	4
53. Entendemos a forma de comunicar dos outros membros da família.	1	2	3	4
54. Esforçamo-nos para ter a certeza de que os membros da família não estão emocional ou fisicamente magoados.	1	2	3	4

Versão adaptada à população portuguesa utilizada em contexto de consulta num hospital da área da região de Lisboa, Martins, *et al.* (2013)

Escala de FRAS – Documento Utilizado em Contexto de Consulta

Family Resilience Assessment Scale - FRAS

Sixbey (2005)

(Versão adaptada à população portuguesa por Martins, Faray, Rocha, & Sousa, 2014)

A presente escala tem como objetivo avaliar a capacidade da família para ultrapassar adversidades. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (X) a opção que melhor descreve a sua família.

Obrigada pela colaboração!

Para cada afirmação escolha uma alternativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo Totalmente 4
				1 2 3 4
1. A nossa estrutura familiar é suficientemente flexível para lidar com o inesperado.				1 2 3 4
2. Os nossos amigos valorizam o que somos.				1 2 3 4
3. As coisas que fazemos uns pelos outros fazem-nos sentir parte da família.				1 2 3 4
4. Aceitamos as situações stressantes como fazendo parte da vida.				1 2 3 4
5. Aceitamos que os problemas podem surgir sem estarmos à espera.				1 2 3 4
6. Todos podemos ter opinião nas grandes decisões familiares				1 2 3 4
7. Somos capazes de lidar com a dor e chegar a um entendimento.				1 2 3 4
8. Adaptamo-nos às exigências que nos surgem enquanto família.				1 2 3 4
9. Na nossa família estamos abertos a novas maneiras de fazer as coisas.				1 2 3 4
10. Somos compreendidos pelos outros membros da nossa família.				1 2 3 4
11. Pedimos ajuda ou assistência aos vizinhos.				1 2 3 4
12. Frequentamos a igreja/sinagoga/mesquita.				1 2 3 4
13. Acreditamos que conseguimos lidar com os nossos problemas.				1 2 3 4
14. Pedimos esclarecimentos se não nos entendemos uns aos outros.				1 2 3 4
15. Podemos ser honestos uns com os outros na nossa família.				1 2 3 4
16. Na nossa casa podemos desabafar sem aborrecer ninguém.				1 2 3 4
17. Conseguimos chegar a um acordo quando os problemas surgem.				1 2 3 4

18. Conseguimos lidar com as diferenças na família em aceitar uma perda.	1	2	3	4
19. Podemos contar com a ajuda das pessoas da nossa comunidade.	1	2	3	4
20. Na nossa família podemos questionar quando não entendemos o que nos querem dizer.	1	2	3	4
21. Conseguimos resolver grandes problemas.	1	2	3	4
22. Conseguimos sobreviver se outro problema surgir.	1	2	3	4
23. Na nossa família podemos falar sobre o modo como comunicamos.	1	2	3	4
24. Conseguimos funcionar enquanto família durante uma dificuldade.	1	2	3	4
25. Consultamo-nos uns aos outros acerca das decisões a tomar.	1	2	3	4
26. Encaramos os problemas de forma positiva para resolvê-los.	1	2	3	4
27. Discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções.	1	2	3	4
28. Discutimos as situações até chegarmos a uma solução.	1	2	3	4
29. Sentimo-nos livres para expressar as nossas opiniões.	1	2	3	4
31. Sentimo-nos bem investindo tempo e energia na nossa família.	1	2	3	4
31. Sentimos que as pessoas da nossa comunidade estão dispostas a ajudar em caso de emergência.	1	2	3	4
32. Sentimo-nos seguros vivendo na nossa comunidade.	1	2	3	4
33. Sentimos que confiam em nós na nossa família.	1	2	3	4
34. Sentimos que somos fortes ao enfrentar grandes problemas.	1	2	3	4
35. Temos fé num Ser Supremo (Deus, Alá, outros).	1	2	3	4
36. Temos força para resolver os nossos problemas.	1	2	3	4
37. Guardamos os nossos sentimentos para nós mesmos.	1	2	3	4
38. Sabemos que a nossa comunidade nos ajudará se houver algum problema.	1	2	3	4
39. Sabemos que somos importantes para os nossos amigos.	1	2	3	4
40. Aprendemos com os erros uns dos outros.	1	2	3	4
41. Na nossa família dizemos o que realmente queremos dizer.	1	2	3	4
42. Participamos em atividades da igreja.	1	2	3	4
43. Recebemos presentes e favores dos vizinhos.	1	2	3	4
44. Procuramos ajuda de conselheiros religiosos.	1	2	3	4
45. Raramente ouvimos os membros da família acerca das suas preocupações ou problemas.	1	2	3	4
46. Na nossa família dividimos as responsabilidades.	1	2	3	4
47. Demonstramos amor e carinho uns pelos outros.	1	2	3	4

48. Dizemos uns aos outros o quanto nos preocupamos com eles.	1	2	3	4
49. Consideramos que a nossa comunidade é boa para criar os nossos filhos.	1	2	3	4
50. Achamos que não nos devemos envolver muito com as pessoas da nossa comunidade.	1	2	3	4
51. Acreditamos que as coisas vão resolver-se, mesmo nos tempos difíceis.	1	2	3	4
52. Procuramos novas maneiras de lidar com os problemas.	1	2	3	4
53. Entendemos a forma de comunicar dos outros membros da família	1	2	3	4
54. Esforçamo-nos para ter a certeza de que os membros da família não estão emocionalmente magoados.	1	2	3	4

Anexo II – Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS
DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua e está protegida por lei. O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo. O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Lei e em Norma da Direção-Geral da Saúde. Este documento é feito em duplicado, um arquivado no processo e outro entregue a quem consente.

Área/Unidade:

Título do estudo:

Procedimentos principais:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos referidos neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados, mantendo a assistência necessária à sua situação clínica.

Assinatura do investigador:

Nº mec. [][][][][][] Cédula Profissional [][][][][][]

Data: [][][][][][][][][][] Contacto telefónico:

A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal

Declaro ter compreendido o objetivo do estudo, explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas necessárias, para as quais obtive resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo os procedimentos referidos neste documento, bem como o registo, análise e divulgação científica das informações obtidas.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se estiverem, assine este documento.

Identificação*:

Assinatura*: Data:/...../.....

Qualidade do Representante Legal*:

Documento de identificação e número:

☐ O participante ou o seu representante legal declararam verbalmente o consentimento para participação neste estudo.

* O representante legal deve fazer prova dos seus poderes para representar o participante. Se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir.