



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

**UM OLHAR SOBRE A FAMÍLIA: CONCEÇÕES E
INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**AN INSIGHT INTO THE FAMILY: CONCEPTIONS AND
INTERVENTIONS OF THE PSYCHIATRIC MENTAL HEALTH
NURSE PRACTITIONER**

“Relatório Final”

**PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Melânia Soares Almeida Rocha

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

UM OLHAR SOBRE A FAMÍLIA: CONCEÇÕES E
INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

AN INSIGHT INTO THE FAMILY: CONCEPTIONS AND
INTERVENTIONS OF THE PSYCHIATRIC MENTAL
HEALTH NURSE PRACTITIONER

Relatório de Estágio de natureza profissional orientado
pela Exma. Professora Doutora Maria Júlia Costa
Marques e coorientado pelo Exmo. Professor Doutor José
Carlos Marques Carvalho

Porto, 2025

PENSAMENTO

“Enfrentar desafios deve ser visto como um estímulo para realizar grandes coisas, sem esperar feitos estrondosos inicialmente, mas à custa de pequenas coisas, de pequenas ações (...). Tudo começa pequeno, mas o empenho de muitos pode tornar grande o pequeno, e nas ações destinadas a cuidar de uma única família, pode residir a essência da promoção da família como um todo e da própria sociedade. (...)

O trabalho com a família representa a possibilidade de ampliar nosso próprio mundo e nossa própria humanidade.”

Angelo (1999)

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a mim mesma. Por ter ousado tentar, pela coragem de persistir e pela superação.

À *Prof. Dra. Júlia Marques*, pela sua perspicácia, perícia, paciência, conhecimento partilhado e pelas reflexões conjuntas, sempre inspiradoras. Foi um verdadeiro "fio de Ariadne", guiando-me com sabedoria ao longo deste percurso. Obrigada por sempre ter acreditado que eu seria capaz!

Ao *Prof. Dr. José Carlos Carvalho*, pela generosidade na partilha de conhecimento e sabedoria, pela exigência, pela motivação constante e pela grande disponibilidade em ajudar. Pela sua serenidade inspiradora e por ter acreditado em mim.

Aos *Enfermeiros tutores* que me acompanharam neste percurso, que ensinaram, orientaram e inspiraram. Obrigada pela partilha de conhecimento e pelo incentivo constante.

Às *Pessoas e às famílias* que cuidei e com as quais tive o privilégio de me cruzar. Obrigada pela confiança depositada no meu trabalho, pela superação e por me ensinarem, diariamente, o verdadeiro significado de coragem e resiliência. Foi uma honra partilhar parte do vosso caminho.

Aos meus...

À minha *Laura*, meu maior sonho e inspiração. Que este percurso, apesar dos momentos de ausência, possa deixar em ti o legado de que nunca nos devemos render ao medo ou à insatisfação, mas sim permitir-nos sempre seguir os nossos sonhos. Ao *André*, meu companheiro de vida e pilar de sustentação da nossa família. Obrigada por teres "conduzido este barco" tantas vezes sozinho e em sobrecarga. Obrigada pelo amor, pela paciência, pela força e pela tua presença impulsionadora. Sem ti, nada disto teria sido possível. Aos meus *pais*, que imprimem em mim o seu legado de amor, resiliência e coragem. À minha mãe, pela fé inabalável, e ao meu pai, pela sua "paciência de pescador". Ao meu sobrinho *Lucas*, que também foi "motor" deste sonho. À minha *irmã e restante família*, por serem a minha âncora e porto seguro. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, de mãos dadas, lembrando-me de que sou capaz. Às minhas *MA's*, à *Carina*, *Carla*, *Mafalda*, à *Modesta*, às *Anas*, às *Catarinas* e à *minha restante Tribo*. Vocês sabem que são essenciais para mim. Agora sim, podemos remarcar todos os encontros e convívios que ficaram em pausa!

RESUMO

A elaboração deste Relatório pretendeu relatar o percurso desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional englobado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com vista à aquisição das competências específicas e comuns definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A temática central deste trabalho é “Um olhar sobre a Família: Conceções e Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, constituindo a Família, um eixo estruturante na construção do presente relatório. Todavia, o estágio foi dirigido a todas as competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tendo sido desenvolvidas igualmente intervenções noutros âmbitos de atuação, refletindo a abrangência do papel deste profissional.

O relatório encontra-se organizado em três partes principais, correspondendo, a nosso ver, a três dimensões fundamentais do *saber profissional* do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Uma *dimensão teórica*, em que apresentaremos uma revisão da literatura e do estado da arte acerca da temática transversal, dos Modelos Teóricos de Enfermagem que sustentaram a nossa prática, o Processo de conceção de cuidados na abordagem à família, como contexto e cliente de cuidados, bem como as modalidades de intervenção especializadas dirigidas à Família, nos diferentes níveis de atuação. Uma *dimensão prática* na qual apresentaremos a trajetória desenvolvida ao longo dos estágios nos diferentes contextos clínicos, explanando as atividades desenvolvidas, sempre com base no processo de enfermagem - avaliação de necessidades, atividade diagnóstica, diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação de resultados - e fundamentadas na evidência científica mais atual. Por fim, uma *dimensão reflexiva*, onde serão analisadas as competências desenvolvidas e realizada uma reflexão crítica sobre a sua aquisição e sobre todo o processo de aprendizagem ao longo deste percurso académico. Esta análise visa consolidar as aprendizagens e integrá-las de forma mais completa no nosso perfil profissional, enquanto futuros Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Globalmente, consideramos que a nossa atuação no estágio permitiu a aquisição das competências que perseguimos e esperamos que este relatório possa contribuir não só para a definição do nosso perfil profissional futuro, mas também possa ser contributo para uma Enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica mais significativa para as pessoas com necessidades de cuidados em saúde mental e, com especial enfoque, suas famílias.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Mental, Saúde Familiar ou Enfermagem de Família, Competência Clínica, Perfil de Competências dos Enfermeiros

ABSTRACT

This report aims to describe the journey undertaken throughout the professional internship included in the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, focusing on the acquisition of both specific and common competencies defined by the Order of Nurses for the conferral of the title of Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner.

The overarching theme of this work is "An Insight into the Family: Conceptions and Interventions of the Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner", serving as a structuring axis in the development of this report. However, the internship addressed all competencies of the Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner, and interventions in other areas of practice were also developed, reflecting the broad scope of the professional's role.

The report is structured into three main sections, corresponding, in our view, to three fundamental dimensions of the professional knowledge of the Psychiatric Mental Health and Psychiatric Nurse Practitioner. A *theoretical dimension*, in which we present a literature review and the state of the art on the overarching theme, the Theoretical Nursing Models that underpinned our practice, the process of designing nursing care in the approach to the family—both as a context and as recipient - of care, as well as the specialized intervention modalities aimed at the family at different levels of care. A *practical dimension*, where we outline the trajectory developed throughout the internships in different clinical settings, detailing the activities undertaken, always based on the nursing process—needs assessment/diagnostic activity, nursing diagnoses, interventions, and outcome evaluation—grounded in the most up-to-date scientific evidence. Finally, a *reflective dimension*, where the competencies developed are analyzed, along with a critical reflection on their acquisition and the entire learning process throughout this academic journey. This analysis aims to consolidate the acquired knowledge and integrate it more comprehensively into our professional profile as future Psychiatric Mental Health Nurse practitioner.

Overall, we believe that our performance and the work developed during the internship allowed us to acquire the competencies we set out to achieve, and we hope that this report will not only contribute to the definition of our future professional profile but also serve as a contribution to a more meaningful Mental Health and Psychiatric Nursing practice for individuals with mental health care needs and, with a particular focus, for their families.

Key-words: Nursing, Mental Health, Family Health or Family Nursing, Clinical Competence, Scope of nursing practice

CHAVE DE SIGLAS

ADEB – Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares

CNV – Comunicação Não Violenta

CRI – Centro de Respostas Integradas

EE – Emoção Expressa

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ET – Equipa de Tratamento

FC – Familiares cuidadores

ICN – International Council of Nurses

LSM – Literacia em Saúde Mental

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MESMP – Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PF – Processo Familiar

PNCSM – Pessoa com necessidade de cuidados em Saúde Mental

PTAO – Programa Terapêutico com Agonista Opiáceo

PUS – Perturbação de uso de substância

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TT – Temática transversal

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados Saúde personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	18
3.1. Revisão da Literatura e Estado da Arte	19
3.1.1. Conceito de Família	19
3.1.2. A Família no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.....	19
3.1.3. A Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica na abordagem à Família	22
3.1.4. Referenciais Teóricos de Enfermagem.....	24
3.1.5. Da Conceção à prática de cuidados especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na abordagem à Família	30
3.1.5.1. Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental da Família.....	34
3.1.5.2. Intervenção Psicoeducativa Familiar	35
3.1.5.3. Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar	37
4. PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	40
4.1. “Dentro de Portas” - Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda	40
4.1.1. Caracterização do Contexto Clínico	40
4.1.2. Intervenções desenvolvidas	41
4.2. “Entre Portas” – Contexto de Cuidados Diferenciados	71
4.2.1. Caracterização do Contexto Clínico	71
4.2.2. Intervenções desenvolvidas	73
4.3. “Fora de Portas” – Contexto Comunitário.....	95
4.3.1. Caracterização do Contexto Clínico	95
4.3.2. Intervenções desenvolvidas	96
5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	135
5.1. Análise Crítico-Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências	136
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
BIBLIOGRAFIA.....	168
ANEXOS.....	192

ANEXO I – *Compilação dos construtos atuais relevantes para o Processo de Conceção de Cuidados de Enfermagem à Família*

ANEXO II – *Tabela de Conceptualização dos diagnósticos relacionados ao Processo Familiar nas diferentes taxonomias de Enfermagem*

ANEXO III – *Quadro resumo das características, vantagens e desvantagens nos diferentes formatos de Intervenção familiar*

ANEXO IV – *Consentimento Informado*

ANEXO V – *Planos de Sessão da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de Internamento*

ANEXO VI – *Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de Internamento*

ANEXO VII – *Apresentação Power-Point da Intervenção Psicoeducativa no Grupo de Ajuda Mútua*

ANEXO VIII – *Resultados comparativos obtidos na Intervenção Psicoeducativa dirigida aos Familiares Cuidadores do Grupo de Ajuda Mútua*

ANEXO IX – *Exemplos de slides da apresentação da intervenção psicoeducativa individual, culturalmente competente, no contexto de internamento*

ANEXO X – *Planos de Sessão da Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento no contexto de cuidados diferenciados*

ANEXO XI – *Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Técnica Modificação de Comportamento no contexto de cuidados diferenciados*

ANEXO XII – *Planos de Sessão da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de cuidados diferenciados*

ANEXO XIII – *Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de cuidados diferenciados*

ANEXO XIV – *Material de apoio para a Sessão de Sensibilização da Equipa de Enfermagem no contexto de cuidados diferenciados*

ANEXO XV – *Resultados comparativos obtidos da Sessão de Sensibilização da Equipa de Enfermagem no contexto de cuidados diferenciados*

ANEXO XVI – *Material de apoio para a Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental no período perinatal – Pré-Parto*

ANEXO XVII – *Material de Apoio à Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental no período perinatal – Pós-Parto*

ANEXO XVIII – *Resultados comparativos obtidos no Questionário de Avaliação de Conhecimentos na Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental - Pós-Parto*

ANEXO XIX – *Planos de sessão da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto comunitário*

ANEXO XX – *Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica do Processo Familiar no contexto comunitário*

ANEXO XXI – *Certificados de Participação em Eventos Científicos e de atribuição de Prémios*

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação na Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal – Pré-Parto	101
Tabela 2 - Dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação na Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal – Pós-Parto	108
Tabela 3 - Aquisição de competências específicas Enfermeiro especialista Saúde Mental e Psiquiátrica	137
Tabela 4 - Aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista	154

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Necessidades/ problemas e pontos fortes familiares obtidos através da entrevista familiar	47
Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado identificados no estudo de caso familiar	48
Quadro 3 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF no caso clínico	49
Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado para a Intervenção no GAM	61
Quadro 5 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no caso clínico – contexto de internamento ...	67
Quadro 6 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no caso clínico – contexto de cuidados diferenciados	79
Quadro 7 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação do Comportamento perante o caso clínico.	81
Quadro 8 - Critérios de Resultado estabelecidos para a Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação do Comportamento	81
Quadro 9 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF no presente caso clínico.....	84
Quadro 10 - Resumo das necessidades/ problemas e pontos fortes familiares obtidos na avaliação inicial	86
Quadro 11 - Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultados estabelecidos para a Intervenção Familiar no contexto de cuidados diferenciados.....	87
Quadro 12 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado identificados para a Intervenção de sensibilização dos enfermeiros.....	93
Quadro 13 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado definidos para a Intervenção de Promoção da LSM no período pré- parto	102
Quadro 14 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado identificado para a Intervenção de Promoção da LSM no período pós-parto.....	109
Quadro 15 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no estudo caso individual	116
Quadro 16 - Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultados para o estudo de caso familiar	125
Quadro 17 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF no caso clínico familiar	126

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados obtidos da aplicação da Escala de Satisfação com a Vida.....	104
Gráfico 2 - Resultados comparativos obtidos no questionário de avaliação de conhecimentos..	105
Gráfico 3 - Resultados comparativos obtidos através da aplicação Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo	112
Gráfico 4 - Resultados comparativos obtidos do Mental Health Continuum – Short Form.....	113
Gráfico 5 - Resultados comparativos obtidos da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados.....	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modalidades de intervenção especializada do EEESMP em diferentes níveis de intervenção	34
Figura 2 - Esquema-Matriz de intervenção no Contexto de Internamento de PNCSM em fase de descompensação clínica aguda.....	41
Figura 3 - Esquema-Matriz de Intervenção no contexto de cuidados diferenciados	73
Figura 4 - Esquema-Matriz de Intervenção no contexto comunitário	96

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II”, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [MESMP], nos anos letivos 2023/2024 e 2024/2025, da Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP], sob orientação da Professora Doutora Maria Júlia Costa Marques e coorientação do Professor Doutor José Carlos Marques de Carvalho.

O Relatório de estágio de natureza profissional que será também sujeito a apresentação e discussão pública, representa um marco final de um trajeto académico, com o qual se pretende obter o grau académico de mestre na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [ESMP] e, posteriormente, a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [EEESMP]. Assim, este relatório tem como objetivo central retratar o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMP e comuns do enfermeiro especialista, consolidadas ao longo do estágio de natureza profissional.

A Temática Transversal [TT] escolhida é a Família e as diferentes conceções e intervenções do EEESMP na abordagem à mesma.

A Família é a unidade fundamental onde se desenvolve a personalidade, constituindo-se como célula vital da sociedade (M. Martins, 2002; Minuchin, 1974). Independentemente da época da história, do contexto social, económico e cultural ou das conceções saúde-doença vigentes em cada época, a perturbação mental de um membro da família tem impacto não só a nível individual, mas também no sistema familiar como um todo. Da mesma forma, qualquer alteração no funcionamento do sistema familiar, enquanto entidade dinâmica e complexa, afeta os seus membros, aumentando o risco de problemas de saúde, incluindo o risco de desenvolvimento de perturbações mentais.

Em Portugal, em 2019, as perturbações do foro mental eram o quarto principal tipo de patologia (23,2%) em termos de carga global de doenças (Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza [ONLCP], 2021). Perante estes dados alarmantes e considerando o impacto recíproco que existe entre o sistema familiar e seus membros, é possível depreender que a atuação especializada do EEESMP na abordagem à família é de primordial relevo com ganhos de saúde individuais e coletivos, pelo que se encontra preconizada transversalmente nas competências específicas do EEESMP (Diário da República [DR], Reg.nº 512/2018). A conceção e intervenção do EEESMP, na abordagem à família, devem abranger os diferentes níveis de intervenção: a prevenção das perturbações mentais e a promoção da saúde da família e dos seus membros, bem como a intervenção perante o diagnóstico de uma perturbação mental no seio familiar e o respetivo processo de reabilitação psicossocial. Além disso, deve intervir perante a presença de qualquer gerador de *stress* que possa comprometer o normal funcionamento familiar. O EEESMP tem como finalidade auxiliar o indivíduo, mas também a sua família a manter, melhorar ou recuperar a sua

máxima capacidade funcional (DR, Reg.n.º 512/2018). Para tal, cabe-lhe optar pela modalidade de intervenção especializada mais ajustada face a cada caso específico, tendo sido esse o nosso propósito.

Procuramos manter sempre um olhar multifocado sobre a família em todos os contextos, olhando-a como contexto e/ou como cliente de cuidados, intervindo em conformidade com as necessidades identificadas em cada caso.

Na literatura, a intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental [LSM] dirigida à promoção da saúde mental e prevenção das perturbações mentais, a Intervenção psicoeducativa dirigida ao processo de recuperação e reabilitação psicossocial no caso da presença de perturbação mental no seio familiar, a intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar [PF] dirigida à perturbação mental ou na presença de qualquer gerador de *stress* que altere o normal funcionamento familiar, são intervenções fortemente recomendadas em qualquer contexto, destacando-se resultados com um impacto positivo, quer a nível individual, quer para o sistema familiar como um todo. O EEESMP tem um papel crucial na facilitação da comunicação familiar, na educação sobre questões de saúde mental, no suporte emocional e na promoção de um ambiente colaborativo que envolva ativamente os membros da família (Townsend, 2015).

O estágio decorreu em dois módulos com objetivos distintos, mas complementares. O estágio integrado no Módulo I decorreu no período compreendido entre 16 de abril e 21 de junho de 2024. O seu objetivo foi, sobretudo, permitir aos estudantes conhecer os três contextos clínicos e as suas dinâmicas organizacionais, de modo a identificar necessidades e potencialidades com vista a planear a intervenção e as atividades a desenvolver dirigidas ao diagnóstico identificado e à temática central durante o segundo Módulo. O Módulo II, que decorreu no período compreendido entre 16 setembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, teve como objetivo a operacionalização das intervenções planeadas, nos contextos. Ambos os módulos ocorreram em três contextos clínicos: internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, área de respostas diferenciadas e área comunitária. A orientação tutorial em cada contexto de estágio esteve a cargo de EEESMP em exercício de funções nos respetivos serviços e de professores orientadores da ESEP.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos centrais, incluindo vários subcapítulos. O primeiro capítulo, corresponde aos objetivos estabelecidos para os estágios. O segundo capítulo, representa uma dimensão teórica e servirá para apresentar a TT, justificar a escolha e pertinência da mesma no âmbito da ESMP e explanar a revisão da literatura e estado de arte realizada acerca da TT. O capítulo seguinte representa uma dimensão prática, em que será apresentada uma breve caracterização dos diferentes contextos de estágio seguido da apresentação da operacionalização das atividades desenvolvidas, bem como a avaliação da sua eficácia. Por fim, o quarto capítulo,

representa uma dimensão reflexiva e serão analisadas as competências desenvolvidas e realizada uma reflexão crítica sobre a sua aquisição e sobre todo o processo de aprendizagem ao longo deste percurso académico. Esta análise visa consolidar as aprendizagens teórico-práticas e integrá-las de forma mais completa no nosso perfil profissional, enquanto futuros EEESMP.

Dado o carácter singular do relatório, que inclui estudos de caso, destacamos que os casos clínicos apresentados são ficcionados e não contêm quaisquer referências a dados pessoais dos clientes. Além disso, não são mencionados nominalmente as instituições ou serviços onde os estágios foram realizados, respeitando os princípios éticos e o Regulamento Geral de Proteção de Dados [RGPD], (EU 679/2016).

Este relatório foi redigido de acordo com as normas institucionais de trabalho ESEP (ESEP, 2025). A revisão da literatura foi efetuada com recurso à consulta de livros de especialidade de enfermagem disponíveis e ao motor de busca Google académico, RCAAP e agregadores de base de dados *EBSCO HOST* disponibilizado pela Biblioteca Virtual da ESEP, *PubMed*, *Scopus* e *Science Direct*.

As bases de dados consultadas foram, sobretudo: *Medline Complete*, *Academic Search Complete*, *CINAHL complete* e algumas das palavras-chave principais para a pesquisa bibliográfica foram: “*Family*”, “*Family-centered intervention*”, “*Family Nursing*”, “*Psychiatric Nursing*”, “*nurs**”, “*nursing intervention*”, “*mental health*”, “*mental illness or psychiatric disease*” e “*Calgary model*”.

2. OBJETIVOS

Os objetivos servem, essencialmente, para nortear o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, rumo ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP.

A Ordem dos Enfermeiros [OE] define competência como “domínio de saberes teóricos, de habilidades, de capacidades e atitudes, que traduzem na prática o saber agir profissional” (como citado em Fernandes, 2015, p.48). Assim, partindo deste conceito, os objetivos devem fornecer uma orientação clara sobre os conhecimentos, habilidades, capacidades e atitudes a serem alcançadas ao longo do período de estágio, de modo a integrar o saber agir profissional do EEESMP.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências clínicas especializadas da área de atuação do EEESMP ao indivíduo, grupo e comunidade, com especial enfoque na Família;
- Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- Promover o envolvimento familiar e a abordagem à família com recurso às diferentes modalidades de intervenção da área de especialização de ESMP.
- Dar resposta à necessidade de cuidados no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em cada contexto ajustando a intervenção à Pessoa com necessidades de cuidados em Saúde Mental [PNCSM]/ grupo/ família/ comunidade, com base na mais atual evidência científica.

Objetivos Específicos:

- Aprofundar conhecimentos e treinar a Avaliação e Intervenção familiar, no âmbito da ESMP;
- Aprofundar conhecimentos e executar Intervenção psicoeducativa, dirigida a grupos e/ou famílias em diferentes contextos;
- Aprofundar conhecimentos e executar Intervenção de promoção da LSM, dirigida a grupos e/ou famílias em diferentes contextos;
- Desenvolver habilidades de realização de Avaliação familiar e Intervenção Psicoterapêutica promotora do processo familiar, baseado no MCAIF;
- Minimizar os efeitos disruptivos do processo familiar desencadeados por qualquer situação que o coloque em causa;
- Melhorar os níveis de LSM das PNCSM, grupos ou famílias;
- Auxiliar na construção de estratégias de empoderamento que permitam à PNCSM, família e/ou grupos desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção face à perturbação mental.

- Realizar estudos de caso utilizando como modelo de referência a Ontologia de enfermagem.
- Desenvolver atividades individuais e grupais, com as PNCSM e/ou famílias, de combate ao estigma no âmbito da ESMP.
- Desenvolver um cuidado de enfermagem culturalmente sensível e competente perante PNCSM, famílias e grupos com experiências culturalmente diversas.
- Demonstrar criatividade e inovação nas abordagens selecionadas para intervenção, com base na mais atual evidência científica.

Estes objetivos guardam relação com alguns, se não todos, objetivos definidos para o curso de MESMP, garantindo, ainda, que na sua consecução será promovida a inclusão da melhor evidência disponível na prática especializada.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Uma Temática Transversal [TT] é um conceito ou assunto que permeia todas fases e aspetos de um projeto, proporcionando uma perspetiva coesa e integrada.

No âmbito do relatório de estágio de natureza profissional, a escolha de uma TT é uma componente essencial que atua como fio condutor para nortear o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP: serve como pretexto para focalizar o processo de aprendizagem, assegurando que todas as fases do projeto estejam alinhadas com um objetivo comum. Esta opção poderá também ser perspetivada na ótica do conceito de perito: “detém a perícia, os conhecimentos e as habilidades, dirigidas a um fim definido” (Nunes, 2010, p.3).

Assim, no presente projeto individual de desenvolvimento de competências a TT escolhida é: “Um Olhar sobre a Família: conceções e intervenções do EEESMP”.

A motivação para a escolha do tema foi, em primeiro lugar, de ordem pessoal. Antes de mais, assumir a minha experiência vivencial de eu própria, e todos nós, sermos família. Sei, portanto, na primeira pessoa, o que é ser membro de uma família e as implicações (positivas e/ ou desafiantes), perante os diferentes eventos críticos e transições dos ciclos de vida.

Além disto sou Enfermeira há 19 anos, e tive a oportunidade de exercer a minha prática clínica em diferentes contextos, percebendo o impacto que a ocorrência de um evento adverso ou adoecer de um familiar tem na família, constituindo o suporte e envolvimento familiar nos cuidados, desde sempre, uma prioridade para mim.

Na literatura atual é destacada a importância do envolvimento das famílias nos cuidados de saúde, por parte do EEESMP, com ganhos de saúde a nível clínico e psicossocial, estando demonstrados claros benefícios para a PNCSM (adesão ao tratamento, redução de sintomas, satisfação com o tratamento, qualidade de vida, redução do risco de recaída ou necessidade de reinternamento); para os familiares (redução da sobrecarga, melhor autoeficácia, sentido de vida, valorização pessoal); e para o sistema familiar como um todo (funcionamento familiar com satisfação das necessidades sociais e emocionais do sistema) (Maybery et al., 2021; Petkari, et al., 2020; Sari & Duman, 2022).

No Regulamento n. 512/ 2018, publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 51 – 7 de agosto de 2018, as diretrizes estabelecidas salientam que, em qualquer contexto e em qualquer fase do seu ciclo vital, a família deve ser envolvida e alvo de intervenção por parte do EEESMP, com recurso às diferentes modalidades de intervenção previstas na sua área de especialização.

Em suma, a apetência pessoal associada à importância e pertinência da temática culminou na escolha, que consideramos ter sido altamente significativa e gratificante no nosso percurso.

3.1. Revisão da Literatura e Estado da Arte

De seguida, por forma a enquadrar, com mais detalhe, a TT em apreço, realizámos uma revisão da literatura sobre o estado da Arte, destacando conceitos e abordagens neste âmbito, criando uma base sólida e atualizada da evidência científica, que serviu para ancorar a nossa prática clínica durante o estágio, servindo igualmente para sustentar o presente relatório.

3.1.1. Conceito de Família

A Família é a unidade fundamental onde se desenvolve a personalidade, servindo como o primeiro ambiente onde se vivenciam experiências essenciais para o crescimento pessoal e a formação do carácter (Minuchin, 1974). Segundo M. Martins (2002, p.111) “a família, é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”, constituindo-se como célula vital da sociedade.

A origem do conceito família estende-se por um passado imensurável e, segundo Gimeno (2001, p. 39) “não é um conceito unívoco para todas as épocas e culturas”, existindo diferenças transculturais relevantes no que concerne aos membros que se sentem parte da mesma, seus papéis e as funções esperadas por parte de cada membro e da família no seu todo. Figueiredo (2012), refere que a família tem vindo a passar por alterações significativas a nível do desenvolvimento, tanto na estrutura como nas suas funções e interações, quer internas, quer com a comunidade. A autora complementa esta perspetiva ao definir a família como um sistema complexo e dinâmico, caracterizado por vínculos afetivos e autodeterminação. As interações familiares são influenciadas por relações múltiplas e contextuais ao longo do tempo. Qualquer mudança num membro, repercute no todo, promovendo adaptações contínuas para manter o equilíbrio dinâmico da unidade familiar (Figueiredo, 2012, p. 67-68).

De forma simples e abrangente, Wright e Leahey (2012, p. 55) definem que “a família é quem seus membros dizem que são”, acrescentando ainda que a família corresponde “a um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e inclinação a participar na vida uns dos outros” (Wright & Leahey, 2012, p. 54).

3.1.2. A Família no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria

Os dados epidemiológicos disponíveis na área da Saúde Mental revelam uma tendência crescente das perturbações mentais a nível mundial, pelo que representa um desafio à Saúde Pública Mundial. Estima-se que no Mundo, em 2019, cerca de 1 em cada 8 pessoas ou 970 milhões de pessoas apresentavam uma perturbação mental (World Health Organization [WHO], 2022b). Em Portugal, em 2019, as perturbações do foro mental eram o quarto principal tipo de patologia (23,2%) em

termos de carga global de doenças, sendo a prevalência destas patologias a mais elevada entre os países da União Europeia (ONLCP, 2021).

Considerando o conceito de família como sistema, em que qualquer alteração de um membro afeta também o todo, conforme exposto anteriormente, é fácil depreender também o impacto direto na vida familiar da perturbação mental por parte de um dos seus membros.

A relação entre a família e as PNCSM tem sido moldada por fatores históricos, sociais e culturais ao longo dos séculos. Desde a antiguidade até à atualidade, as famílias têm desempenhado papéis variados, mas sempre cruciais, na perceção e no cuidado das perturbações mentais.

Os avanços na área dos psicofármacos e abordagens terapêuticas, o impulso criado por movimentos civis e antipsiquiatria, geraram uma mudança de paradigma no tratamento das pessoas portadoras de perturbação mental, implementado atualmente um modelo de desinstitucionalização precoce e de tratamento integrado, de base comunitário, com vista à reintegração dos doentes mentais na sociedade e ao envolvimento das famílias no processo de recuperação (Mechanic et al. 1999; WHO, 2022b)

De acordo com Alves et al. (2018, p. 9), este processo de transição “tornou emergente a inserção efetiva da família no novo paradigma de assistência em saúde mental” e implicou mudanças nas políticas de saúde mental a nível mundial e uma nova adaptação das famílias ao papel de cuidadores, obrigando-os a tornarem-se pilar essencial nos cuidados, apoio e estabilização da PNCSM e a constituir-se como sistema de suporte primário na gestão da doença, complexidade dos sintomas, regime terapêutico e de articulação com as equipas de saúde (Soklaridis, et al., 2019).

No Decreto de Lei n.º 113/ 2021, de 14 de dezembro está previsto que “os cuidados em ambulatório e as outras intervenções na comunidade dos serviços locais de saúde mental são assegurados por equipas comunitárias de saúde mental, que abrangem toda a área assistencial a cargo do serviço”. Contudo, o que é ainda verificado na prática, é que as famílias, muitas vezes sem capacitação prévia e sem resposta efetiva das poucas estruturas e equipas comunitárias existentes, continuam a “remar” sozinhos este barco pesado, aumentando o seu risco de sobrecarga familiar (Revell & McCurry, 2021).

Na literatura encontramos vários estudos dedicados à definição e análise das experiências vividas e necessidades sentidas pelos cuidadores de PNCSM.

Uma revisão sistemática qualitativa conduzida por Cleary e colaboradores (2020), sobre as experiências de cuidadores de pessoas com esquizofrenia, identificou o relato de: emoções negativas, como culpa, vergonha, tristeza, impotência, desgaste físico e psicológico, irritabilidade, incerteza e preocupação com o curso da doença e o futuro, medo e sobrecarga (objetiva e subjetiva) decorrente da tarefa de cuidar, que é crónica e complexa, mas também emoções positivas: como

amor, compaixão e perceção de utilidade e propósito, reforçadas pela aceitação da condição e pela adoção de estratégias de *coping*, como a oração, a evitação de conflitos, a manutenção de atividades de autocuidado e a procura por suporte social.

No mesmo estudo, foram ainda descritos alguns impactos nos cuidadores, como: alterações nas relações interpessoais, como conflitos conjugais e negligência de outros membros familiares; problemas de saúde física e mental, dificuldades financeiras e profissionais, além de experiências de estigma e isolamento social, que lhes intensificavam o sofrimento (Cleary et al., 2020).

Também outros estudos, abrangendo também outras perturbações mentais para além da esquizofrenia, salientaram igualmente sentimentos negativos, como desesperança (Ntsayagae et al., 2019; Selotole et al., 2022), confusão, ambivalência, raiva, solidão e redução do bem-estar (Sarıkaya et al., 2021; Selotole et al., 2022), stress, depressão e ansiedade (Revell & McCurry, 2021; Wan & Wong, 2019), relacionamentos familiares conflituosos com elevados níveis de Emoção Expressa e disrupção da vida e do funcionamento familiar (McCann et al., 2019; Shiraishi & Reilly, 2019), mudanças de papéis e assunção de novas responsabilidades (familiares e sociais) sem preparação prévia (Ntsayagae et al., 2019). Contudo, benefícios e impactos positivos também foram descritos, como sensação de fortalecimento, compaixão, maior aquisição de conhecimentos e maior conhecimento sobre estratégias de *coping*, mais esperança, desenvolvimento pessoal, aquisição de novos conhecimentos e competências, afirmação pessoal, maior capacidade de adaptação e resiliência individual e familiar, bem como a perceção ou aquisição de sentido de vida e sentimento de utilidade (Chiba et al., 2025, Mathew & Mathias, 2024; Maybery et al., 2021; Paninho et al., 2023; Shiraishi & Reilly, 2019; Stanley & Balakrishnan, 2023).

Também, no que concerne às “necessidades não satisfeitas” das PNCSM e suas famílias no contexto do atendimento nos serviços de saúde mental, várias publicações científicas destacam: obstáculos e atrasos no acesso aos serviços experienciados pelos clientes e seus familiares; a necessidade de informações adequadas desde os primeiros sintomas; o desejo de uma relação mais colaborativa e de envolvimento no projeto terapêutico com os profissionais de saúde; comunicação mais empática, honesta e clara por parte da equipa de saúde; suporte mais adequado às suas próprias necessidades emocionais, instrumentais e informativas, incluindo, psicoeducação e promoção da LSM. Foram ainda recomendadas intervenções comunitárias que promovam a LSM, combate ao estigma social e de cortesia e criação de grupos de ajuda mútua para partilha de experiências com pares (Cleary et al., 2020; Hawke et al., 2024; Maybery et al., 2021; McCartan et al., 2022; Rocelli et al., 2024; Sari et al., 2023; Soklaridis et al., 2019; Wonders et al., 2019). Adicionalmente, referiram também a necessidade de intervenções dirigidas aos membros familiares com necessidades de cuidados em Saúde Mental, no âmbito psicossocial e psicoeducação, para melhorar as suas estratégias de comunicação, socialização e reintegração social.

A “presença de doença mental no seio familiar, modifica todo o percurso familiar” (J. C. Carvalho, 2012, p.23) e constitui-se como um verdadeiro desafio, obrigando a novas dinâmicas e dimensões da vida familiar com potencial de provocar ou salientar dificuldades funcionais dos membros e do próprio sistema (Phillips, et al., 2021; Revell & McCurry, 2021).

3.1.3. A Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica na abordagem à Família

O papel da Enfermeiro, no âmbito da ESMP, evoluiu paralelamente às mudanças de paradigma no tratamento das PNCSM (Townsend, 2015). Na Era da institucionalização, o enfermeiro era visto, principalmente como “guardião do doente, com funções de controle e manutenção da ordem” (Townsend, 2015). Com a desinstitucionalização, o Enfermeiro passou a ter um papel crucial na facilitação da comunicação entre a PNCSM e sua família, na educação sobre questões de saúde mental, de suporte emocional e na promoção de um ambiente colaborativo que envolva ativamente os membros da família (Townsend, 2015).

Segundo Wright e Leahey (2012, p.1), os enfermeiros têm “o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de Saúde (...) considerando o cuidado centrado na Família como parte integrante da prática de Enfermagem”, destacando, porém, que a intervenção só é possível se os membros familiares concordarem com a mesma.

Perante a família o Enfermeiro deve incluir diferentes perspetivas de abordagem – considerando-a como **contexto**, quando o alvo de cuidados efetivo é exclusivamente um membro familiar e a família serve apenas como recurso e/ou parceiro de cuidados; como **soma das suas partes**, quando os membros familiares são todos alvo de cuidados, mas com intervenção individual dirigida a cada um; como **cliente de cuidados**, quando a família é encarada como um todo e a intervenção se dirige ao todo e, também, como sistema ou componente fundamental da sociedade (Figueiredo et al., 2023). Cada uma destas perspetivas exige um olhar de Enfermagem abrangente e continuamente atualizado, capaz de responder às necessidades dinâmicas e em constante transformação do indivíduo, da família e comunidade onde estes se inserem, em função das diversas interações que ocorrem em cada etapa do ciclo de vida familiar (Figueiredo et al, 2023).

Por forma a responder às “necessidades não satisfeitas” dos familiares, explanadas no capítulo anterior, a investigação realizada até ao momento (Maybery et al., 2021; McCartan et al., 2022; Rocelli et al., 2024; Soklaridis et al. 2019; Wonders et al., 2019) sugere várias estratégias e atitudes por parte da equipa de saúde, incluindo os enfermeiros, e instituições, incluindo: acolhimento de proximidade e apresentação integral do funcionamento do serviço na fase inicial; redução dos tempos de espera e criação de um acesso mais facilitado para os familiares; adoção de estratégias de redução do estigma, como o uso de linguagem não estigmatizante para nomear os serviços; permitir acesso secundário e mais anónimo aos serviços, implementação de projetos comunitários

contra o estigma em escolas e instituições locais, e alocação de PNCSM em serviços públicos intrahospitalares (por exemplo, na gestão de cafeterias). Além disso, recomenda-se a melhoria das condições físicas dos serviços, tornando-os amplos, luminosos, confortáveis, com plantas, cores vivas e objetos decorativos personalizados; promoção de psicoeducação e formação precoce para os familiares; fornecimento de informações úteis sobre os serviços comunitários disponíveis em diferentes etapas do processo de doença e reabilitação; e desenvolvimento de políticas organizacionais inclusivas. Hawke e colaboradores (2024), numa *scoping review*, concluíram que há evidências suficientes para fundamentar, de maneira sistemática, modelos, *frameworks* e práticas de envolvimento familiar. Além disso, destacaram os impactos positivos e significativos que o envolvimento das famílias pode gerar para os próprios familiares, investigadores e comunidades em geral, no contexto de pesquisas na área da Psiquiatria.

J. C. Carvalho (2015) salienta a importância da família, do seu papel como elo de ligação e como parceiro de cuidados e sugere que este papel deva ser potenciado pelo Enfermeiro, especialmente no âmbito da Saúde Mental. Por sua vez, Bonham & Kwasky (2021) e Sveinbjarnardottir e Svavarsdottir (2019) destacam o papel do EEESMP no âmbito da intervenção familiar tendo competência para introduzir melhorias significativas nos serviços de saúde mental, através de intervenções dirigidas à prevenção, promoção e recuperação da saúde mental individual e familiar, satisfazendo simultaneamente as necessidades emocionais, instrumentais e sociais da família. É ainda destacado o seu papel no âmbito da psicoeducação e na redução do estigma. (Bonham & Kwasky, 2021; Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019).

Hanson (2005), citado por Carvalho e colaboradores (2020, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020, p. 159), salienta que as intervenções de Enfermagem “não são instrumentos, técnicas ou táticas, mas tudo o que o Enfermeiro diz ou faz com as famílias que influenciam o sistema familiar”. Assim, depreende-se facilmente que o EEESMP tem uma grande influência e, olhando ao âmbito das suas competências específicas, até um “dever acrescido” de assegurar intervenções altamente individualizadas e ajustadas às necessidades particulares de cada membro e à família como um Todo.

Apesar da evidência apoiar amplamente a incorporação da família como cliente alvo de cuidados, recurso e parceira na prática clínica e no projeto terapêutico em saúde mental, esse conceito muitas vezes não se reflete na prática clínica. Vários estudos descrevem relatos de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que apontam barreiras e dificuldades nessa abordagem, destacando questões como: preocupações com a privacidade, receio de sobrecarregar os familiares, medo de que o envolvimento familiar possa interferir na relação terapêutica estabelecida com o próprio cliente individual e falta de conhecimento e formação específica sobre intervenção familiar (Hsiao et al., 2023; Kitt-Lewis & Adam, 2025; Maybery et al. 2021). Além disso, há temores de que a influência

dos familiares, em casos de baixa literacia em saúde ou crenças de saúde negativas, possa comprometer o projeto terapêutico - como desencorajar a adesão à medicação, por exemplo (Sari et al., 2023; Soklaridis et al., 2019). Outro desafio relevante é a falta de incentivo e regulamentação organizacional para a implementação da intervenção familiar, incluindo a ausência de apoio claro por parte dos serviços. Há, ainda, discordâncias, dentro das próprias equipas multidisciplinares, sobre qual profissão que deve liderar essa abordagem, o que pode limitar a adoção de uma visão mais colaborativa e com propósito comum (Eassom et al., 2014; Sari et al., 2023). Um estudo qualitativo descritivo de Kitt-Lewis e Adam (2025), sobre as experiências de enfermeiros no cuidado a pessoas com perturbação de uso de substâncias e suas famílias, destaca ainda outros fatores importantes. Entre eles, incluem-se: o impacto do autoconhecimento dos enfermeiros, as suas experiências prévias de vida e de cuidado, que podem influenciar a capacidade de intervenção, além de preconceitos ou crenças estigmatizantes que resultam em atitudes estigmatizantes direcionadas aos clientes e familiares. Também Hsiao e colaboradores (2023) conduziram um estudo sobre os fatores que influenciam as atitudes dos EEESMP em relação à família. Os resultados indicaram que, de forma geral, os enfermeiros apresentam uma atitude positiva quanto ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Os autores destacam que os principais fatores que influenciam essa atitude incluem maior idade e experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria, local de trabalho, competências mais desenvolvidas em intervenção familiar e um nível elevado de satisfação profissional.

3.1.4. Referenciais Teóricos de Enfermagem

A utilização de modelos conceituais na prática de Enfermagem permite um exercício profissional mais sistematizado, compreensivo e coerente, ao proporcionar uma linguagem comum, uma estrutura para as intervenções e uma base sólida para a avaliação de resultados (McEwen & Wills, 2019). Além disso, estes referenciais teóricos de Enfermagem oferecem o suporte teórico e conceptual necessário para a prática da Enfermagem enquanto disciplina científica do saber. Dessa forma, uma prática de enfermagem rigorosa e de excelência deve estar fundamentada não apenas na evidência mais atual, mas também nos diferentes referenciais teóricos de enfermagem validados (Bittencourt et al., 2018).

No âmbito do presente relatório e, de modo a sustentar a prática clínica no estágio, a nossa escolha recaiu sobre os seguintes referenciais teóricos de Enfermagem: Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (1984), Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (1982) e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1978). De seguida, apresentámos uma breve exposição dos aspetos teóricos mais relevantes em cada uma das teorias.

➤ *Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar*

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) apresenta uma estrutura multidimensional e integrada, baseia-se, sobretudo, nos fundamentos teóricos da Teoria de Sistemas, Cibernética, Teoria da Comunicação e Teoria da Mudança. (Wright & Leahey, 2012).

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) é um modelo dinâmico que permite conhecer a família na sua dinâmica e complexidade, num determinado momento e inclui três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional. Cada categoria contém várias subcategorias que são exploradas, de acordo com a avaliação de cada família individualmente e a decisão do Enfermeiro sobre a pertinência da sua avaliação para aquele momento (Wright & Leahey, 2012).

A aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar permite identificar as potencialidades e dificuldades da família. A partir dessa análise, são planeadas intervenções de enfermagem que são propostas e debatidas colaborativamente com a família, tendo como objetivo da intervenção promover ou facilitar o processo de mudança (Wright & Leahey, 2012).

O Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), é adaptado a cada família e tem por base essa avaliação, assentando em três domínios do funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental. O planeamento das intervenções deve ser ajustado ao domínio de funcionamento familiar e visa promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar num, dois ou nos três domínios, sendo que a alteração de um domínio pode influenciar os outros. O objetivo da intervenção é o de “ajudar os membros da família a descobrir novas soluções e a reduzir ou aliviar sofrimento emocional, físico ou espiritual” (Wright & Leahey, 2012, p.179).

Segundo Wright e Leahey (2012), as intervenções de enfermagem devem ser fundamentadas em hipóteses e adaptadas às necessidades identificadas, podendo variar entre simples e diretas ou mais inovadoras e drásticas, conforme os problemas apresentados pela família. Uma intervenção amplamente recomendada pelas autoras é o uso de perguntas de intervenção, que podem ser lineares (destinadas a informar a enfermeira) ou circulares (destinadas a promover mudanças em um, dois ou nos três domínios). Essas perguntas devem ser cuidadosamente selecionadas e aplicadas no momento adequado. Além disso, são sugeridas intervenções específicas para cada domínio: no cognitivo, como elogiar os pontos fortes da família e seus membros, oferecer informações e opiniões; no afetivo, como validar ou normalizar respostas emocionais, incentivar narrativas sobre a doença ou problemáticas familiares, e estimular o apoio mútuo; e no comportamental, como incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los, incentivar o descanso e planejar rituais (Wright & Leahey, 2012, p. 162).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2023) considera o MCAIF como um ótimo referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática Clínica,

tendo por pressupostos que é o modelo que melhor permite um olhar sistémico sobre a família, pois permite avaliar, transversalmente, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares e também por este ser o modelo que o *Internacional Council of Nurses* [ICN] reconhece como um instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2023). Para além disso, existe, na literatura atual, um corpo robusto de estudos a comprovar a sua eficácia, com resultados promissores (Aass et al., 2020; Azcárate-Cenoz et al., 2024; Broekema et al., 2020; Chien et al., 2018; Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011; Holst-Hansson et al., 2020; Hsiao et al., 2023; Iswanti et al., 2024; Kavitha et al., 2022; Padmavathi et al., 2021; Sveinbjarnardóttir & Svavarsdóttir, 2019, entre outros). Razões que fundamentam a nossa opção pelo MCAIF para alicerçar a nossa prática clínica nos estágios, no que concerne à intervenção familiar, com a família enquanto cliente de cuidados.

➤ *Teoria das Transições de Afaf Meleis*

A Teoria das Transições, proposta por Afaf Ibrahim Meleis, insere-se no âmbito das teorias de enfermagem de médio alcance. Esta define que o foco de atenção da Enfermagem são as respostas humanas às Transições, decorrentes de eventos relacionados com os diferentes estágios de vida e o papel do enfermeiro deve centrar-se em facilitar e promover estes processos de transição para o indivíduo, família e grupo (Kralik et al., 2006; Meleis et al., 2000). Segundo Meleis e colaboradores (2000), a transição deverá ser assumida como área de atuação da enfermagem, sobretudo quando esta interfere com a saúde ou quando as respostas à transição se manifestam ou têm probabilidade de se manifestarem através de comportamentos de saúde e maior vulnerabilidade, por perda de capacidade, mudanças de papéis, perda de interação social ou recursos.

Kralik e colaboradores (2006, p. 323) definem que “a transição ocorre quando uma realidade atual da pessoa é interrompida ou prejudicada, provocando uma mudança forçada ou escolhida que resulta na necessidade de criar uma realidade alternativa”, salientando que, para tal suceder de forma salutar, tem que assentar num processo de “reorientação interna e auto-redefinição que as pessoas têm que fazer de modo a conseguirem incorporar as mudanças nas suas vidas”.

A teoria está organizada em torno de três eixos centrais: a natureza da transição (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras (pessoais, comunitárias e sociais) e os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) (Meleis et al., 2000). Os Enfermeiros, após entenderem a natureza da transição e/ou transições simultâneas que o indivíduo atravessa, avalia e antecipa as necessidades, diagnostica e oferece intervenções terapêuticas ajustadas para facilitar e promover o processo rumo a consciencialização, envolvimento, aprendizagem, capacitação e obtenção de resultados de mestria e integração da nova identidade por parte do indivíduo, família e grupo (Im, 2014; Kralik et al., 2006; Meleis et al., 2000).

Nas últimas décadas, vários estudos têm sido realizados acerca da aplicação prática desta teoria nos contextos clínicos. Estes revelam resultados proeminentes (exemplos: Itai et al., 2022; Ozkaya et al., 2024, entre outros). Deste modo optamos também por incluir este referencial para alicerçar a prática clínica nos estágios, nas intervenções com cliente individual como cliente de cuidados.

➤ *Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender*

Segundo a WHO (2022c), grande parte das perturbações mentais, podem ser evitadas através de intervenções de prevenção e promoção da saúde mental. Recomenda que estas intervenções devem incidir sobre os determinantes individuais, sociais e estruturais de saúde mental do indivíduo ou grupo, intervindo para mitigar riscos, fortalecer a resiliência e promover ambientes de apoio à saúde mental. Acrescenta ainda que o setor da saúde, onde se englobam os enfermeiros, desempenha um papel essencial ao incorporar os esforços de promoção e prevenção nos serviços de saúde e ao promover, iniciar ou facilitar, quando adequado, a colaboração e coordenação multissetorial. Estas intervenções podem ser desenhadas para indivíduos, grupos específicos ou populações inteiras (WHO, 2022c). A promoção da saúde mental assenta num conjunto de ações que proporcionem as condições necessárias para o pleno desenvolvimento da saúde mental e a adoção de um estilo de vida saudável (WHO, 2016, como citado em Bittencourt et al., 2018).

Um dos modelos de enfermagem de destaque que pode sustentar a prática de enfermagem nesta área de atuação e contribuir para uma visibilidade positiva é o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Este referencial teórico realça a enfermagem como disciplina fundamental na mudança de comportamento do sujeito rumo a uma vida mais saudável, enquanto interage com o ambiente (Bittencourt et al., 2018; Carlos et al., 2023; Ramos, 2021; Santi et al., 2023). Este modelo fornece instrumentos para a compreensão das determinantes psicossociais que influenciam a decisão dos indivíduos pela adoção de um determinado comportamento, com vista a um estilo de vida mais saudável, propondo que o enfermeiro e cliente devem trabalhar juntos, colaborativamente, para que o comportamento seja alcançado (Bittencourt et al., 2018, Carlos et al., 2023, Ramos, 2021). Sugere uma abordagem orientada para o foco saudável como motivação para o comportamento de saúde (Ramos, 2021).

Segundo Pender (2012, como citado em Bittencourt et al., 2018), o modelo assenta em alguns conceitos principais, que incluem: *Pessoa* - corresponde ao centro deste modelo e corresponde a um ser único, com influências biopsicossocioculturais, perceções e sentimentos próprios, capaz de tomar decisões, resolver problemas e mudar os seus comportamentos de saúde; *Ambiente* – corresponde ao resultado da interação entre o indivíduo e um contexto social, cultural e físico no qual a vida se desdobra e que pode ser otimizado para promover comportamentos mais saudáveis; *Enfermagem*, que interage com a comunidade, indivíduos e famílias e oferece intervenções e

estratégias para criar um ambiente que promova a saúde e o bem-estar e *Saúde* – consiste em comportamentos que envolvem autocuidado, relações interpessoais satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável (Bittencourt et al., 2018; Carlos et al., 2023; A. Silva, 2016).

Diversos estudos têm sido conduzidos com o propósito de explorar diferentes dimensões do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender em variadas populações (Carlos et al., 2023, Santi et al., 2023; A. Silva & Santos, 2010; T. Silva et al., 2023). Os resultados, de uma forma geral, têm revelado um potencial promissor na aplicação prática do modelo, o que motivou a nossa escolha para alicerçar as intervenções de promoção da saúde mental realizadas durante os estágios deste mestrado.

➤ *Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger*

Vivemos numa sociedade globalizada em constante mutação económica, político-social, tecnológica e cultural, com mobilidade facilitada das populações (fronteiras permeáveis à mobilidade dos indivíduos e famílias). A globalização, aumentou os contatos entre culturas e subculturas e a coabitação entre diferentes modos de vida, contribuindo para a multiculturalidade/ interculturalidade das sociedades atuais, com ganhos e desafios à saúde das pessoas e desafios para os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros (J. Lopes, 2022).

A realidade portuguesa não é exceção. De acordo com o Relatório de Migrações e Asilo 2023 da Agência para a Integração das Migrações e Asilo [AIMA] (S. Lopes & Sousa, 2024, p.2), em “2023 verificou-se um acréscimo da população estrangeira residente, de 33,6% face a 2022, perfazendo um total de 1 044 606 cidadãos estrangeiros titulares de Autorização de Residência em Portugal”. Acrescem a estes números ainda o número de emigrantes ilegais ou a aguardar autorização de residência.

A saúde é uma condição culturalmente estabelecida. A diversidade cultural e, sobretudo, as particularidades e diferenças que esta pode acarretar pode ser um fator dificultador para um acesso a cuidados completos e tem também implicações na relação terapêutica Enfermeiro/ cliente/ família. Como barreiras descritas aparecem a raça, etnia, género, classe social, padrões de vida, idade e língua, entre outras (Carneiro, 2018).

A Enfermagem Transcultural é uma área da Enfermagem focada no estudo e na comparação entre diferentes culturas e subculturas, analisando comportamentos e atitudes em relação à saúde, nomeadamente em relação aos cuidados de enfermagem propriamente ditos. O seu principal objetivo é “ir além de um estado de consciência” (Tomey & Alligood, 2004, p.567) e desenvolver um corpo de conhecimento humanizado e cientificamente validado, que permita uma prática de cuidados, simultaneamente, universais e adaptados às especificidades culturais de cada indivíduo, família ou comunidade. (Carneiro, 2018; Tomey & Alligood, 2004).

Para operacionalizar a sua teoria Leininger, desenvolveu o Modelo *Sunrise* para auxiliar na orientação dos cuidados e identificou três estratégias que auxiliam no respeito pelas diferenças culturais na prestação de cuidados:

- Preservação cultural: Continuar as práticas culturais de um cliente durante o tratamento, encorajando-o a continuar a realizar os seus rituais culturais durante a hospitalização.
- Acomodação cultural: incorporar as práticas culturais do cliente no seu plano de tratamento, como combinar medicina tradicional com terapias prescritas.
- Repadronização cultural: Auxiliar os clientes a mudar práticas culturais prejudiciais, mantendo os seus valores, ou seja, procurar oferecer opções mais seguras e culturalmente apropriadas que se encaixem nas suas tradições, (Sagar & Sagar, 2018).

O pobre conhecimento por parte do Enfermeiros sobre a diversidade e universalidade das diferentes culturas e, conseqüentemente sobre a necessidade de diversidade e universalidade na prestação de cuidados pode conduzir a uma ineficaz ou insatisfatória prestação de cuidados e podem emergir questões éticas ou morais significativas (Carneiro, 2018; McFarland & Wehbe-Alamah., 2019; Tomey & Alligood, 2004; Wehbe-Alamah et al., 2020).

O enfermeiro pode ser sensível às diferenças culturais do cliente, reconhecê-las e valorizá-las, mas não fazer nada para corresponder a essa necessidade. Em suma, competência cultural dota os profissionais de capacidade para integrar a diversidade individual e cultural nas suas abordagens teóricas e intervenções práticas, obrigando ainda ao desenvolvimento de outras competências individuais, interculturais, tecnológicas e de cidadania, com o objetivo de um melhor e mais significativo desempenho profissional e acomodação das diferenças e semelhanças nas relação terapêutica estabelecida com o indivíduo, família e grupo (Carneiro, 2018; Tomey & Alligood, 2004).

Perante a realidade multicultural crescente, presente em qualquer serviço de saúde atualmente, torna-se premente, também para o EEESMP, desenvolver uma aprendizagem contínua e profunda sobre outras culturas, reconhecer, respeitar e integrar essas diferenças na prática de cuidados, isto é, prestar cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis e competentes. Para esta prestação de cuidados de enfermagem holísticos e de excelência, no âmbito da ESMP, a prática clínica do EEESMP tem de estar fundamentada não só na evidência mais atual sobre a temática (exemplo: Wehbe-Alamah et al., 2020), mas também nos pressupostos teóricos advindos de Teorias de Enfermagem. Assim, optámos por escolher esta Teoria de Diversidade e Universalidade do cuidar cultural de Leininger, para apoiar a prática clínica, com pessoas com experiências culturais diversas, nos estágios.

3.1.5. Da Conceção à prática de cuidados especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na abordagem à Família

Segundo Herdman et al. (2024), o Processo de Enfermagem é dinâmico e cíclico, constituído por etapas interdependentes, que incluem a avaliação e colheita de dados, identificação e priorização do diagnóstico de enfermagem, planeamento de resultados esperados, planeamento e implementação de intervenções e a reavaliação contínua.

Com o intuito de fundamentar teoricamente a nossa prática clínica no estágio, procedemos à compilação e sistematização dos construtos atuais relevantes para o processo de conceção de cuidados de enfermagem à família por parte do EEESMP, com base numa revisão da literatura das principais taxonomias de enfermagem. Esta síntese encontra-se detalhada no Anexo I.

De acordo com J. C. Carvalho (2012, p.55), a **atividade diagnóstica** refere-se ao conjunto de “ações desenvolvidas, também pelo EEESMP, para recolher dados essenciais que possibilitem a formulação de um juízo clínico sobre a presença de um ou vários problemas, permitindo a sua tradução em diagnóstico de Enfermagem”.

Para assegurar uma tomada de decisão precisa e eficaz, recorremos a instrumentos específicos de recolha de dados. Existem inúmeros instrumentos de avaliação familiar. Porém, em alinhamento com o propósito de aplicação previsto neste relatório, optámos pelo seguinte:

- *Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão familiar – Faces IV* (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)

A Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar FACES IV deriva do Modelo de sistema conjugal e familiar de Olson, mais conhecido por Modelo Circumplexo de Olson, desenvolvido por Olson et al. (1979, como citado em Gomes et al., 2017). Este modelo, na sua versão mais atual (Olson, 2011 como citado em Gomes et al., 2017) está focado em três dimensões chave do funcionamento familiar: coesão, flexibilidade e comunicação. Segundo Olson (2011, como citado em Gouveia-Pereira et al., 2019, p.477-478) a Coesão familiar corresponde ao “vínculo emocional que os membros da família têm uns com os outros”; a Flexibilidade ou Adaptabilidade familiar corresponde “à qualidade e à expressão da liderança e organização, às relações de papéis e às regras e negociações nas relações” e, por fim, a comunicação familiar corresponde “às habilidades de comunicação positiva utilizadas pelo casal ou família” e é considerada como uma dimensão facilitadora para a coesão e flexibilidade familiar. Para além destas dimensões a Faces IV inclui ainda a avaliação da satisfação familiar, de modo a determinar a satisfação individual perante o funcionamento familiar.

De acordo com o Modelo Circumplexo de Olson, valores demasiado altos na dimensão coesão ou flexibilidade são considerados desequilibrados ou disfuncionais, enquanto níveis equilibrados de coesão e flexibilidade familiar são mais propícios a um funcionamento familiar saudável – hipótese

curvilínea. Por outro lado, no que concerne a comunicação e satisfação familiar, quanto mais elevados os valores obtidos, mais equilibrado será o sistema familiar – variáveis lineares (Gomes et al., 2017).

A Escala da Adaptabilidade e Coesão Familiar – Faces IV, é um Instrumento individual de autorrelato, com 44 ítems de preenchimento, projetado para ser preenchido pelos próprios membros da família, fornecendo a sua perspetiva pessoal sobre a dinâmica e funcionamento familiar. A escala serve para avaliar o nível de união emocional entre os membros, a comunicação e satisfação familiar e a sua capacidade de adaptação a mudanças (Gomes et al., 2017). É confiável com aplicações clínicas e de pesquisa em vários contextos e encontra-se validado em vários países.

Em suma, a nossa escolha recai sobre este instrumento de avaliação, por existir um corpo de evidência atual que defende que este contribui para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e suporte adequadas às necessidades específicas de cada família e também se encontra recomendado como instrumento válido de apoio à tomada de decisão por Carvalho e colaboradores (2020, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020). Resta informar que nos foi cedida a autorização pelos autores para a utilização deste instrumento no contexto das intervenções realizadas nos estágios.

Da avaliação diagnóstica realizada resulta um conjunto de dados, os quais o EEESMP necessita de organizar e sistematizar, por forma a conseguir atribuir-lhes um significado ou juízo rigoroso. J. C. Carvalho (2012) enfatiza, neste ponto, que os diagnósticos de enfermagem devem basear-se nos dados efetivamente apresentados pelo indivíduo e/ou família, e não nas interpretações pessoais que o enfermeiro possa fazer dos mesmos.

Os **dados relevantes** para um diagnóstico de enfermagem no âmbito da Família focam-se essencialmente nos eixos: Funcionamento Familiar (Comunicação; Interação de papéis e Relação dinâmica), *Coping* e resiliência familiar (J. C. Carvalho, 2012).

O próximo passo do Processo de Enfermagem consiste em definir os **critérios de resultado esperados**. Para tal a nossa escolha recai sobre os Indicadores de resultado NOC (Moorhead et al., 2020).

➤ *Indicadores de Resultado NOC* (Moorhead et al., 2020)

A Classificação de Resultados NOC estabelece uma linguagem sistematizada para a identificação de resultados e a avaliação dos processos de Enfermagem. Define os resultados esperados dos clientes que são influenciados pela prática de Enfermagem, abordando os fenómenos essenciais da disciplina pelos quais os enfermeiros têm responsabilidade (Moorhead et al., 2020). Constituem-se, portanto, como sendo sensíveis aos cuidados de enfermagem e caracterizam o estado do cliente, da família ou da comunidade em determinado nível.

A avaliação é realizada pelo enfermeiro, através de um heteropreenchimento, utilizando uma escala do tipo Likert de cinco pontos. Essa escala permite quantificar estados, comportamentos ou percepções do cliente, cuidador, família ou comunidade, ao longo de um *continuum*, desde a condição menos desejável até à mais desejável. A abordagem dos resultados como variáveis possibilita a identificação de mudanças positivas, negativas ou mesmo a ausência de alteração ao longo do tempo (Moorhead et al., 2020).

De acordo com Moorhead et al. (2020), os resultados da NOC podem ser utilizados em associação com outros instrumentos de avaliação disponíveis, funcionando de forma complementar. Enquanto esses instrumentos auxiliam na identificação e avaliação dos diagnósticos de Enfermagem, os resultados da NOC são selecionados para medir o impacto das intervenções implementadas.

Zhang (2018, p.1), num estudo de análise de conceito do Funcionamento Familiar no contexto da presença de doença no seio familiar, descreve que funcionamento familiar neste contexto é definido pela “qualidade da comunicação entre os membros, ao desempenho dos papéis familiares, a aceitação de rotinas e procedimentos familiares, bem como a forma como utilizam estratégias de *coping*, se adaptam ao *stress* e se relacionam entre si”. No estudo, os conceitos de resiliência familiar e *coping* familiar foram identificados como relacionados ao funcionamento familiar, partilhando alguns atributos semelhantes. Assim o autor conclui que intervenções de Enfermagem direcionadas para fortalecer a resiliência e o *coping* familiar podem favorecer diferentes dimensões do funcionamento familiar.

Tendo por base esta evidência, no âmbito da intervenção familiar planeada, os indicadores de resultados NOC selecionados foram o “Funcionamento familiar”, “Resiliência Familiar” e “*Coping* Familiar”.

Estes indicadores encontram-se igualmente recomendados em Sampaio, Martins et al. (2023) como instrumento de avaliação da Intervenção Psicoterapêutica promotora do processo familiar.

Segundo Moorhead et al. (2020) o “Funcionamento Familiar” consiste na “capacidade de uma família em atender às necessidades de um dos seus membros, durante as transições de desenvolvimento” (Moorhead et al., 2020, p.380); a “Resiliência Familiar” consiste na “capacidade de uma família de se adaptar e funcionar positivamente após adversidade ou crise significativa” (Moorhead et al., 2020, p.474) e o “*Coping* Familiar” consiste “na capacidade da família para gerir stressores que sobrecarregam os recursos da família” (Moorhead et al., 2020, p.334)

Relativamente à avaliação do “*Coping* Familiar” optámos pelo indicador de resultado NOC, por não ter obtido autorização dos autores para a utilização do Inventário de Estratégias de *Coping* Familiar F-COPES (McCubbin, Olson & Larsen (1981) adaptada para a população portuguesa por C. F. Martins, 2008).

O processo de **diagnóstico diferencial** consiste na decisão do enfermeiro sobre qual Diagnóstico de Enfermagem é mais apropriado para o indivíduo, família ou grupo, considerando os dados

disponíveis naquele momento e fundamentando-se nos critérios e terminologias propostas pelos diversos modelos e taxonomias de Enfermagem. Desta forma, os dados considerados relevantes orientam a seleção de um diagnóstico em detrimento de outro (R. P. Silva, 2013).

Segundo o ICN (ICNP browser, 2019), o Processo Familiar [PF] é definido como “processo de desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre os membros da família”. De acordo com Hanson (2005) para identificar o diagnóstico de PF comprometido é necessária a identificação de dados relevantes nos domínios da alteração de papéis, comunicação, poder, tomada de decisão, satisfação conjugal e nas estratégias de *coping*.

De modo a possibilitar ao EEESMP um diagnóstico diferencial aprimorado e efetivo, importa conhecer a definição conceptual atual dos diagnósticos relativos ao PF presentes nas diferentes taxonomias estandardizadas de enfermagem. Essa conceptualização encontra-se apresentada no Anexo II.

No que se refere à Ontologia de Enfermagem, Bastos e colaboradores (2022), no seu estudo qualitativo inferencial de âmbito nacional, constataram, diferente do que seria expectável, pouca visibilidade da família como cliente de cuidados, bem como ausência de representação dos referenciais teóricos de enfermagem que suportam o conhecimento da disciplina, salientando que os resultados da sua pesquisa inferem uma abordagem à família, predominantemente concebida como um contexto de cuidados. Assim, nesta representação formal do conhecimento de enfermagem, ainda não se encontram integrados a totalidade dos conteúdos inerentes à Família, como cliente de cuidados. Os autores, no âmbito da família, identificaram e formalizaram apenas alguns domínios e foi, igualmente, consensualizado pelos mesmos o enquadramento da família na Ontologia de Enfermagem, como Processo Familiar, um nó conceptual que inclui outros diversos domínios, embora com menor nível de abstração. (Bastos et al., 2022).

Os Diagnósticos de Enfermagem do âmbito do PF, representados na Ontologia de Enfermagem (ESEP, 2023), encontram-se sumarizados no Anexo I.

De acordo com J. C. Carvalho (2012, p. 56), uma “**intervenção de enfermagem** é uma ação realizada por um enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem e que tem potencial para facilitar os processos de transição que o cliente e/ou família vivenciam”, quer por diminuição de sintomas ou pela capacitação do indivíduo/ família para enfrentar determinada situação.

Atendendo ao ciclo vital da família, e às estruturas afetadas, o EEESMP mobiliza-se enquanto instrumento terapêutico e recurso, e desenvolve intervenções de enfermagem autónomas dirigidas aos diagnósticos de ESMP neste âmbito de atuação singular, nos diferentes níveis de intervenção, desde a promoção da saúde e prevenção da doença até à intervenção perante a perturbação já instalada e sua reabilitação psicossocial. Por forma a distinguir a sua prática especializada da

enfermagem de cuidados gerais e das restantes áreas de especialidade, é detentor de determinadas competências específicas que lhe conferem uma “*saber profissional*” único que inclui diferentes modalidades de intervenção, simples e complexas, especializadas neste âmbito (DR, Reg. nº 512/2018).

Assim, perante um diagnóstico de enfermagem no âmbito da família, cabe ao EEESMP avaliar qual o nível de intervenção familiar necessário e optar pela modalidade de intervenção que considere mais ajustada a cada contexto e/ou necessidade específica da família (Sequeira & Sampaio, 2020). Apresentamos de seguida a Figura 1, que ilustra as intervenções especializadas do EEESMP na abordagem à família, de acordo com os diferentes níveis de intervenção.



Figura 1 - Modalidades de intervenção especializada do EEESMP em diferentes níveis de intervenção

3.1.5.1. Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental da Família

Em Portugal, os estudos mais recentes apontam para uma inadequada e problemática LSM em quase 50% da população, corroborando os resultados internacionais (Sampaio, Pereira et al., 2023). Não existem recomendações ou orientações internacionais na área da LSM que obedeçam a um único modelo de atuação, contudo nas políticas internacionais e recomendações da WHO (2022c) há consenso a favor da intervenção precoce, tanto na promoção do bem-estar emocional, desenvolvimento de competências e recursos internos, como ao nível da prevenção da doença em grupos com vulnerabilidade acrescida (Sampaio, Pereira et al., 2023).

O Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde, 2017) assume a LSM como um ponto básico, destacando como objetivos (Sampaio, Pereira et al., 2023, p16): “1) desenvolver ações de prevenção da doença mental, de promoção da saúde mental e combate ao estigma, na população adulta e na infância e adolescência e 2) realizar ações de sensibilização, informação e de formação dirigidas à população em geral, profissionais envolvidos, clientes e família”.

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho (como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023, p. 16):

“os enfermeiros promovem a LSM dos indivíduos, famílias e grupos, aumentando o seu nível de conhecimento e habilidades, e capacitando-os para tomarem medidas promotoras de

saúde, alterando estilos de vida e condições de vida e, simultaneamente, melhorando as suas competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a autoestima, o sentimento de controlo e autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e as estratégias de *coping*”

De acordo com Sequeira e Sampaio (2020), a intervenção promotora de LSM pode ser aplicada individualmente ou em grupo, recomendando-se que os grupos sejam constituídos com base em critérios de homogeneidade. Sousa e colaboradores (2016, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020) preconizam um procedimento-base, passível de adaptação pelo EEESMP, para a intervenção. Sugerem que esta deva incluir três a seis sessões, de preferência com periodicidade semanal, incluindo, preferencialmente, três momentos de avaliação: inicial, final e *follow-up*. Cada sessão deve ter uma duração entre 45-90 minutos. Como recursos são sugeridos: sala com cadeiras, computador e videoprojector, panfleto informativo e recursos didáticos específicos de acordo com os conteúdos ministrados.

Esta modalidade de intervenção quando aplicada à família, dependendo do contexto que motiva a intervenção, pode abordá-la no seu global, como cliente de cuidados ou como contexto.

3.1.5.2. Intervenção Psicoeducativa Familiar

O diagnóstico de uma perturbação mental grave por parte de um dos membros familiares é um evento gerador de *stress*, sobrecarga e de desgaste físico, mental e psíquico que influencia a própria PNCSM, os restantes membros da família, bem como a família como sistema global. Implica um processo de transição individual de cada um dos membros com impacto significativo no sistema familiar como um todo, obrigando a novas dinâmicas e adaptação do percurso e expectativas familiares (Alves et al., 2018; J. C. Carvalho, 2012; Cheng et al., 2020; Paninho et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020; Wan & Wong, 2019).

Perante um cenário de diagnóstico de perturbação mental, uma das modalidades de intervenção preconizada é a Intervenção Psicoeducativa Familiar, que está englobada na tabela de competências específicas do EEESMP (DR, Reg n.º 356/2015 e Reg. n.º512/2018) e se constitui como intervenção de relevo, no que concerne à redução do impacto negativo desta condição grave para a PNCSM (redução do risco de recaídas e/ou internamento, maior adesão ao regime terapêutico e reabilitação psicossocial) e restante família (redução de níveis de *stress* e sobrecarga familiar, redução dos níveis de Emoção Expressa [EE], prevenção de adoecimento mental e promoção da saúde mental dos familiares envolvidos) (M. Martins et al., 2021; Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2015).

Trata-se de uma intervenção centrada na Família como contexto e, simultaneamente, como alvo de cuidados, tomando como cliente quer a PNCSM, quer a família como um todo.

A Intervenção Psicoeducativa Familiar é recomendada no *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (M. Martins et al., 2021) e no *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da LSM* (Sampaio, Pereira et al., 2023). Esta intervenção presume-se como parte integrante do regime terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020), baseia-se num modelo pedagógico participativo que combina a transmissão de informação e discussão sobre a mesma e é uma intervenção delimitada no tempo, sequencial e focalizada em objetivos bem definidos. Entre os seus principais objetivos, destacam-se: aumentar o conhecimento sobre a perturbação mental, o regime terapêutico e a prevenção de recaídas; promover estratégias de resolução de problemas, comunicação e *coping*; capacitar os membros da família para o papel de cuidadores; fomentar comportamentos adaptativos na relação com a PNCSM; reduzir o *stress* e a sobrecarga dos familiares cuidadores [FC]. Além disso, visa criar e fortalecer redes de suporte social, tanto formais quanto informais (M. Martins et al., 2021; Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2015). Relativamente ao *setting*, a intervenção pode ser realizada em vários locais e cabe ao EEESMP optar pelo local mais adequado a cada caso: desde o domicílio da família, nos cuidados de saúde primários, no hospital de referência ou noutra local da comunidade (Sequeira & Sampaio, 2020).

O número de sessões habitualmente varia entre seis e doze, com periodicidade semanal, estando prevista uma duração entre três e seis meses para cumprimento do programa de intervenção completo. Posteriormente poderão ser propostas sessões de seguimento (*follow-up*) com periodicidade mais espaçada, até completar os dois anos de acompanhamento inicial, preconizado na literatura (M. Martins et al., 2021; Sequeira & Sampaio, 2020). Idealmente as sessões são conduzidas por um terapeuta e um coterapeuta, podendo ser realizadas exclusivamente por EEESMP ou incluir profissionais de outras áreas (M. Martins et al., 2021; Sequeira & Sampaio, 2020 & Townsend, 2015). Os participantes devem incluir todos os membros do agregado familiar, com mais de 16 anos de idade, sem défices físicos ou mentais que possam interferir com o desenvolvimento das sessões. Todos os participantes devem assinar o consentimento informado (M. Martins et al., 2021).

De acordo com Sequeira e Sampaio (2020) e McFarlene e colaboradores (2003), as sessões de Intervenção psicoeducativa familiar centradas na gestão da doença têm grande eficácia e podem diferir: no formato (multifamiliar, unifamiliar, só dirigida a familiares ou modelos mistos, incluindo a integração da PNCSM); na estrutura (incluindo ou não o membro portador de perturbação mental); na duração e intensidade do tratamento e no contexto (hospitalar ou comunitário). Os diferentes formatos de intervenção familiar encontram-se evidenciados no Anexo III. Segundo Sequeira e Sampaio (2020), baseando-se em várias meta-análises acerca deste tema, o formato que é considerado mais eficaz é o multifamiliar, pois para além da aquisição de conhecimentos, este formato permite ainda maior empatia e partilha de experiências emocionais entre pares.

3.1.5.3. Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar

Wright e Leahey (2012) defendem que é indicada uma intervenção a nível da família, sempre que um membro da família apresente um problema, que possa ter impacto nos outros membros e caso a família concorde com a mesma. A avaliação da dinâmica, funcionamento e relações familiares do sistema familiar como um todo, minimiza o impacto negativo da doença ou outro evento crítico no ciclo vital, tornando os familiares mais resilientes, capacitando-os e promovendo o seu empoderamento (Alves et al., 2018; J. C. Carvalho, 2015).

Tendo em consideração o conceito de PF, é fácil de compreender que a promoção do PF é uma modalidade de intervenção necessária ao longo de todo o ciclo vital das famílias e se aplica com vista a facilitar o funcionamento da unidade familiar, enquanto cliente coletivo e promoção da saúde e bem-estar dos seus membros (Butcher et al., 2020).

Esta intervenção encontra-se recomendada no *Guia de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica da OE* (Sampaio, Martins et al., 2023) e coaduna-se com as indicações do Regulamento nº 512/2018 no que concerne às competências específicas do EEESMP (DR, Reg.n.º 512/2018; (Sampaio, Martins et al., 2023).

O objetivo desta intervenção segundo Sampaio, Martins e colaboradores (2023, p. 91) consiste em “minimizar os efeitos disruptivos do processo familiar desencadeados por qualquer situação que o coloque em causa: crise, conflito, dificuldade de comunicação, tensão nas transições do ciclo de vida das famílias, sobrecarga familiar, entre outras”.

Como contraindicações encontram-se destacadas (Sampaio, Martins et al., 2023, p. 92): “a agressividade expressa (sendo perceptível medo, intimidação ou incapacidade de expressão); abuso físico e sexual; Incesto; Violência doméstica e/ou recusa de todos os elementos da família em participar”.

Tratando-se de uma intervenção psicoterapêutica pressupõe que assenta no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Sampaio et al., 2017), conforme as premissas indicadas em Sampaio, Martins e colaboradores (2023, p. 20):

“assenta integralmente em sistemas de linguagem classificada em Enfermagem, incluindo NANDA-I (Herdman et al., 2021, 2024), Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (ICN, 2019), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Butcher et al., 2020) e Classificação dos Resultados em Enfermagem (NOC) (Moorhead et al., 2020). É uma abordagem psicoterapêutica integrativa de curta a média duração (três a doze sessões), com duração entre 45-60 minutos/ sessão e baseia-se nos dados obtidos numa sessão de avaliação prévia”.

Como esta intervenção psicoterapêutica específica tem um referencial sistémico, deve estar baseada num modelo de avaliação e intervenção familiar. No caso do presente relatório a escolha recaiu, conforme já mencionado, sobre o MCAIF (Wright & Leahey, 2012). Trata-se de uma intervenção sequencial e a sua estruturação e planeamento exige um trabalho de adaptação constante e dinâmico por parte do EEESMP, por forma a corresponder às necessidades específicas de cada família.

Segundo Corey (2017), a abordagem sistémica permite uma compreensão mais abrangente das pessoas e da família como um todo, por ser possível aceder à forma como estas interagem umas com as outras. O autor destaca algumas vantagens comparativamente à abordagem individual: indagação das regras e PF ao invés da procura diagnóstica inicial no caso da intervenção individual; presenciar e analisar o contexto no qual a vivência real acontece em vez de detalhar as causas e outras questões associadas aos problemas; permite uma perspetiva mais abrangente das regras familiares, de questões culturais e transgeracionais e permite igualmente conhecer o padrão de interação com os sistemas mais amplos que influenciam o sistema familiar global, permitindo um trabalho de adaptação ao contexto existente.

Com o intuito de determinar o Estado de Arte no que se refere a esta intervenção específica – Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar – foi realizada uma revisão abrangente da literatura dos últimos anos, através da consulta de agregadores de bases de dados *PubMed*, *SCOPUS*, *ScienceDirect* e *EBSCO host* (cedida pela ESEP), incluindo as bases de dados *CINAHL Ultimate*, *MEDLINE Ultimate*, *MedicLatina*, *Psychological and Behavioral Sciences Collection* e também buscas específicas em páginas dedicadas a revistas científicas de destaque no âmbito da temática Família como é o caso do *Journal of Family Nursing*. Esta pesquisa incluiu, igualmente, a consulta de repositórios científicos e académicos, no sentido de confirmar a produção científica nacional, como por exemplo o RCAAP e repositórios institucionais como é o caso do Repositório científico ESEP e Veriati –Repositório da Universidade Católica Portuguesa.

Na pesquisa efetuada não foi possível encontrar nenhum estudo ou trabalho científico sobre esta Intervenção específica, com esta denominação. Porém, foi encontrado um corpo robusto de artigos/ estudos internacionais dos últimos anos, com maior enfoque nos últimos cinco anos, descrevendo intervenções Familiares de Enfermagem com referencial sistémico, assentes no MCAIF, que revelam resultados significativos e promissores quer para os membros (incluindo membros com Perturbação mental), para a Família como um todo e para os Enfermeiros. Alguns dos benefícios mostrados nos resultados revelam: melhoria de quadros sintomáticos e funcionamento psicossocial por parte de PNCSM (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011; Hsiao et al., 2022; Kavitha et al., 2022; Padmavathi et al., 2021); reaproximações de membros familiares afastados e melhor e mais íntimo relacionamento interpessoal entre os membros (Aass et al., 2020; Holst-Hansson, et al., 2020; Sveinbjarnardóttir & Svavarsdóttir, 2019); melhoria no padrão de comunicação familiar, incluindo

uma comunicação mais honesta entre os elementos (Aass et al., 2020; Holst-Hansson et al., 2020; Padmavathi, et al., 2021; Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019); redução dos níveis de Emoção Expressa (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011; Padmavathi et al., 2021); melhoria dos níveis de funcionamento familiar (Azcárate-Cenoz et al., 2024; Broekema et al., 2020; Padmavathi et al., 2021); melhoria do *coping* familiar (Hsiao et al., 2022; Rothausen et al., 2023); melhoria do suporte familiar percebido (Aass et al., 2020; Azcárate-Cenoz et al., 2024; Holst-Hansson et al., 2020; Svavarsdottir & Gísladóttir, 2018; Sveinbjarnardottir et al., 2013); melhoria da resiliência familiar (Chi et al., 2024); maior senso de autoeficácia dos cuidadores na prestação de cuidados ao membro familiar (Broekema et al., 2020; Iswanti et al., 2024); maior procura de ajuda e suporte social (Hsiao et al., 2022); redução do stress e sobrecarga familiar (Broekema et al., 2020; Hsiao et al., 2022; Padmavathi et al., 2021; Sari et al., 2023) e maior sentido de pertença, união familiar e redução da solidão ou isolamento (Holst-Hansson, et al., 2020). São ainda salientados benefícios para enfermeiros e outros profissionais de saúde, como uma relação terapêutica mais próxima, aproximação familiar mais positiva e melhoria da relação interprofissional, aquando de uma intervenção conjunta (Goumoëns et al., 2022). Como limitações principais encontradas nesta revisão, surgem: a diversidade na estrutura da intervenção com formatos, tipos, durações e métodos variáveis e a heterogeneidade dos instrumentos de avaliação utilizados, assim como variedade de critérios e *timings* de avaliação.

Apesar destas limitações, a intervenção familiar com referencial sistémico parece ser segura e benéfica para os participantes e para o sistema familiar global, estando o EEESMP, dado a sua tabela de competências específicas, habilitado para a executar de forma estruturada e baseada em evidência científica válida e referenciais teóricos de Enfermagem, nos diferentes contextos da sua prática clínica.

4. PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Neste capítulo, serão caracterizados, de forma sucinta, os contextos clínicos e, em cada contexto, será incluído ainda um Esquema-Matriz das Intervenções realizadas, proporcionando uma visão esquemática do percurso desenvolvido. Adicionalmente, serão descritas detalhadamente as intervenções e outras atividades realizadas, abrangendo a avaliação de necessidades, a atividade diagnóstica efetuada, a descrição da intervenção propriamente dita, bem como a análise dos resultados obtidos, com ênfase na avaliação da sua eficácia.

4.1. “Dentro de Portas” - Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

O primeiro momento de estágio do Módulo II do MESMP foi desenvolvido em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda (Internamento), no período decorrido entre o dia 16 de setembro e o dia 18 de outubro de 2024.

4.1.1. Caracterização do Contexto Clínico

Este momento do estágio, decorreu num Serviço de Internamento de Pessoa em situação aguda, pertencente a uma Instituição do SNS da zona norte do país.

O serviço de internamento onde decorreu o estágio, está especialmente dedicado a garantir o acesso a cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental à população adulta da sua área de atuação e, para garantir o objetivo a que se propõe, assenta em três eixos de atuação. São estes: um eixo dedicado aos cuidados de saúde primário (colaboração com as estruturas da comunidade), outro eixo dedicado ao internamento da pessoa em situação aguda e, por fim, outro eixo de intervenção na comunidade (Equipa de Intervenção Comunitária). Nos estágios realizados (módulos I e II), apenas tive contato com o eixo do internamento e com o eixo de intervenção comunitária.

No internamento pude observar que os objetivos centrais são: o diagnóstico, a intervenção terapêutica, a promoção da adesão a um projeto terapêutico, o reforço da autonomia (centrado no paradigma *Personal Recovery*), a integração social do indivíduo e o trabalho da EE dos familiares.

Trata-se de um serviço misto com uma equipa multidisciplinar que procura dar resposta às necessidades individuais dos clientes internados. A Equipa de Enfermagem encontra-se subdividida em três subequipas, permitindo que a cada cliente seja atribuído a uma equipa de referência, que é responsável pela gestão dos cuidados de saúde mental prestados ao mesmo. Geralmente esta equipa fica definida aquando da admissão e acolhimento do cliente no serviço.

Os diagnósticos médicos mais comuns no serviço são: Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas, Perturbações Afetivas e do Humor, Perturbações da personalidade e as Perturbações Neurocognitivas, incluindo as Demências. Os diagnósticos de Enfermagem mais frequentemente identificados no serviço são: humor depressivo, ansiedade, ideação suicida, delírio, alucinação, autoconceito comprometido, memória comprometida, comportamento autodestrutivo e comportamento agressivo.

Existem, neste serviço, algumas atividades interdisciplinares semanais.

No âmbito do Plano de atividades do serviço, existe um Programa de “Psicoeducação e Gestão da Psicose” e Grupos de Ajuda mútua. Ambas atividades ocorrem com abordagem bimodal: dirigido às PNCSM e familiares, de modo separado.

Por forma, a cumprir os objetivos propostos para este contexto foram desenvolvidas atividades, as quais se encontram representadas, de forma sumária, no seguinte Esquema-Matriz da Intervenção (Figura 2):



Figura 2 - Esquema-Matriz de intervenção no Contexto de Internamento de PNCSM em fase de descompensação clínica aguda

De seguida, passamos à descrição de cada uma das intervenções desenvolvidas neste contexto.

4.1.2. Intervenções desenvolvidas

Em alinhamento com a evidência científica, anteriormente explanada, e com vista à realização de uma avaliação de necessidades rigorosa, baseada na realidade *in praxis*, procurámos, durante o

estágio, estabelecer um contacto próximo e contínuo, não apenas com as PNCSM internadas, mas também com os seus familiares. Promovemos, sempre que possível, o seu envolvimento no plano terapêutico estabelecido, assegurando a disponibilização de informações relevantes no âmbito da Enfermagem, com o objetivo de esclarecer dúvidas e otimizar o cuidado prestado. Para tal, deslocávamo-nos à sala de espera (exterior ao serviço) nos horários de visita, onde nos apresentávamos e nos disponibilizávamos para prestar apoio, promovendo um ambiente de maior proximidade e acolhimento. Em algumas situações, realizámos também contactos telefónicos, a partir do serviço, aos familiares que não compareciam às visitas, tanto para recolher informações adicionais sobre a PNCSM e a sua dinâmica familiar, como para disponibilizar apoio ou simplesmente proporcionar um espaço para que expressassem os seus sentimentos ou necessidades não atendidas. Essa escuta ativa possibilitou uma maior aproximação e, segundo relatos de alguns familiares, constituiu-se como uma ajuda efetiva, incentivando visitas subsequentes aos seus entes internados.

Participámos ainda na caminhada mensal, integrada no programa disseminado a nível mundial “*Walk with a Doc*” (caminhada com o médico), organizada por uma USF das proximidades para os seus clientes e que tem parceria estabelecida com serviço onde decorreu o estágio, envolvendo profissionais, PNCSM e seus familiares. Esta participação tem como objetivo não apenas promover a atividade física como uma estratégia de autocuidado salutogénica para as PNCSM e seus familiares, mas também, e sobretudo, constituir-se como uma estratégia eficaz no combate ao estigma social das perturbações mentais. Iniciativas deste tipo são altamente recomendadas na literatura atual no que concerne ao combate ao estigma social ainda experienciado pelas PNCSM e seus familiares (Rocelli et al., 2024; WHO, 2022b).

Uma vez que o serviço em questão integra, no seu plano de atividades, outros projetos dirigidos às PNCSM e seus familiares, aproveitámos também esta oportunidade para enriquecer a experiência de estágio e, conseqüentemente, o nosso processo de aprendizagem. Assim, tivemos a possibilidade de assistir e/ou intervir nas sessões de Psicoeducação – “*Psicose*” e no Grupo de Ajuda Mútua (GAM), optando, por premência da TT em apreço, pela modalidade dirigida aos familiares.

Mantivemos, em todos os momentos, uma visão de enfermagem centrada na PNCSM e simultaneamente na sua família, quer como contexto, quer como alvo de cuidados.

Conforme apresentado no esquema matriz, realizámos várias intervenções e atividades durante o estágio, assentando todas elas em necessidades reais identificadas, durante este contato de proximidade e acompanhamento nos diferentes momentos e contextos em que pudemos participar.

De seguida, iremos discriminar as intervenções realizadas, separando por intervenção/ atividade, na tentativa de facilitar a compreensão do leitor.

➤ *Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar, baseada no MCAIF - ESTUDO DE CASO FAMILIAR*

Esta intervenção ficou definida no projeto elaborado, para o contexto de internamento, como Atividade Central a realizar. O formato de intervenção escolhido foi o Unifamiliar e o alvo de intervenção a Família de uma PNCSM internada, incluindo a participação da mesma. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para a seleção da Família a intervir: conhecimento de escrita e leitura na língua portuguesa, capacidade cognitiva e de comunicação, participação voluntária e consentida. Como critérios de exclusão foram definidos: agressividade expressa e recusa dos membros da família em participar.

A família selecionada era constituída pela filha internada e pelos seus pais, de origem brasileira.

● *Avaliação de Necessidades*

A filha Sra. J., de 38 anos, solteira, com vários cursos superiores, a trabalhar remotamente na área do Marketing após término do seu MBA. Vive em Portugal há quatro anos, internada no serviço em regime de internamento involuntário (por risco de depleção de património próprio), com diagnóstico médico provável e inaugural de Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) tipo um e apresentava o seu primeiro episódio maníaco. Como antecedentes de saúde teve diagnóstico médico de Depressão durante a adolescência e tinha consumo mantido de substâncias (canábis). Tratava-se do seu primeiro internamento hospitalar no contexto de saúde mental e aquando da admissão no serviço não revelava *Insight* para a sua condição clínica e apresentava sintomatologia diversa: delírio de grandeza (sob a forma de exagero de realidade) ao qual estavam associados gastos monetários excessivos, descuido da aparência pessoal, taquipsiquismo e hostilidade latente. Tinha iniciado sintomatologia aguda e exacerbada cerca de um mês e meio antes do internamento, mas apesar de todos os esforços realizados pelos seus pais nos serviços de saúde e autoridades competentes, só há 17 dias tinha sido emitido o mandado de condução judicial.

Os seus pais eram presença diária em todas as visitas e apercebemo-nos, aquando da nossa presença na sala de espera, que, na fase em que a cliente já se encontrava numa fase de maior estabilização clínica, especialmente do ponto de vista do seu humor, que mantinha vários episódios de discurso hostil e acusatório dirigido à mãe, principalmente motivados pela incompreensão relativa ao motivo e forma de internamento. A mãe respondia tentando explicar a necessidade de internamento e, algumas vezes, também em tom acusatório. O pai assistia a este padrão de comunicação circular entre mãe e filha, mantendo-se em silêncio o tempo todo.

T. Correia (2018) aponta que as PNCSM percebem as medidas involuntárias como restrições à autonomia, gerando sentimentos de exposição e vulnerabilidade. O estudo destaca que experiências negativas no internamento involuntário podem causar insegurança, impacto no

autoconceito, reserva nas relações sociais e comprometimento dos papéis sociais. Por outro lado, Lekoadi e colaboradores (2019), destacam que a presença de PAB na família tem um forte e negativo impacto sobre o seu funcionamento familiar.

Ora, perante estes dados colhidos por observação e confirmados na evidência científica, foi proposta avaliação e intervenção familiar, que todos os membros familiares aceitaram. Porém, o pai da cliente fez questão de salientar que em toda a sua vida sempre recusou qualquer terapia, aceitando esta intervenção unicamente por “Amor à minha filha” (sic), fato que a filha, manifestamente emocionada, agradeceu e elogiou. Para surpresa dos pais, a cliente pediu inclusive que estes entrassem em contato com o seu irmão (também com diagnóstico de PAB), que vive em Espanha, e com quem estaria de relações cortadas e sem contato há três anos, após uma zanga (relação desde sempre conflituosa). Porém, aquando contato dos pais, o irmão declinou o convite, não aceitando a participação. Koenders et al. (2020) indicam que famílias com PAB apresentam mais conflitos, menor coesão e maior desorganização estrutural em comparação com famílias de controle, sendo a baixa coesão especialmente evidente nas fases iniciais, aquando diagnóstico inaugural.

- *Atividade diagnóstica*

Realizámos primeiramente entrevistas clínicas semi-estruturadas individuais a cada elemento.

No caso da filha, apesar de já não apresentar sintomatologia heteróloga exacerbada e taquipsiquismo no momento da entrevista, estar mais calma, com discurso aparentemente coerente e lógico, mantinha alguma pressão no discurso (fluxo acelerado) e não aceitação do diagnóstico médico de PAB. Desta forma, aplicámos a Escala *Mini Mental State Examination*, onde obteve um score 30 para o seu nível de Ensino Superior, revelando que a cognição estava intata, cumprindo os critérios de inclusão para a intervenção.

As entrevistas individuais exploraram antecedentes pessoais e familiares, o conhecimento sobre a situação clínica do familiar internado e a perceção das emoções pessoais e do funcionamento familiar, na perspetiva individual de cada um dos membros. Durante as entrevistas foi solicitada a assinatura de consentimento informado (Anexo IV), bem como o preenchimento de um breve questionário sócio-demográfico e da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão familiar – FACES-IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017). Os resultados obtidos da avaliação inicial encontram-se apresentados no Anexo VI.

A mãe, Sra. E., mulher de 68 anos de idade, reformada com antecedentes médicos de Diabetes *mellitus* e PAB tipo um há cerca de 40 anos, estava medicada com Lítio (tinha vigilância médica apenas pela médica de família), sem agudização da doença há cerca de 15 anos. O pai Sr. C., com 69 anos de idade, estava reformado e tinha como antecedentes - Insónia, encontrava-se medicado

com Trazodona (que retomou no âmbito deste episódio de internamento da sua filha). Os pais há 12 anos vieram para Portugal (têm casa própria), mas enquanto a mãe alterna períodos em Portugal com viagens pelo mundo e períodos passados no Brasil, o pai passa a maior parte do tempo no Brasil, passando apenas algumas temporadas em Portugal. Assim o próprio casal passava apenas alguns meses por ano juntos. Ambos se apresentavam preocupados relativamente à situação clínica da filha e ao seu futuro, inclusive no que concerne aos consumos esporádicos de canábis e possível disfuncionalidade. Ambos verbalizam ansiedade e referem “exaustão emocional” (sic) depois deste mês de adoecimento da sua filha. Importa aqui relembrar que o irmão da cliente tem igualmente diagnóstico de PAB tipo um, embora se encontre atualmente medicado, em período de estabilização da doença.

Estes achados vão de encontro à evidência, onde é destacado que os familiares de PNCSM com diagnóstico médico de PAB enfrentam desafios significativos que podem conduzir a um estado de sobrecarga emocional (Baruch et al., 2018). É ainda salientado que a PAB tem uma forte base genética, sendo que o fator de risco mais robusto para PAB se relaciona com a história familiar, especialmente em familiares de primeiro grau (Firmino et al., 2019; Scott, et al., 2023).

De modo a completar a atividade diagnóstica, foi então marcada a sessão um, correspondente à sessão de Avaliação familiar global, baseada no MCAF. Esta sessão serviu essencialmente para caracterizar o funcionamento familiar e para, presencialmente, poder observar a dinâmica de interação entre os membros.

O Domínio de Enfermagem explorado nesta entrevista foi, sobretudo, o PF, tendo-se explorado, concomitantemente, o conhecimento que detinham sobre o processo de transição saúde – doença e, simultaneamente, sobre a PAB especificamente. Foi também importante analisar, colaborativamente com a família, quais as diferenças e semelhanças culturais (família de origem brasileira), no caso de doença no seio familiar, de modo a atender a essas eventuais necessidades específicas. Não foram identificadas diferenças valorizáveis.

A sessão ocorreu presencialmente num gabinete dentro do próprio serviço, com a presença de todos os membros da família. Consistiu numa entrevista familiar orientada pelo MCAF, abrangendo as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família. Durante a sessão, foram elaborados, em conjunto com a família, o genograma e o ecomapa familiar, as intervenções foram sobretudo a escuta ativa e questionamento (perguntas diretas e circulares) para obtenção do máximo de informação, sendo igualmente observada a comunicação não verbal dos membros, tal como os seus comportamentos e interação. Um exemplo revelador de informação sobre a dinâmica familiar, foi a ausência de rotinas familiares, como as refeições, que não são realizadas em conjunto. Partilham o mesmo local (por exemplo, a sala), mas a filha come no sofá, o pai na mesa e a mãe enquanto conversa ao telemóvel.

A esposa apresentava-se sentada, com discurso apressado, enquanto a filha alternava entre períodos em que estava sentada com períodos de deambulação pela sala, inquieta, também com fala acelerada. Ambas mantinham um padrão de comunicação circular constante, interrompendo inclusive o pai, que permanecia de braços e pernas cruzados, revirando o olhar em aparente indignação. Após ser novamente interrompido ao responder a uma pergunta, questionámo-lo sobre como se sentia com estas interrupções. Enquanto mãe e filha continuavam a falar, mantivemos o silêncio, o que as fez perceber a intensidade do discurso e pedir desculpa. O pai expressou “sou voto vencido” (sic) na família, “desisto de falar, pois nunca sou ouvido” (sic) e “isso incomoda-me” (sic). Quando solicitado a sugerir uma estratégia que pudesse ajudá-lo nestas situações, não soube responder. A filha propôs que ele sinalizasse antes de falar: “Vou falar. Agora ninguém interrompe!”. A esposa sugeriu que, caso precisassem de interromper em caso de “necessidade extrema”(sic), dessem um toque na perna e pedissem licença. O pai aceitou experimentar, e, ao longo da sessão, mãe e filha passaram progressivamente a ouvi-lo mais atentamente, antes de falar.

Nesta sessão foram ainda aplicados os Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” e “Resiliência Familiar”. A seleção dos primeiros indicadores de resultado NOC teve como objetivo aprofundar a compreensão do funcionamento familiar global, a principal dimensão abordada pela intervenção familiar segundo o MCIF. A obtenção dessa informação permitiria direcionar a intervenção para as necessidades efetivas da família. O indicador NOC “Resiliência Familiar” foi escolhido devido à natureza do internamento hospitalar, que representa uma transição situacional e, simultaneamente, uma transição saúde-doença para um dos membros da família. Esse evento impacta todo o sistema familiar, tornando essencial a compreensão da capacidade de adaptação da família diante dessa adversidade. Além disso, Zhang (2018) destaca que intervenções de Enfermagem voltadas para o fortalecimento da resiliência familiar podem favorecer diferentes dimensões do funcionamento familiar. A escolha desses instrumentos de heteropreenchimento também visou minimizar a sobrecarga dos familiares, evitando a necessidade de preenchimento adicional de escalas. Os resultados iniciais obtidos através do preenchimento dos Indicadores NOC encontram-se apresentados no Anexo VI.

Alguns dos estudos debruçados sobre o funcionamento familiar, no contexto do internamento de uma PNCSM com diagnóstico médico de PAB, recorreram à FACES (versão II) (O'Donnell et al, 2020; Zhang, 2018) e ao indicador de resultado NOC “Funcionamento Familiar” (Lee et al., 2016). A utilização destes instrumentos de avaliação permitiu avaliar o impacto da intervenção familiar na dinâmica familiar, evidenciando a sua fiabilidade e relevância na monitorização e promoção do funcionamento familiar.

No final da sessão foram ainda estabelecidos os *objetivos para a intervenção*, definidos pelos próprios membros: melhorar a comunicação familiar e o respeito pela individualidade do outro, obter informações sobre a perturbação e recursos comunitários disponíveis. A mãe salientou que gostaria

de conseguir, através da intervenção, que a filha tivesse *Insight* para a condição e aceitasse o diagnóstico médico, mas explicámos que este não seria um objetivo realista, pois era necessário tempo de adaptação e melhoria clínica que não estava unicamente dependente desta intervenção. Procuramos com a explicação ajustar as suas expetativas à realidade.

Segundo Wright e Leahey (2012), identificar os pontos fortes da família em paralelo à identificação dos problemas, oferece uma visão equilibrada e impede que os enfermeiros se foquem apenas nos problemas, centrando-os assim no sistema familiar como entidade dinâmica que integra diferentes dimensões. No quadro (Quadro 1), apresentado de seguida, encontram-se as necessidades/ problemas e pontos fortes familiares identificados durante a entrevista familiar.

Quadro 1 – Necessidades/ problemas e pontos fortes familiares obtidos através da entrevista familiar

Necessidades/ Problemas identificados	
	<i>Evidência científica</i>
Comunicação familiar pouco efetiva: • EE da filha dirigida à mãe (devido à sua vivência prévia nos períodos de agudização da doença da mãe), e da mãe dirigida a filha. • <u>padrão de comunicação circular</u> mãe-filha • pai passivo, <u>constantes interrupções</u> no seu discurso	<u>Segundo Padmavathi et al. (2021):</u> • Envolvimento Familiar contínuo na PAB aumenta o risco de sobrecarga, sobretudo emocional. • Elevados níveis de EE entre cuidadores, podem duplicar ou triplicar o risco de recaídas das PNCSM, com comprometimento do seu processo de reabilitação.
Necessidade de informação: • PAB, gestão terapêutica, abuso de substâncias, técnicas de comunicação assertiva/ não violenta e recursos comunitários disponíveis, pois apesar desta perturbação estar presente há muitos anos no seio familiar, nunca tinham recebido psicoeducação sobre a mesma.	• A intervenção psicoeducativa familiar tem efeitos benéficos quer para a PNCSM, como também para o sistema familiar global. (Townsend ,2015; Sequeira & Sampaio, 2020 & M. Martins et al.,2021)
Funcionamento familiar ineficaz: • Disparidades nos resultados obtidos na <u>escala de avaliação Faces IV</u>, revelam falta de estrutura e coesão e flexibilidade familiar, sem limites ou liderança definida, ausência de rituais familiares conjuntos, com adaptabilidade comprometida. • Todos os elementos destacaram problemas de comunicação e mostraram também <u>insatisfação</u> relativamente ao seu funcionamento familiar. • <u>Indicadores NOC</u> revelaram igualmente necessidade de melhorar o funcionamento familiar bem como a sua resiliência.	
Pontos Fortes e Forças	
• “União e apoio mútuo” (sic): quando um membro atravessa momentos de dificuldade os restantes aproximam-se e estão disponíveis para ajudar.	• “Criatividade” (sic); “Amor” (sic) • Motivação para a Mudança (referida por todos os membros)

Através desta atividade diagnóstica realizada e dos dados obtidos durante a mesma, foi possível identificar os Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultado para a intervenção. Estes encontram-se apresentados no Quadro 2, apresentado de seguida:

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado identificados no estudo de caso familiar

Diagnósticos de Enfermagem	
• Processo Familiar comprometido (ICN, 2019). • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre padrão de comunicação familiar e o funcionamento familiar. • Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação de PAB e disfuncionalidade. • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso de substâncias e euforia. • Potencial para melhorar conhecimento sobre PAB e recursos comunitários existentes. • Potencial para melhorar conhecimento sobre Comunicação familiar assertiva.	
Objetivos	
Gerais • Promover suporte emocional familiar. • Promover o envolvimento familiar no projeto terapêutico da PNCSM; • Promover a manutenção do processo familiar. • Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pelo processo de transição saúde-doença da PNCSM. • Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição situacional domicílio – hospital da PNCSM. • Preparação da Alta hospitalar	Específicos • Melhorar o funcionamento familiar. • Melhorar a adaptabilidade e coesão familiar, dos membros. • Melhorar a comunicação familiar. • Melhorar a resiliência familiar. • Aumentar conhecimento sobre gestão da PAB, recursos comunitários disponíveis e suas implicações na vida familiar. • Aumentar conhecimento sobre técnicas de comunicação assertiva.
Critérios de Resultado	
• Que os membros familiares se consciencializem sobre a importância do padrão de comunicação familiar e seu impacto no funcionamento familiar. • Que os membros familiares aprendam estratégias de comunicação assertiva. • Que os membros familiares comuniquem entre si de forma mais assertiva e empática, respeitando os tempos e diferenças entre membros. • Que os membros familiares criem rituais familiares conjuntos. • Que os familiares apresentem melhoria nos resultados individuais de coesão e flexibilidade familiar, bem como na comunicação e satisfação com o funcionamento familiar (FACES IV) e nos indicadores de resultado NOC selecionados.	

No processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem, no caso clínico em apreço, tendo em consideração a natureza dos Diagnósticos de Enfermagem identificados e a evidência apresentada no enquadramento teórico deste trabalho, a modalidade de intervenção que foi considerada como sendo a mais indicada na conceção de cuidados de enfermagem à família foi a *Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo familiar, baseado no MCIF*. Os critérios para a seleção desta intervenção são apresentados no quadro seguinte (Quadro 3).

Quadro 3 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF no caso clínico

Critérios para escolha de Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF
● Diagnóstico de Enfermagem: Processo Familiar comprometido (ICN, 2019). ● Um dos membros (filha) encontra-se internado com diagnóstico médico inaugural – várias transições sequenciais e simultâneas (Transição Saúde-Doença, Transição situacional Domicílio-Hospital) que impacta os restantes membros familiares e seu relacionamento interpessoal. ● Membros familiares convocados aceitam a intervenção. ● Foi identificada necessidade de informação sobre a doença e recursos e esta intervenção prevê, na vertente cognitiva, intervenção psicoeducativa e informação sobre recursos comunitários. ● Apesar de ser verificado um padrão de comunicação circular e EE (crítica, hostilidade e sobre envolvimento) entre mãe e filha, não é perceptível medo, intimidação ou incapacidade de expressão livre por parte dos elementos familiares. ● Não há indícios ou evidência de abuso físico e sexual, incesto e/ou violência.

Reunidos os critérios para a intervenção, foram consideradas as necessidades identificadas e o tempo disponível durante o estágio. Assim, planeámos a realização de três sessões, das quais duas seriam dedicadas à Intervenção Familiar baseada no MCIF e uma destinada à avaliação final da intervenção.

Cada sessão foi planeada com uma duração aproximada de 60 minutos. Quanto à periodicidade, optámos por uma cadência semanal, permitindo à família um período adequado para a integração e reflexão sobre os conteúdos abordados, bem como a oportunidade de experimentar as estratégias aprendidas, avaliar a sua eficácia e identificar possíveis dificuldades ou ajustes necessários.

A proposta de intervenção foi apresentada à família, que demonstrou disponibilidade e aceitou participar.

A execução de qualquer intervenção de ESMP deve seguir um planeamento prévio a cada sessão (Sequeira & Sampaio, 2020). Considerando a especificidade desta Intervenção que envolve não só fatores individuais, mas também um processo complexo e dinâmico de interação sistémica, foi essencial elaborar um planeamento flexível e ajustável a eventuais mudanças emergentes ao longo das sessões. Assim, optámos por realizar um planeamento faseado, sessão a sessão, de modo a poder maximizar a adaptação às necessidades identificadas em cada momento. Apesar desta flexibilidade, foi possível definir desde o início os temas prementes a serem trabalhados ao longo das conversas terapêuticas/ sessões com esta família, sempre em alinhamento com os diferentes domínios do funcionamento familiar, de acordo com o MCAIF. O planeamento da intervenção encontra-se apresentado no Anexo V.

- *Execução da Intervenção:*

As sessões familiares foram realizadas pela estudante do MESMP como terapeuta única depois de ter aval das enfermeiras tutoras e da professora responsável pela supervisão do estágio, excetuando duas sessões em que a enfermeira tutora assumiu a posição de co-terapeuta (sessão dois e sessão final).

Relativamente ao *setting* para intervenção, este era preparado previamente a cada sessão, afastando a secretária e colocando três cadeiras lado a lado em meio círculo e a cadeira da EEESMP em posição diagonal. Dentro das possibilidades, o gabinete foi ajustado em termos de luminosidade, temperatura e decoração de modo a aumentar o conforto e proporcionar um ambiente mais íntimo e agradável. Todos os materiais necessários (canetas, papéis e materiais entregues aos familiares) eram organizados e colocados de forma acessível. Por forma a minimizar o risco de interrupções, eram informados os profissionais presentes no serviço de que iria ocorrer a sessão e qual o horário previsto.

Conforme referido por Sequeira (2016, p. 262), “para os profissionais que estão habituados a trabalhar com a pessoa individualmente, trabalhar com a família não é tarefa fácil”. Uma relação terapêutica eficaz entre o profissional e a família deve basear-se na compreensão empática, aceitação, honestidade, confiança e compromisso mútuo (Waidman, 1998, citado por Sequeira, 2016). Segundo Wright e Leahey (2012), a abordagem do enfermeiro junto à família deve ser apartidária, focar-se nos seus pontos fortes, na resiliência e na solução de problemas. Deve-se partir do princípio de que as famílias possuem recursos e capacidades para resolver os seus próprios desafios, cabendo ao enfermeiro facilitar e auxiliar nesse processo. Para isso, os autores destacam três habilidades essenciais: percetivas (capacidade de fazer observações relevantes), conceituais (atribuir significado às observações) e executivas (implementação de intervenções terapêuticas) (Wright & Leahey, 2012). Durante a intervenção com famílias, foram estes os pressupostos que tentámos incorporar na nossa atitude e prática clínica com as famílias, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica isenta de julgamento e assente em confiança empática, aceitação e compromisso mútuo.

No dia em que decorreu a primeira sessão de intervenção, a PNCSM e sua família foram informadas de que teria alta médica no dia seguinte – mantendo-se em tratamento involuntário, mas em regime de ambulatório. Assim, esta sessão foi especialmente dedicada a esta preparação da alta e regresso a casa.

De modo, a validar a possibilidade de dar continuidade à intervenção em ambulatório após a alta da cliente, foram questionadas as Enfermeiras Tutoras, Enfermeira Gestora, médico responsável da PNCSM e Direção do serviço, obtendo consentimento e autorização por parte de todos, a título excecional, desde que a família concordasse. Logo no início da sessão a família salientou que não

queria interromper a intervenção após a alta, mas que teriam disponibilidade e interesse em continuar em regime de ambulatório.

O clima no início da sessão estava tenso, os pais com uma linguagem corporal fechada (braços e pernas cruzados), inquietos e a cliente sempre a deambular pela sala. Esta última referiu que desde sempre teve dificuldade em permanecer muito tempo sentada, e que naquele momento se sentia especialmente inquieta, pelo que necessitava de continuar a deambular no decorrer da sessão. Questionámos os restantes membros se para eles haveria problema e responderam que já estavam habituados e que não os incomodava.

Durante estas sessões de intervenção orientadas pelo MCIF, entrevistamos a nível dos três domínios do funcionamento familiar: afetivo, cognitivo e comportamental.

A nível do domínio **afetivo**, foi incentivada a comunicação e partilha aberta de todos os membros sobre os seus sentimentos e preocupações pessoais. Durante a primeira sessão, devido a premência do tema alta hospitalar, foram questionadas as preocupações relativas à proximidade desta alta clínica e regresso a casa. Para tal foram sendo feitas perguntas de intervenção (lineares e circulares). Esta dinâmica permitiu que todos os membros ouvissem as preocupações dos outros membros e tenha sido ouvido relativamente às suas próprias preocupações consciencializando-os das mesmas. Respeitaram os tempos de resposta de cada membro. O pai, geralmente mais calado, foi o primeiro a falar, verbalizando, sobretudo, a sua preocupação relativa à toma da medicação, pois tinha medo de que a filha não cumprisse o regime terapêutico prescrito. Referiu ainda preocupação relativamente ao conflito constante entre mãe e filha por causa do internamento, que poderia prejudicar o regresso a casa. A mãe referiu preocupação relativa ao consumo de substâncias (canábis) e de que a filha voltasse a agravar o seu estado, por não cumprimento das recomendações médicas e não aceitação do diagnóstico. A filha ficou emocionada quando entendeu esta preocupação dos pais e referiu, para grande surpresa dos pais, também ter medo de novo agravamento e sentir-se feliz com a alta, mas simultaneamente ambivalente. Após as partilhas, foi explicado que as suas preocupações e sentimentos eram reações normais perante a situação, destacando que muitos outros familiares e PNCSM experienciavam a mesma ambivalência e preocupação no momento da alta hospitalar. Adicionalmente, foi enfatizado que havia semelhanças entre os sentimentos de todos, procurando, assim, normalizar as preocupações e a fortalecer a empatia entre os membros. Quando questionados sobre possíveis estratégias a adotar para facilitar esta transição, agora que conheciam as preocupações de cada elemento a filha expressou a necessidade de apoio dos pais no regresso a casa, solicitando ajuda na preparação das refeições, no cuidado com a roupa e na gestão da medicação. Como solução, propôs que os pais guardassem e administrassem a sua medicação, comprometendo-se a deslocar-se à casa deles (vive no piso de cima do mesmo prédio) para tomá-la, garantindo, assim, maior tranquilidade para todos, incluindo para si própria. Relativamente ao consumo de substâncias, reconheceu que se encontrava

em regime involuntário e afirmou que se absteria de qualquer consumo enquanto essa condição se mantivesse. No entanto, manifestou a sua discordância quanto ao potencial impacto negativo do consumo de canábis na sua doença. Os pais aceitaram a solução proposta, referindo que isso lhes proporcionaria maior tranquilidade no que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso. Neste domínio a nossa ação foi sobretudo dirigida à normalização das respostas emocionais expressas por cada elemento, bem como à promoção constante do apoio mútuo no seio familiar.

No domínio **cognitivo**, foi realizada intervenção psicoeducativa acerca de várias temáticas, salientadas como necessidades desta família, durante a avaliação familiar. No que concerne à PAB, as informações transmitidas foram cuidadosamente selecionadas para responder às necessidades e dúvidas manifestadas pela família, com especial enfoque na PNCSM, procurando enfatizar aspetos que pudessem favorecer uma maior consciencialização, cientes de que esse seria um processo gradual, exigindo tempo para a assimilação da experiência e para a recuperação do episódio agudo. A filha demonstrava resistência em aceitar o diagnóstico, argumentando que os seus sintomas não eram idênticos aos apresentados pela mãe e pelo irmão durante as fases agudas da doença. Além disso, evidenciava uma negação expressiva quanto à possibilidade de ter PAB, possivelmente influenciada pela vivência pessoal traumática durante os anos de doença aguda materna, que contribuiu para o desenvolvimento de estigma familiar. Ao mesmo tempo, defendia que o consumo de canábis não estava relacionado com os sintomas que experienciava. Relativamente à PAB, explicámos então que se trata de uma perturbação mental crónica, caracterizada por episódios alternados de depressão e mania, podendo causar disfunção psicossocial grave. Destacámos a importância da adesão ao regime terapêutico e do acompanhamento médico regular para a estabilização da doença. Além disso, enfatizámos que tanto a PNCSM como a família podem beneficiar significativamente de sessões de psicoeducação e intervenção familiar (Schub et al., 2024). Explicámos que no contexto de perturbação mental no seio familiar, muitas vezes surgia EE, detalhando o que significa a expressão e como se manifesta. Foi também salientada a forte componente hereditária da PAB, sendo que indivíduos com histórico familiar parental apresentam um risco acrescido de 27-29% de desenvolver a perturbação (Schub et al., 2024). No entanto, explicámos que a manifestação da doença pode ser altamente heterogénea, com variações no curso clínico, na evolução e na sintomatologia entre familiares (Scott et al., 2023). No que diz respeito ao consumo de substâncias, particularmente canabinóides, esclarecemos que este está associado a um pior prognóstico da PAB (Schub et al., 2024). Ainda neste domínio foi-lhes apresentado o recurso comunitário ADEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. Foi explicado que se trata da maior associação na área da Saúde Mental a nível nacional e a única especializada no apoio a pessoas com diagnóstico de doença Unipolar e Bipolar e aos seus familiares. Informou-se ainda que a associação possui uma delegação no Norte. Foi entregue um panfleto oficial da instituição (disponível no *site*) e sugerido que

recorressem à ADEB para explorarem os recursos disponíveis, conforme as suas necessidades. Destacou-se, particularmente, a possibilidade de participação em grupos de psicoeducação e de ajuda mútua destinados a PNCSM e suas famílias, salientando os benefícios terapêuticos dessas intervenções, com base na evidência científica. Para nossa surpresa, no final da sessão, a filha verbalizou: "Já entendi que existe uma grande possibilidade de ser PAB"(sic), embora tenha acrescentado que, se fosse esse o caso, seria um tipo muito distinto, sem qualquer relação com o quadro da mãe e do irmão. Essa afirmação revelou um primeiro sinal de consciencialização, representando um avanço no processo de aceitação. Por outro lado, a filha reconheceu também que tinha EE dirigida à mãe, na vertente de crítica e hostilidade. A mãe também reconheceu que por vezes tinha EE com a filha, na vertente de sobre envolvimento. A filha concordou. Já na segunda sessão foi abordada a importância da comunicação assertiva para a coesão e funcionamento familiar e ensino de estratégias de comunicação assertiva e comunicação não violenta [CNV] (Rosenberg, 2021). Explicámos o conceito de comunicação assertiva, diferenciando-o da comunicação passiva, agressiva e passivo-agressiva, e sublinhámos como a assertividade pode contribuir para reduzir mal-entendidos e conflitos familiares. Salientamos também a importância da comunicação não verbal e o seu impacto na interpretação da mensagem. Além disso, introduzimos algumas estratégias para melhorar a comunicação, como o uso de mensagens na primeira pessoa ("Eu sinto", "Eu preciso"), a validação das emoções do outro, a necessidade de negociação, a importância da escuta ativa e a importância de impor limites e dizer "não" em diferentes situações. Ao longo de todas as sessões reforçámos a importância do compromisso de todos na construção de uma comunicação mais saudável, reconhecendo e elogiando o esforço efetuado durante as sessões. Foram sempre realçadas as forças e pontos fortes salientados pela família na sessão de avaliação e em outros momentos durante as sessões e foi sugerido fortalecerem a sua união e amor e usarem a sua criatividade, por esta ser um recurso útil perante a necessidade de adaptação às mudanças. Foram igualmente elogiados todos os progressos, conquistas e a coragem, a resiliência que estavam a demonstrar, perante o desafio e o medo.

No domínio **comportamental**, durante as sessões foram incentivados a iniciar a prática de rituais familiares conjuntos, como, por exemplo, refeições partilhadas, ficando todos sentados à mesa, sem telemóveis e só a conversar sobre a refeição. Embora aceitassem a proposta, foram unânimes a referir que este seria um desafio enorme para todos. Foram igualmente incentivados a retomar as práticas individuais de autocuidado mental que haviam abandonado desde o início sintomático da filha. No caso do pai este salientou que sentia falta das suas caminhadas na natureza e a mãe destacou a ida a eventos culturais e estar com as suas amigas. No horário marcado para o início da segunda sessão, apenas a mãe e a filha estavam presentes. Quando questionadas sobre a ausência do pai, ambas responderam prontamente que ele ter-se-ia atrasado e que decidiram não esperar. Informaram que o pai estaria a chegar em breve, pelo que optámos por adiar o início da

sessão até à sua chegada, sem aprofundarmos, intencionalmente, o motivo do sucedido. O pai chegou cerca de cinco minutos depois, e convidámos todos a entrarem no gabinete e desafiámos a família a participar num exercício assente na técnica de *role-play*, com troca de papéis. Nesta dinâmica, a filha representaria o pai, a mãe representaria a filha e o pai representaria a mãe e o desafio para a dinâmica foi que cada membro representasse, no papel do outro, o que teria acontecido no momento da saída de casa antes da sessão. Todos os membros aceitaram participar e ouviram atentamente a representação dos restantes membros. Após a representação, foi sugerido um tempo de silêncio para que cada um refletisse sobre as interpretações feitas. No final, em reflexão conjunta, foi compreendido que a representação feita por cada membro e a sua perceção acerca do sucedido era díspar da realidade e perceção experimentada pelos outros membros. O que aconteceu efetivamente foi que a filha se tinha esquecido de chamar o pai antes de sair de casa e que a mãe depreendeu que a filha o tivesse chamado, sem, no entanto, confirmar. Para além disso ficaram também claros, os diferentes ritmos pessoais, sendo que mãe e filha são mais apressadas, enquanto o pai é mais calmo e vagaroso, precisando de mais tempo para desempenhar as tarefas. Este exercício teve forte impacto na consciencialização dos membros, compreendendo que cada um estaria a interpretar a realidade apenas sob a sua perspetiva individual e que a sua comunicação familiar não estava a ser suficientemente clara, honesta e efetiva. Foi também importante destacar que cada pessoa tem tempos e ritmos diferentes e que na família devem ser respeitados os diferentes ritmos, por parte de cada elemento. É o fato de cada um ser único, com características especiais e diferentes que torna a família única e especial. Demos como exemplo, esta situação específica à saída de casa, em que para além de não terem chamado o pai, que se assumia mais vagaroso em comparação com os restantes membros, também não ajustaram o tempo ao elemento que habitualmente requer mais tempo, respeitando a sua forma de ser, sem prejudicar o compromisso marcado. Mãe e filha concordaram, e pediram desculpa ao pai, prometendo tentar ajustar a sua forma de ser acelerada à sua forma mais calma. O pai disse que também se esforçaria para um ajuste melhor com os restantes elementos. Foram debatidas, colaborativamente com a família, estratégias que poderiam facilitar esta tentativa de maior ajuste, seguindo-se depois para a intervenção psicoeducativa, supracitada, sobre técnicas de comunicação assertiva e não-violenta (Rosenberg, 2021).

Foram sempre sugeridos planos de ação entre sessões aos quais a família aderiu, cumpriu e, em alguns momentos, foram ainda mais-além do que o proposto.

A *quarta e última* sessão, de avaliação final, ocorreu em forma de consolidação do conhecimento e estratégias aprendidas até ao momento e, sobretudo, uma avaliação por parte dos membros sobre o caminho percorrido em conjunto e o eventual impacto sentido na sua vida e funcionamento familiar.

Primeiramente, foi pedida uma reflexão sobre os acontecimentos ao longo das últimas semanas. Segundo relataram, efetivamente notaram melhoria da comunicação familiar, ouvindo mais o que outro diz e usando uma comunicação mais assertiva e focada em necessidades e pedidos em vez de exigência e crítica. Todos concordaram e o pai salientou que por vezes até estranhou, pois não estaria habituado que esperassem que acabasse de falar. Relataram ainda uma situação em que vieram a uma consulta ao hospital e em que na véspera combinaram a hora de sair de casa e todos cumpriram rigorosamente.

Relativamente aos rituais conjuntos, pai e filha tiveram uma saída de fim de semana num hotel rural e usufruíram de tempo conjunto em caminhadas e a mãe aproveitou o tempo para se encontrar com amigas e foi a um espetáculo do qual gostou muito. Tem-se tornado um hábito, pelo menos ao jantar, estarem todos sentados à mesa, no entanto, referem ainda dificuldade de se manterem sempre todos à mesa até ao final.

Ao nível do autocuidado mental, o pai reiniciou caminhadas diárias e referiu que estaria a dormir melhor, por sua vez, a mãe também retomou a sua agenda cultural, com satisfação aparente.

Notoriamente os membros familiares estavam mais calmos e a própria filha (PNCSM) conseguiu permanecer sentada a maior parte do tempo.

Referiram que se deslocaram à ADEB e que se sentiram bem-recebidos e viram na associação um recurso ótimo para os ajudar atual e futuramente. Os pais iriam iniciar as sessões de psicoeducação familiar e GAM (online) na próxima semana. A filha refere que ainda não se sentia preparada para começar, mas não excluiu usar o recurso noutra fase mais adiante.

Questionámos o que acharam mais útil durante as sessões.

A mãe referiu terem sido uma grande ajuda a nível individual, mas também para toda a família, pois foram falados temas que antes seriam um *tabu*. Todos concordaram em dizer que se sentiram ouvidos e tiveram oportunidade de ter novas perspetivas sobre o outro que também tem desafios e dificuldades e precisa de ser ajudado e respeitado. Em suma, concluíram que as sessões serviram de “alavanca” para que tudo começasse novamente a ter mais estrutura. A PNCSM, especialmente emocionada, referiu que não imaginaria outra ajuda que desse mais apoio neste momento difícil da sua vida. Referiu que estava triste por saber que está doente, mas que com ajuda da sua família, que qualificou positivamente, acredita que vai conseguir superar este momento e voltar a ter uma vida “normal” (sic). O pai, também emocionado, colocou-se em pé em forma de orador para dizer que “já tive muitos momentos difíceis na minha vida e nunca me convenceram a fazer terapia. Eis que tinha de ser neste momento da minha vida, quase com 70 anos, que estas sessões apareceram para eu perceber que isto já me podia ter ajudado há muito tempo” (sic). Estava francamente emocionado.

Foi realizada uma súmula de todos os assuntos abordados nas sessões, lembradas as estratégias aprendidas e treinadas e elogiada a participação ativa e os progressos alcançados. Foram mostrados novamente os objetivos previamente definidos pela família para a intervenção e todos concordaram que foram atingidos e superados. A mãe destacou que se sente aliviada pelo fato de que a filha, pelo menos, ter compreendido a necessidade do internamento, em vez de constantemente culpá-la e criticá-la por ter acionado esse recurso. Ainda que a filha não estivesse totalmente convencida do diagnóstico, percebe-se uma abertura maior para essa possibilidade, o que, para a mãe, representava um objetivo fundamental. Acrescentou que também o médico Psiquiatra tinha notado e destacado essa diferença, na consulta anterior, como sinal de progresso positivo.

Para fecho da sessão foi entregue uma prenda simbólica à família: uma moldura contendo uma pena, metaforicamente lembrando a LEVEZA necessária para lidar com as diferenças e entregámos também uma Carta de Finalização, resumindo os tópicos essenciais do trabalho realizado. Segundo Wright e Leahey (2012, p.353), a carta de finalização é uma forma de “pontuar positivamente o final do tratamento”, oferecendo à família a oportunidade de salientar os seus pontos fortes, as mudanças efetuadas e uma revisão do esforço e do trabalho realizado. É ainda um documento de possível consulta posterior, noutras etapas ou crises familiares, servindo como recurso.

Nesta sessão foram novamente aplicados os Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” e “Resiliência familiar” e solicitado novo preenchimento da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017).

● *Resultados obtidos*

A intervenção familiar gerou importantes transformações nas relações e atitudes dos diferentes membros, como o aumento da empatia, as mudanças de humor e das respostas emocionais dos membros da família e as mudanças na perceção de apoio. No entanto, estes dados subjetivos, embora essenciais para a avaliação dos resultados globais da intervenção, não são facilmente mensuráveis. Ora, uma prática de enfermagem especializada avançada implica a utilização de instrumentos de avaliação mensuráveis, tornando-se fundamental para garantir a objetividade e a consistência dos resultados, permitindo uma análise mais precisa da eficácia da intervenção. Assim, os resultados quantitativos obtidos com esta intervenção familiar, através da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados, estão representados em tabelas no Anexo VI.

Verificámos que os resultados da aplicação da FACES IV pré e pós-intervenção revelam uma evolução significativa na dinâmica familiar, refletindo melhorias nos padrões de coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação.

Inicialmente, os dados indicavam uma estrutura familiar rigidamente aglutinada, caracterizada por uma coesão elevada na filha (82) e na mãe (62), mas com flexibilidade muito reduzida (36 e 40, respetivamente). Esses valores sugerem uma interação excessivamente próxima entre os membros da família, limitando a autonomia individual e dificultando a adaptação a mudanças. O pai, por sua vez, apresentava uma coesão reduzida (50) e flexibilidade baixa (36), associadas a um menor envolvimento emocional e uma menor capacidade de ajustamento.

Os elevados níveis de rigidez (70 na filha) e caos (80 na filha e 64 na mãe) indicavam uma estrutura familiar polarizada, onde coexistiam dificuldades em estabelecer regras adaptáveis e uma tendência para momentos de desorganização, o que pode refletir padrões de comunicação ineficazes e dificuldades na resolução de problemas. O pai apresentava um funcionamento mais distanciado, evidenciado pelos baixos níveis de coesão e flexibilidade, o que poderia contribuir para um sentimento de isolamento dentro da família. Este facto foi muito notório presencialmente nas sessões e até manifestado pelo posicionamento do pai perante os restantes membros (cadeira mais afastada).

Após a intervenção, verificou-se uma melhoria generalizada na flexibilidade em todos os membros da família, um decréscimo significativo da rigidez e do caos e um aumento dos rácios de funcionamento equilibrado. A filha apresentou uma redução na rigidez (70 → 26) e no caos (80 → 60), acompanhada de um aumento expressivo da flexibilidade (36 → 58), sugerindo uma maior capacidade de adaptação às necessidades individuais e familiares.

A mãe também registou um aumento da flexibilidade (40 → 64) e da coesão (62 → 70), com uma redução nos níveis de caos (64 → 50) e desagregação (34 → 26), indicando um maior equilíbrio entre envolvimento e autonomia nas relações familiares. O pai, que inicialmente apresentava um padrão de menor envolvimento emocional, mostrou um aumento da coesão (50 → 65) e da flexibilidade (36 → 58), demonstrando um maior compromisso com as interações familiares e uma melhor adaptação às exigências relacionais.

Os rácios de funcionamento equilibrado aumentaram de 1,04 para 1,77 na filha, de 1,44 para 1,95 na mãe e de 1,35 para 2,5 no pai. Estes valores, de acordo com Olson et al. (2011), indicam que a família passou de um padrão de funcionamento disfuncional para um funcionamento significativamente mais ajustado, aproximando-se dos valores típicos de uma família funcional.

A comunicação e a satisfação familiar também apresentaram melhorias. A filha, inicialmente no percentil 10 de comunicação, evoluiu para o 32, a mãe do 28 para 65 e o pai do 14 para 44, sugerindo um aumento na clareza e eficácia da comunicação interpessoal. A satisfação familiar acompanhou essa evolução, refletindo uma perceção mais positiva das relações familiares após a intervenção.

Em suma, os resultados da FACES IV sugerem que a intervenção contribuiu para uma redução da rigidez e do caos familiar, um aumento da flexibilidade e coesão e uma melhoria na comunicação e satisfação. O funcionamento familiar tornou-se mais adaptativo e equilibrado, permitindo que os membros da família se relacionem de forma mais saudável e funcional.

Resultados análogos foram observados nos Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar”, que reforçam essas conclusões. Evidenciam avanços em diversos domínios, tais como a regulação do comportamento, a alocação de responsabilidades, a manutenção de tradições e a resolução de conflitos. Em geral, os valores atribuídos aos indicadores passaram de valores iniciais mais baixos para valores finais significativamente maiores, sugerindo que a intervenção contribuiu para a consolidação de um funcionamento familiar mais robusto e integrado.

De maneira similar, os Indicadores de Resultado NOC “Resiliência Familiar” apontam para uma melhoria na capacidade do sistema familiar de mobilizar recursos e adaptar-se à adversidade atual. Parâmetros como a mobilização rápida após a adversidade, a tolerância a separações e o uso de estratégias de resolução de conflitos apresentaram progressos notáveis evidenciando uma resiliência fortalecida.

Em síntese, a análise e interpretação destes resultados explanam de forma transversal que a Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar, alicerçada numa abordagem sistémica e centrada nas necessidades individuais e coletivas da família, demonstrou um impacto positivo nos parâmetros avaliados. Apesar da eventual inexperiência da estudante e do número reduzido de sessões, verificaram-se melhorias significativas no funcionamento familiar, especialmente na comunicação e no relacionamento entre os membros. Estes achados fornecem evidência concreta da eficácia desta modalidade de intervenção psicoterapêutica na prática clínica do EEESMP, reforçando a importância da sua implementação.

➤ *Intervenção psicoeducativa “CUIDAR(-ME) PARA CUIDAR”: Grupo de Ajuda mútua de Familiares Cuidadores*

Conforme mencionado anteriormente, tivemos a oportunidade de presenciar e intervir no GAM para familiares cuidadores [FC] de PNCSM com perturbação psicótica, integrado no plano de atividades do serviço.

● *Avaliação de Necessidades*

As reuniões GAM ocorrem na primeira segunda-feira de cada mês e são dinamizadas e supervisionadas por dois membros da equipa de saúde, um médico e um enfermeiro. São destinadas a todos os FC, após a sua participação no programa de psicoeducação para cuidadores, igualmente, incluído nas atividades do serviço.

O GAM tem intenção sócio terapêutica e baseia-se num paradigma de apoio interpares, promovendo a partilha de experiências, o intercâmbio de conhecimento e a conexão interpessoal (Cooper et al., 2024; Rocelli et al., 2024). Inicialmente concebidos para otimizar o processo de reabilitação psicossocial das PNCSM, estes grupos são amplamente reconhecidos na literatura como um recurso valioso e desejado pelos FC. São apontados como eficazes na redução da sobrecarga do cuidador, na melhoria do funcionamento familiar, no fortalecimento da esperança, no desenvolvimento de estratégias de *coping*, na mitigação do impacto do estigma e, conseqüente, isolamento social e como rede de suporte essencial (Cooper et al., 2024). Trata-se de uma abordagem de intervenção recomendada internacionalmente, na qual a experiência vivida dos cuidadores é integrada como um recurso formal nos serviços de saúde mental (Cooper et al., 2024).

Durante o estágio do Módulo I, ao assistir a uma sessão do GAM, identificámos necessidades dos FC, como a falta de informação sobre autocuidado mental e dificuldades na sua implementação. Também emergiram relatos de estigma social, por associação e familiar em relação à perturbação mental, perceções reforçadas por conversas informais na caminhada “*Walk with a Doc*”.

As necessidades identificadas corroboram a literatura científica atual, que enfatiza o papel da família como pilar essencial nos cuidados à PNCSM, sendo fundamental para a melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e do processo de reabilitação psicossocial do seu membro familiar doente (Cheng et al., 2020; Cleary et al., 2020). Em Portugal, essa realidade não é diferente: a família constitui o principal suporte das PNCSM, sendo comum a coabitação com pelo menos um familiar de referência que assume o papel de cuidador (Alves et al., 2018; Paninho et al., 2023). Este papel pode ter um impacto significativo no cuidador, resultando em desgaste físico, psicológico e emocional, especialmente devido à natureza crónica da condição, favorecendo processos de sobrecarga objetiva e subjetiva. O impacto pode manifestar-se em problemas de saúde física, como hipertensão arterial e insónia, e em estados emocionais como luto, perda, depressão, ansiedade, medo, culpa, vergonha e estigma, além de gerar tensão nas relações familiares (Cleary et al., 2020; Paninho et al., 2023). De acordo com Cleary et al. (2020), esse fardo tende a ser ainda maior quando a responsabilidade do cuidado recai sobre um único indivíduo, frequentemente sem acesso adequado a suporte. Sarikaya et al. (2021) destacam que os FC frequentemente experienciam solidão e isolamento social, além de dificuldades em satisfazer as suas próprias necessidades de autocuidado em saúde mental, o que compromete significativamente o seu bem-estar. Cheng et al. (2020) evidenciam que os familiares de PNCSM com diagnóstico precoce de psicose apresentam necessidades específicas de conhecimento sobre estratégias de *coping* e autocuidado mental. Os autores recomendam a implementação de sessões de psicoeducação dirigidas a esta temática, como forma de capacitar e apoiar os cuidadores.

Assim, após a identificação desta necessidade, decidimos desenvolver uma atividade direcionada aos FC do GAM, no âmbito do Dia Mundial da Saúde Mental, aportando as temáticas Importância

do Autocuidado mental para o FC e o combate ao Estigma. Elaborámos a proposta de intervenção e obtivemos autorização por parte da Enfermeira Gestora e da Direção Clínica do Serviço para a realização de uma sessão única a terminar num lanche convívio em modo de celebração do Dia Mundial da Saúde Mental. Ambas reforçaram a relevância da temática em apreço.

Dada a especificidade da temática convidamos uma colega estudante do MESMP, que se encontrava a trabalhar a temática “Autoestigma”, a participar no planeamento e execução da intervenção. Esta sinergia e parceria revelou-se uma mais-valia.

- *Atividade diagnóstica*

Relativamente à atividade diagnóstica a realizar, foi discutida com a enfermeira gestora a possibilidade de conduzir entrevistas individuais com os FC. No entanto, para otimizar a logística e evitar a necessidade de deslocação dos participantes à instituição, decidiu-se, por consenso, que a alternativa mais facilitadora seria a aplicação de um questionário digital autoadministrado, disponibilizado por meio de uma plataforma online *MicrosoftForms* (*Microsoft 365*). Ficou igualmente decidido que, por se tratar de uma sessão única, não teria utilidade a aplicação de outros instrumentos de avaliação, mas apenas um breve questionário de avaliação de conhecimentos.

Após reflexão conjunta para esta intervenção ficou definido um único critério de inclusão: ser FC de uma PNCSM, inscrito ou que tenha concluído o programa de Psicoeducação destinado aos FC do serviço. De modo a abranger o maior número de FC, uma vez que a intervenção seria, simultaneamente, um momento lúdico de comemoração conjunta do Dia Mundial da Saúde Mental, não foram definidos critérios de exclusão.

Assim, a Sessão zero (avaliação inicial) correspondeu ao envio de um questionário online que produzimos. Este englobava a recolha de dados sociodemográficos, incluindo o seu histórico temporal como provedor de cuidados, questões sobre rotinas e práticas de Autocuidado Mental suas, bem como o questionário de avaliação de conhecimentos dirigido às temáticas Autocuidado Mental e Estigma. Incluía igualmente o consentimento informado.

Em termos da caracterização sociodemográfica do grupo de participantes, as idades variavam entre 23 e 74 anos (média de 57,5 anos), sendo que 83,3% (n=10) pertenciam ao sexo feminino e 16,7% (n=2) ao sexo masculino. Quanto à relação com a pessoa cuidada, 41,67% (n=5) eram mães, 16,67% (n=2) eram pais, 25% (n=3) eram irmãos e 16,67% (n=2) eram outros familiares. No que diz respeito à escolaridade, 41,7% (n=5) dos participantes possuíam ensino superior, 33,3% (n=4) ensino secundário e 8,33% (n=1) o ensino básico. O tempo de prestação de cuidados variava entre 2 e 19 anos, com uma média de 7,6 anos. Os resultados corroboram parcialmente os achados de estudos anteriores sobre o perfil do cuidador informal em Portugal (M. Carvalho et al., 2021; Paninho et al., 2023).

Quando questionámos os participantes sobre a importância do autocuidado mental do cuidador, todos concordaram que este é importante, reconhecendo igualmente a sua importância para a qualidade do cuidado oferecido à PNCSM. Porém, apenas dois dos inquiridos implementavam estratégias de autocuidado diariamente, os restantes apenas semanal ou raramente. Como estratégias mais utilizadas pelos participantes, estes salientaram maioritariamente praticar hobbies e/ou atividades de lazer, incluindo exercício físico. Só cinco responderam tirar tempo livre para si mesmo ou procurar ajuda profissional. As principais barreiras à prática de autocuidado mental identificadas pelos mesmos, foram a falta de tempo e as dificuldades financeiras. Dois FC, com menor tempo de experiência na função, relataram que o sentimento de culpa os impedia de se priorizarem. No que tange ao suporte social, a maioria dos participantes (n=7) afirmou saber a quem recorrer em situações de sobrecarga, enquanto três indicaram não dispor de uma rede de apoio e dois nunca haviam refletido sobre essa necessidade.

Relativamente ao estigma, a maioria dos FC concorda que a perturbação do seu familiar ainda é vista de forma preconceituosa na sociedade (n=8). Ademais, oito participantes identificaram a existência de estigma familiar dirigido PNCSM no seu seio familiar e sete relaram já terem sentido vergonha em determinadas situações, perante os comportamentos do seu familiar. Como estratégias para mitigar o estigma, os participantes sugeriram a implementação de programas de LSM em escolas e na comunidade, bem como campanhas públicas informativas para sensibilização social.

Tendo por base os resultados obtidos na avaliação inicial, foram definidos os diagnósticos de enfermagem, objetivos e critérios de resultado para a intervenção, apresentado no Quadro 4:

Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado para a Intervenção no GAM

	Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Critérios de Resultado
Autocuidado Mental	• Potencialidade para melhorar a consciencialização do FC sobre a influência do autocuidado (mental) no papel do cuidador; • Potencialidade para melhorar conhecimento dos FC sobre estratégias de promoção do autocuidado (mental).	• Promover conhecimento dos FC sobre estratégias de promoção do autocuidado (mental). • Promover consciencialização do FC sobre a influência do autocuidado (mental) na prestação de cuidados:	• Que os FC atribuam importância ao seu autocuidado (mental); • Que os FC identifiquem estratégias de autocuidado (mental).

Estigma	• Estigma do FC; • Potencialidade para melhorar a consciencialização do FC da influência do estigma no papel de cuidador; • Potencialidade para melhorar conhecimento sobre estigma; • Potencialidade para melhorar conhecimento do FC sobre estratégias (para enfrentar) o estigma.	• Diminuir o estigma do FC; • Promover alteração de pensamentos estigmatizantes; • Promover consciencialização da influência do estigma no papel de cuidador. • Promover conhecimento sobre estigma; • Promover conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>; • Promover capacidade para lidar com o estigma.	• Que os FC diminuam os pensamentos estigmatizantes; • Que os FC considerem a influência do estigma social no seu processo de cuidados e familiar; • Que os FC identifiquem estratégias de <i>Coping</i> para enfrentar o estigma.
----------------	---	---	--

No processo de tomada de decisão em enfermagem, considerando a natureza dos diagnósticos de enfermagem identificados, optou-se pela modalidade: *Intervenção psicoeducativa de Saúde Mental*. A escolha desta modalidade de intervenção teve como objetivo proporcionar conhecimento aos participantes, promovendo uma eventual reconstrução dos significados atribuídos à experiência de cuidar de si e do outro. Simultaneamente, visou capacitar os cuidadores para a adoção de estratégias de autocuidado mental, fundamentais para a sua saúde e bem-estar e fornecer-lhes ferramentas para lidar com o estigma associado à perturbação mental.

Decidimos, igualmente, integrar no planeamento da sessão, uma atividade lúdica relacionada ao tema da sessão, com finalidade terapêutica que simultaneamente pudesse proporcionar um momento de lazer aos participantes.

A Biodanza, criada por Rolando Toro de Araneda, é um método terapêutico que combina o uso mediadores artísticos música e movimento (dança) com vivências emocionais para promover a expressão afetiva e o bem-estar (Cabrera et al., 2020; Stueck et al., 2019). Sua metodologia induz experiências integradoras, estimulando a expressão emocional não verbal, a autorregulação emocional, o fortalecimento da identidade e a conexão entre os participantes (Calçada & Gilham, 2022; Stueck et al., 2019). É uma prática conduzida por um facilitador com formação específica, que orienta os participantes por meio de uma série de movimentos de dança e exercícios interativos desenhados para ativar o sistema nervoso simpático, seguido pela ativação do sistema nervoso parassimpático. Esse processo favorece a restauração do equilíbrio fisiológico, melhora o humor e reduz a ansiedade (Calçada & Gilham, 2022; Stueck et al., 2019). Por não se tratar de uma prática coreografada, é adequada para todas as idades e níveis de condição física (Calçada & Gilham, 2022). Diversos estudos científicos têm demonstrado os efeitos benéficos da Biodanza em diferentes populações e áreas, tanto clínicas quanto não clínicas. Os benefícios incluem melhorias significativas na função motora e cognitiva (Vitale et al., 2024). Um estudo realizado por López-Rodríguez et al. (2017) demonstrou que um programa de Biodanza, foi eficaz na redução do *stress* percebido, dos sintomas depressivos e melhorias na qualidade subjetiva do sono. O estudo, de

Cabrera et al. (2020), avaliou os efeitos da Biodanza em PNCSM e seus FC, com sessões semanais ao longo de três meses, num hospital de dia. Os resultados mostraram melhorias na qualidade de vida de todos os participantes, aumento da autoestima (especialmente entre as PNCSM) e redução dos níveis de ansiedade e depressão. Com base nesta evidência científica, a escolha da atividade lúdica recaiu sobre a Biodanza, atividade esta que foi autorizada pela Direção do Serviço e pela Prof^a Orientadora da ESEP. Para tal, estabelecemos contato com a Escola de Biodanza SRT Porto, que aceitou o convite e disponibilizou um facilitador sénior para conduzir a sessão.

O nome atribuído à sessão foi “Cuidar(-me) para Cuidar: A importância do Autocuidado Mental e Combate ao estigma dos familiares cuidadores”.

- *Execução da Intervenção:*

No dia da sessão, foi realizado o acolhimento dos participantes na sala de formação. A disposição das cadeiras em meia-lua foi estrategicamente organizada para promover um ambiente inclusivo, facilitando a comunicação, a escuta ativa e a partilha. Este arranjo favoreceu um espaço seguro, melhorando o foco dos participantes e estimulando a aprendizagem e a cooperação.

A sessão teve início com a apresentação das enfermeiras e do objetivo da intervenção, seguida de uma atividade inicial de “quebra-gelo” para criar um ambiente mais acolhedor e participativo. Posteriormente, iniciámos a apresentação das temáticas com recurso a um *PowerPoint* (Anexo VII). Durante a exposição teórica, incentivámos ativamente os familiares a partilharem as suas experiências, intercalando os conteúdos teóricos com momentos de reflexão conjunta e partilha individual, de modo a tornar a sessão mais dinâmica e participativa.

A primeira parte da sessão consistiu numa breve contextualização teórica sobre os significados atribuídos pelos cuidadores à tarefa de cuidar de uma PNCSM. Com base na evidência científica, abordámos os potenciais riscos para a saúde dos cuidadores, incluindo o aumento da vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas ou perturbações mentais. Definimos o conceito de saúde mental e enquadrámos a importância do autocuidado mental, destacando os seus benefícios na prevenção da doença e na promoção do bem-estar emocional dos cuidadores. Em seguida, exemplificámos a importância das estratégias de autocuidado, demonstrando que, ao equilibrar o investimento entre si próprio e o outro, o cuidador mantém o seu bem-estar, garantindo a continuidade do cuidado de forma sustentável. No final, reforçámos a mensagem central de que, para cuidar do outro com qualidade, é essencial primeiro cuidar de si mesmo. Esta apresentação foi enriquecida pela partilha espontânea dos familiares, que complementaram os conteúdos teóricos com as suas experiências pessoais e refletiram em conjunto sobre a importância do autocuidado. Num momento subsequente, discutimos as barreiras ao autocuidado mental do cuidador. Os familiares, para além de validarem a evidência apresentada com a sua experiência prática, estabeleceram uma dinâmica de interajuda, onde partilharam estratégias que lhes foram úteis para

ultrapassar essas barreiras. Este intercâmbio revelou-se extremamente enriquecedor e promoveu um forte sentimento de apoio e compreensão mútua. Dando continuidade à sessão, os participantes foram incentivados a identificar e partilhar as suas próprias estratégias de autocuidado mental, complementadas com sugestões baseadas na evidência científica.

Seguidamente, abordámos a temática do estigma, iniciando com a definição do conceito e a exploração de diferentes tipos de estigma, ilustrados com exemplos práticos de frases e comportamentos estigmatizantes. Os participantes demonstraram grande interesse, e uma jovem, irmã de uma PNCSM, partilhou a sua dificuldade pessoal em lidar com o estigma, relatando que tentava esconder a doença do irmão aos seus colegas, enquanto se sentia desprovida de recursos para lidar com essa situação. A resposta do grupo a esta partilha foi notável, promovendo um acolhimento caloroso e incentivando a transmissão de experiências e estratégias positivas, o que fortaleceu o vínculo entre os participantes e gerou um momento de apoio emocional significativo. Foram ainda transmitidas estratégias para lidar com o estigma, complementadas pelas experiências partilhadas pelos familiares, o que proporcionou um enriquecimento adicional à discussão.

Em seguida, realizou-se a sessão de Biodanza, num espaço amplo adjacente à sala de formação. Todos os participantes aderiram ativamente às danças e dinâmicas propostas pela facilitadora da modalidade, criando um momento de interação grupal marcado pela descontração, diversão e, simultaneamente, pela expressão emocional. A sessão foi vivida com intensidade, culminando num ambiente acolhedor e de satisfação evidente entre os participantes.

Por fim, decorreu o lanche convívio, com a temática "Lanche Outonal", acompanhado por música ambiente. Este momento possibilitou conversas informais sobre a intervenção e a partilha de experiências entre os participantes, num clima de convívio animado e agradável, consolidando as aprendizagens e fortalecendo os laços de apoio entre os FC e a equipa de profissionais presente.

- *Resultados obtidos:*

Creemos que os ganhos em saúde, obtidos com esta intervenção, ultrapassaram as medidas mensuráveis, uma vez que os relatos dos familiares logo após a intervenção foram extremamente positivos. No inquérito de satisfação, respondido por todos os participantes, a maioria revelou estar "Muito satisfeita" em todos os itens avaliados. A última questão desse questionário, de resposta aberta, permitiu captar perceções mais subjetivas dos participantes. Algumas das respostas obtidas foram: "Com a atividade senti-me cuidada, o que foi gratificante e renovou a minha energia" (sic); "Muito gratificante, agradeço" (sic); "Gostaria que estas iniciativas fossem mais frequentes" (sic). Estes testemunhos evidenciam o impacto positivo da intervenção, reforçando a importância de estratégias que valorizem o bem-estar emocional dos FC.

Para avaliar os resultados quantitativos da intervenção, voltámos a aplicar o questionário de avaliação de conhecimentos. Esta sessão de avaliação final foi realizada, igualmente online, através do envio de um documento de autopreenchimento, utilizando o *Microsoft Forms* (Microsoft 365).

Importa aqui salientar que, na avaliação inicial, foram obtidas 14 respostas ao questionário. No entanto, apenas 12 participantes responderam á avaliação final. Assim, a análise comparativa de resultados foi baseada exclusivamente nesses 12 participantes (cujos resultados foram codificados), permitindo a comparação entre a avaliação inicial e final e uma reflexão mais precisa sobre os resultados obtidos.

Assim, os resultados comparativos obtidos através da aplicação do questionário de conhecimentos pré e pós-intervenção, apresentam-se no Anexo VIII.

Através da análise da tabela é possível verificar que, na componente de autocuidado mental, se observou uma melhoria no reconhecimento de estratégias eficazes. Inicialmente, 10 participantes identificavam que dizer "não" e falar assertivamente pode ser uma estratégia de autocuidado mental, enquanto dois não reconheceram essas estratégias. Após a formação, todos os participantes reconheceram esta estratégia como válida. Resultados semelhantes foram encontrados para a questão sobre a importância do convívio social como estratégia de autocuidado, passando de 10 respostas afirmativas para 12 na avaliação final.

Quanto à perceção da relação entre autocuidado e qualidade do cuidado prestado ao outro, 11 participantes responderam adequadamente na avaliação inicial, aumentando para 12 na final. A participação em GAM foi amplamente reconhecida como uma estratégia de autocuidado desde o início.

Na componente de estigma, os resultados sugerem uma mudança significativa em algumas perceções dos participantes. Inicialmente, cinco participantes acreditavam que esconder a doença mental do familiar seria uma estratégia de combate ao estigma, enquanto sete reconheceram que essa prática não contribui para a redução do estigma. Após a formação, a maioria dos participantes (n=11), indicavam uma maior sensibilização sobre o tema.

Relativamente à autoimagem perante uma perturbação mental, dois participantes continuaram a afirmar que se sentiriam inferiores caso tivessem um diagnóstico psiquiátrico, sugerindo que a crença internalizada do estigma pode ser mais difícil de modificar a curto prazo. No entanto, uma melhoria foi observada na perceção do humor como estratégia simultânea de autocuidado e combate ao estigma, aumentando de oito participantes para 12 na avaliação final.

Em suma, os resultados comparativos globais revelam que a média de respostas adequadas na avaliação inicial foi de 80,7% subindo para uma média de 96,4% na avaliação final, o que confirma a aquisição de conhecimentos sobre o autocuidado mental e estratégias de redução do estigma por parte dos participantes e, conseqüente, cumprimento dos objetivos propostos. No entanto, algumas

crenças mais enraizadas sobre o estigma, podem necessitar de intervenções mais prolongadas e reforço contínuo para serem alteradas.

- *OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS*

- *Estudo de Caso*

O estudo de caso realizado neste contexto, foi acerca de um jovem, de 27 anos de idade, natural da Tunísia, que reside em Portugal há cerca de um ano. Esteve anteriormente emigrado na Ásia e noutros países europeus. Tem antecedentes de perturbação de uso de substâncias. Nos últimos dois anos teve vários internamentos em Serviços de Psiquiatria, por episódios psicóticos, porém fugiu sempre dos internamentos, nunca tendo iniciado regime terapêutico. Atualmente encontrava-se internado, de forma voluntária, após novo episódio psicótico, com diagnóstico médico de “Psicose do espectro da Esquizofrenia ou outras Perturbações Psicóticas” (classificação CID 10). À entrada no serviço apresentava-se em angústia psicótica, com sintomatologia heteróloga aguda, lentificação psicomotora, em embotamento afetivo.

Aquando do início do estágio o jovem já se encontrava em fase de estabilização de sintomatologia heteróloga, mantendo apenas curtos e esporádicos episódios de alucinação do tipo verbal (vozes imperativas de comando), de manhã antes do pequeno-almoço no serviço. Apresentava, porém, picos de ansiedade extrema verbalizada e manifestada por sintomas principalmente somáticos: palpitações e taquicardia, com necessidade de toma de Inderal prescrito em SOS, diariamente.

A atividade diagnóstica baseou-se na realização de uma entrevista semi-estruturada em que foram explorados os Domínios: Sono, Autoconceito, Perceção, Pensamento, Cognição e Emoção. Os instrumentos de avaliação aplicados, para complementar a colheita de dados foram: Escala de Ansiedade de *Zung*, Escala de Autoestima de *Rosenberg* e Indicadores de resultado NOC “Ansiedade” e “Autocontrolo de Ansiedade”. De modo, a integrar um cuidado cultural competente perante este caso clínico foram exploradas, em conjunto com o cliente, as suas crenças e práticas culturais (cliente muçulmano).

Relativamente à sua família, apenas conseguimos um único contato breve na sala de espera com a sua esposa de origem japonesa, na véspera de esta regressar para o Japão. Por este motivo não foi possível realização de avaliação familiar.

A entrevista permitiu compreender que a ansiedade era o diagnóstico prioritário, pois causava disfunção por causa da presença de palpitações, taquicardia e necessidade recorrente de uso de medicação prescrita em SOS. O cliente também não apresentava conhecimento sobre Ansiedade nem sobre estratégias de autocontrolo de Ansiedade e regulação emocional. Apresentava igualmente o autoconceito comprometido relacionado com a sensação de vergonha e culpa moral que sentia pelo facto de não estar a conseguir rezar no serviço (não tinha o seu tapete de oração

Sajjad, nem encontrava no serviço um local com privacidade para os rituais de oração) e, simultaneamente, falta de conhecimento acerca da sua patologia (diagnóstico médico de Esquizofrenia), o que o impedia de se envolver no seu processo de recuperação e aderir ao regime terapêutico prescrito. O próprio cliente solicitou obter mais informação sobre a sua doença.

Assim, foram identificados no caso clínico os diagnósticos de enfermagem apresentados no quadro que apresentamos a seguir (Quadro 5):

Quadro 5 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no caso clínico – contexto de internamento

Diagnósticos de enfermagem identificados
• Ansiedade; • Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade; • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade; • Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Alucinação; • Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão da alucinação; • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o ambiente e a alucinação; • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a medicação e a alucinação; • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o abuso de substâncias e a alucinação; • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre ocupação e alucinação; • Autoconceito comprometido; • Potencialidade para melhorar conhecimento sobre a doença [mental].

As intervenções planeadas foram: Intervenção Psicoeducativa sobre Ansiedade e estratégias de Autocontrolo de Ansiedade (duas sessões); Intervenção Psicoterapêutica Treino de Relaxamento Autogénico (cinco sessões) e Intervenção Psicoeducativa sobre Esquizofrenia (quatro sessões).

Foram concluídas as sessões de intervenção psicoeducativa sobre a ansiedade e estratégias de autocontrolo da ansiedade, nas quais foram ensinadas diversas técnicas, incluindo estratégias de Técnica de Respiração diafragmática, *Mindfulness* e Som branco (sinal sonoro que contém todas as frequências audíveis, distribuídas de forma homogénea, criando um efeito de esbate dos outros sons do ambiente), conforme recomendado pela literatura científica para PNCSM com diagnóstico médico de Esquizofrenia (Jansen et al., 2019; Sampaio, Martins et al., 2023; Zhu & Zheng, 2024). Foram igualmente realizadas três sessões de intervenção psicoterapêutica de Treino de Relaxamento Autogénico, de forma a diminuir a sua ansiedade, recomendado por Lu e colaboradores (2019) para esta população. Relativamente ao Autoconceito Comprometido, compreendemos que a impossibilidade de cumprir o ritual religioso tinha um impacto evidente segundo a evidência científica (Wehbe-Alamah et al., 2020), pelo que, de modo a promover a sua prática religiosa, negociámos com o cliente o contacto telefónico com um amigo seu. Este amigo trouxe-lhe um tapete de oração (*Sajjad*) ao serviço. A partir daí foi verificada a direção de Meca em

aplicação própria no telemóvel e verificados os horários previstos para a oração. Combinado com o cliente e a equipa de enfermagem, que fosse disponibilizado um espaço/ quarto com privacidade nos momentos de oração. Adicionalmente, foi conduzida apenas uma sessão de psicoeducação sobre psicose, com intenção de promover o processo de *recovery* (M. Martins et al., 2021).

As sessões foram ministradas em inglês, sendo que nas sessões psicoeducativas foi disponibilizado material de suporte em inglês e traduzido em árabe, utilizando o *Google Tradutor* e *Grammar* na sua elaboração. Deste modo, pretendemos facilitar a transmissão e a aquisição do conhecimento. A título de exemplo, apresentamos alguns dos slides utilizados durante a intervenção no Anexo IX.

O acompanhamento do caso foi condicionado pela decisão social unilateral, de reencaminhamento do cliente para a Tunísia, sem a sua concordância e sem que tivesse sido garantida a continuidade do tratamento. A equipa de saúde identificou este fator como um risco para a estabilização do quadro clínico, uma vez que o acesso a terapêutica antipsicótica e apoio psicossocial no seu país era incerto e improvável, levantando assim questões de âmbito ético e clínico. No dia seguinte à comunicação desta decisão, o cliente saiu do serviço há hora da saída terapêutica e não regressou ao mesmo. Dado que se tratava de um internamento voluntário, não se configura como uma situação de fuga, mas sim abandono do serviço.

A saída inesperada do cliente interrompeu a intervenção, não sendo possível concluí-la e realizar a avaliação final, incluindo nova aplicação dos instrumentos de avaliação. Contudo, foi possível constatar benefícios da intervenção com resultados parciais e ganhos em saúde:

- *Sessões de Treino de Relaxamento Autogénico*: o cliente verbalizou sempre redução do nível de Ansiedade no final da sessão. Essa melhora também foi evidenciada pela monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca (antes e após a sessão), que apresentaram uma diminuição para valores óptimos após as sessões.
- *Sessões de psicoeducação sobre Ansiedade e autocontrolo de ansiedade*: durante as mesmas, o cliente, na realização de exercícios propostos, conseguia demonstrar conhecimento, e começou a recorrer, de forma autónoma, as estratégias ensinadas: Treino de Respiração Diafragmática, Técnicas de *Mindfulness* (Técnica 5-4-3-2-1, alimentação consciente e caminhada consciente). Começou igualmente a usar as estratégias de distração aprendidas para gerir as alucinações verbais – uso de auscultadores com música, atividade física e leitura.
- Após ter o tapete *Sajjad* na sua posse, retomou os seus rituais de oração, sempre com possibilidade de ter um espaço privado e silencioso para esta prática. Referiu em vários momentos estar a sentir-se “mais digno e merecedor perante Alá” (sic), com impacto positivo no seu autoconceito. Referiu que estes momentos eram de grande bem-estar e paz.

- *No que concerne à única sessão de intervenção psicoeducativa* que teve sobre Psicose, foi ensinada a componente genética (seu pai tinha Esquizofrenia) e o modelo de vulnerabilidade-stress associado à condição. O cliente mostrou entender as diferenças entre sintomas positivos e negativos, identificando-os perante a sua condição e sintomatologia, bem como revelou compreender a cronicidade da doença, e a consequente necessidade de implementação e cumprimento do regime terapêutico.

Este caso reforça a importância da abordagem integrativa em enfermagem de saúde mental, combinando técnicas baseadas em evidência com um cuidado culturalmente competente. Embora os resultados não sejam, na sua grande maioria, mensuráveis devido à saída precoce do cliente, é evidente que houve ganhos em saúde e maior consciencialização para a sua condição clínica.

➤ Atividade grupal de “BOM DIA EM MOVIMENTO”

Através de contacto de proximidade com os clientes, foi possível identificar algumas necessidades expressas pelos mesmos. Além disso, a participação nas reuniões semanais com as PNCSM, onde lhes é proporcionado um espaço para exporem as suas necessidades individuais e grupais, reforçou esta perceção. Nestes momentos, foi possível constatar que existiam períodos críticos para o grupo, em que o tempo livre disponível parecia estar associado ao surgimento de maior exacerbação de sintomatologia como alucinações, sonolência, ansiedade e inquietação.

Assim, nas manhãs de estágio, após assistir à passagem de turno – um momento essencial para compreender e atualizar a informação sobre as PNCSM e a dinâmica grupal – dirigíamo-nos à sala de convívio e permanecíamos algum tempo com as PNCSM.

Segundo a literatura, a prática de atividade física é reconhecida como benéfica para PNCSM no contexto de internamento, independentemente do diagnóstico e sem risco de efeitos adversos para exercícios leves (Martland et al., 2023; Phelan & Sigala, 2022; Reißmayer et al., 2024; Stubbs et al., 2017). Tendo em consideração esta evidência, começamos a reunir as PNCSM na sala de convívio, utilizando uma coluna portátil a tocar música suave. Inicialmente, perguntámos quem teria interesse em participar numa atividade de “bom dia” e alongamentos matinais. O número de participantes foi aumentando progressivamente, chegando a envolver todos as PNCSM capazes de participar.

A dinâmica consistia na disposição do grupo em círculo, onde iniciávamos um movimento simples de alongamento e os restantes tentavam imitar. Posteriormente, cada um que quisesse poderia exemplificar um novo movimento, garantindo que todos fossem de fácil execução. No final, os participantes davam as mãos e diziam “bom dia” em conjunto.

Após observar a satisfação aparente do grupo, incentivámo-los a manterem este ritual nos dias em que não estivéssemos presentes, na tentativa de promover o seu empoderamento. O *empowerment* visa capacitar a pessoa para gerir a própria saúde, promovendo autonomia e responsabilidade.

Contrapõe o modelo paternalista, incentivando uma tomada de decisão partilhada entre profissional de saúde e PNCSM (M. Martins et al, 2021). Para tal, era designado um voluntário entre as PNCSM para reunir os restantes na sala e iniciar a atividade, utilizando um rádio disponível no espaço. Surpreendentemente, esta prática foi mantida de forma autónoma por alguns clientes, mesmo na ausência do enfermeiro.

Nos dias seguintes de estágio, estes partilharam a sensação de bem-estar proporcionada pela atividade. Alguns, que habitualmente apresentavam sonolência marcada durante este período, passaram a participar ativamente. Além disso, PNCSM com sintomatologia psicótica relataram que este momento lhes proporcionava distração suficiente para interromper a atividade heteróloga durante o exercício. A PNCSM do estudo de caso referiu ausência total de atividade alucinatória verbal durante esta dinâmica, iniciando o dia com maior tranquilidade e bem-estar.

Adicionalmente, a atividade promoveu a conexão grupal, tornando-se um tema de conversa entre as PNCSM. Para garantir a continuidade e o caráter terapêutico da iniciativa, foram definidas regras essenciais, como o respeito mútuo, a não realização de comentários depreciativos e o incentivo para que cada participante desse o seu melhor. A manutenção dessas diretrizes revelou-se fundamental para a adesão e eficácia da atividade, sem a ocorrência de efeitos adversos. Esta atividade simples, não se configura como intervenção devidamente planeada, estruturada e avaliada, porém, perante a perceção de benefícios e ganhos em saúde obtidos, fica claro o potencial benéfico deste tipo de intervenção.

➤ Atividade grupal de “NOITES DE LEITURA E POESIA”

No mesmo enquadramento das necessidades salientadas na atividade anteriormente referenciada, o final da tarde, antes e logo após o jantar, foi identificado igualmente como um período crítico para o grupo, caracterizado por exacerbação da sintomatologia. Nesse período, as PNCSM apresentaram maior inquietação, irritabilidade e/ ou ansiedade.

Dessa forma, optou-se por implementar, nesse intervalo, uma atividade que promovesse um ambiente mais tranquilo, com a redução de estímulos sonoros e sem exigência de movimento físico, mas que estimulasse a curiosidade e o envolvimento do grupo. Optámos pela Biblioterapia, utilizando a leitura de poemas e narrativas curtas, criteriosamente selecionadas, com temáticas acessíveis e relevantes, favorecendo a identificação e participação dos clientes presentes.

A biblioterapia é uma intervenção que está definida na NIC como o “uso terapêutico da literatura para intensificar a expressão de sentimentos, resolução ativa de problemas, *coping* e tomada de consciência” (Butcher et al., 2020, p. 91). Vários estudos sobre o tema destacam como resultados positivos: maiores níveis de autoconhecimento, aumento da criatividade, melhorias cognitivas e psicossociais, melhoria da *performance* pessoal e social, além de promoverem a esperança nas

PNCSM através desse mediador (Akhan et al., 2022; J. C. Carvalho et al., 2021; Eisen et al., 2018; Rottenberg, 2022; Volpe et al., 2015).

A seleção dos textos baseou-se na relevância transversal para o grupo, garantindo que os conteúdos fossem compreensíveis, envolventes e capazes de despertar o interesse dos participantes. Durante a atividade, os participantes foram convidados a sentar-se em círculo. O ambiente foi cuidadosamente estruturado, dentro das possibilidades do serviço, com luz média e música ambiente suave, promovendo um estado de calma e favorecendo a atenção plena ao momento presente e a escuta ativa.

Após a leitura, incentivou-se a partilha individual de perceções e emoções, seguida de uma reflexão em grupo, promovendo a expressão de pensamentos e a coesão grupal. No final da sessão, foi realizada uma síntese do tema abordado e das partilhas do grupo, com destaque para as semelhanças identificadas nas contribuições. Esse processo visou aumentar a empatia e a conexão grupal.

As PNCSM demonstraram grande satisfação com a atividade, participando ativamente em todas as sessões e solicitando maior regularidade desta prática. Relataram sentirem-se ouvidos e compreendidos, além de mencionarem que aprenderam muito com os textos e as partilhas. Algumas das partilhas destacadas incluem: “Ouvir estes textos e poemas e esta roda de partilha bonita aumentou a minha esperança num amanhã melhor” (sic); “Esta atividade lembrou-me do quanto gosto de ler e hoje comecei a ler um livro aqui no serviço” (sic); “Enquanto estamos aqui nesta roda, ouvindo as histórias e as partilhas, parece que somos levados para longe dos nossos problemas” (sic); “Foi um dos momentos mais emocionantes que tive em muitos anos” (sic).

Apesar de esta atividade não ter sido formalmente planeada, estruturada e avaliada, optou-se por destacá-la neste relatório com o intuito de incentivar sua implementação nos serviços de internamento. Embora não tenhamos obtido resultados mensuráveis, foi possível perceber que essa prática apresenta grande potencial para promover ganhos significativos em saúde para as PNCSM neste contexto, fortalecendo inclusivamente a empatia e conexão grupal, relação terapêutica e proximidade com a equipa de saúde.

4.2. “Entre Portas” - Contexto de Cuidados Diferenciados

O segundo momento de estágio do Módulo II do MESMP foi desenvolvido em contexto de cuidados diferenciados, no período decorrido entre o dia 21 de outubro e o dia 22 de novembro de 2024.

4.2.1. Caracterização do Contexto Clínico

Este momento do estágio decorreu num Centro de Respostas Integradas [CRI] da zona norte do país. Este CRI, pertence a uma entidade pública pertencente à administração indireta do Ministério

da Saúde, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, cuja área de especialidade e atuação engloba a Prevenção, Tratamento e Reinserção social da pessoa com Comportamentos Aditivos e Dependências com substância psicoativas e sem substância, a nível nacional. A intervenção pauta-se por um modelo que se operacionaliza nas áreas de: Prevenção, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de danos e Reinserção.

O presente estágio decorreu numa das Equipas de Tratamento [ET] em regime de ambulatório, pertencente a este CRI. A ET, local de estágio propriamente dito, conta com uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) e o Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos [PTAO] desempenha um papel central na atuação dos Enfermeiros.

A atuação do enfermeiro segue o modelo de enfermeiro de referência e dirige-se à pessoa, ao grupo e à comunidade. Pelo contacto regular com os clientes, os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica efetiva, baseada no respeito pela dignidade, direitos, valores e crenças das PNCSM, promovendo a sua autonomia e o seu envolvimento no projeto terapêutico. Esse acompanhamento de proximidade possibilita ainda o reconhecimento precoce de qualquer necessidade emergente ou alteração cognitiva, de atitude ou comportamental por parte da PNCSM, permitindo uma intervenção ajustada dentro do seu âmbito de atuação ou, quando necessário, a articulação com outras áreas profissionais.

As áreas de atuação prementes do EEESMP neste contexto, incluem o acolhimento e avaliação inicial dos clientes, consulta de enfermagem, administração e supervisão terapêutica; referenciação; realização de rastreios (HIV, VHC) e aconselhamento e ensinamentos acerca de estilos de vida saudáveis e outras determinantes de prevenção e promoção da saúde. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados durante o estágio estão alinhados com a literatura atual, que destaca a prevalência de abuso de álcool, abuso de drogas, autoconceito comprometido, adesão ao regime terapêutico comprometida e potencialidade para melhorar o conhecimento sobre doenças, incluindo infeções (Seabra et al., 2021).

A equipa comporta EEESMP, um Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e um enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Por forma a cumprir os objetivos propostos, foram desenvolvidas determinadas atividades, representadas, de forma sumária, no seguinte Esquema-Matriz de Intervenção (Figura 3):

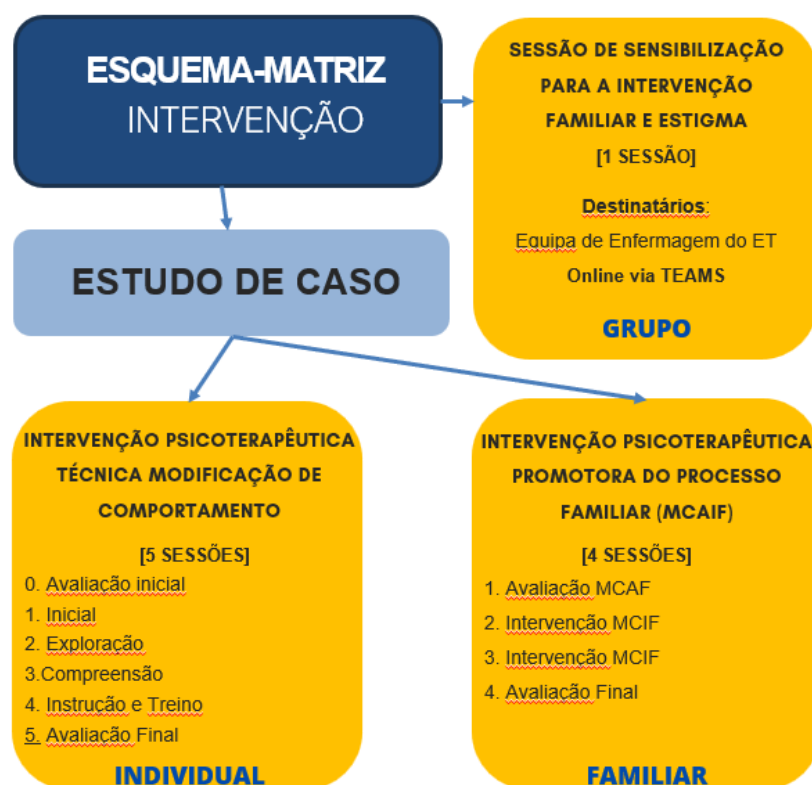


Figura 3 - Esquema-Matriz de Intervenção no contexto de cuidados diferenciados

4.2.2. Intervenções desenvolvidas

Segundo Seabra e colaboradores (2021), os cuidados de enfermagem com a população com comportamentos aditivos e dependências poderão ter um impacto no desenvolvimento, nos processos de transição, no sentido da autonomia da pessoa e na capacidade de gestão da sua perturbação aditiva. O EEESMP a exercer na ET, constitui-se como elemento-chave de mais-valia e de proximidade, com competência para intervir nos diferentes níveis de intervenção (desde a prevenção da perturbação mental, promoção da saúde mental, quer na recuperação psicossocial) destes clientes, com minimização do impacto negativo e maximização de potenciais ganhos de saúde a nível individual, familiar e comunitário (Townsend, 2015). Para tal o enfermeiro realiza a avaliação individual do cliente, família e grupo, identifica os diagnósticos de enfermagem, planeando e implementando as intervenções especializadas mais adequadas a cada situação e avaliando os resultados obtidos de forma sistemática.

Ao longo do estágio foi possível participarmos nas atividades e intervenções desenvolvidas pelo EEESMP, desde o acolhimento e entrevistas clínicas, realização de testes rápidos de pesquisa de drogas, rastreios de VIH E VHC e administração de medicação agonista opiácea (cloridrato de metadona). O momento da administração terapêutica e da toma supervisionada constitui uma oportunidade privilegiada de contacto com a PNCSM, permitindo avaliar a eficácia do tratamento, identificar potenciais efeitos adversos e ajustar a dose, quando necessário. Paralelamente,

possibilita a identificação de outras necessidades emergentes, promovendo uma avaliação contínua do cliente. Destacam-se, neste momento específico, as intervenções especializadas em ESMP: escuta ativa, o aconselhamento e a intervenção breve, baseadas numa relação terapêutica estruturada e fluida.

Também no contexto do abuso de substâncias, a intervenção familiar é amplamente recomendada. Saraiva e Cerejeira (2024) destacam as famílias como "parceiros de cuidados", pois convivem com o cliente, auxiliando na adesão ao tratamento e na vigilância do plano terapêutico. Além disso, uma rede de suporte "livre de consumos" é um fator protetor relevante (Saraiva & Cerejeira, 2024). O envolvimento familiar também está associado à redução do uso de substâncias, menor taxa de recaídas e melhoria de comorbilidades psiquiátricas por parte da PNCSM (Ariss & Fairbairn, 2020). Porém, esta realidade nem sempre aparece transposta na prática clínica nos contextos, estando descritas igualmente diversas barreiras a justificar este desfazamento: relacionadas aos próprios clientes, às famílias e também aos profissionais de saúde (Eassom et al., 2014; Soklaridis et al., 2019). Apesar das barreiras, quer os clientes, quer também as famílias valorizam a informação, o respeito e cuidado quando são envolvidos no projeto terapêutico estabelecido e apelam a um papel mais ativo por parte dos Enfermeiros, neste âmbito (Seabra et al., 2021; Soklaridis et al., 2019).

Também neste contexto, tentámos sempre um papel de proximidade com as famílias, contudo, verificámos que, na maior parte das situações, as PNCSM chegam ao serviço e vêm ao PTAO sozinhas, sem acompanhamento. São raros os casos em que a família está presente.

- *ESTUDO DE CASO*

O estudo de caso neste contexto clínico reporta-se a uma PNCSM do sexo masculino, de 54 anos com antecedentes de perturbação de uso de substância [PUS] em PTAO, nesta ET, desde 2011. Teve recaída durante um ano em 2020 (Pandemia Covid-19). Fumador, mas referia abstinência sustentada do consumo de outras substâncias. Desempregado, vivia com a mãe e mantinha um relacionamento com a companheira Sra. S. há 8 anos. O casal não coabitava exclusivamente por motivos financeiros, porém consideravam-se família e passavam grande parte do tempo juntos. Referia apresentar episódios frequentes de comportamento agressivo verbal (rompantes de agressividade e hostilidade verbal), sobretudo com a mãe e com a companheira, mas também em outras situações sociais. Referiu notar que o seu comportamento estaria a impactar negativamente a sua relação com a companheira. Salientava notar que a companheira ficava com ar assustado quando o cliente apresentava estes episódios e notava que ultimamente estaria "mais triste" (sic), com períodos de labilidade emocional e também crítica dirigida a si. Após o comportamento e, principalmente, após ver a reação da namorada ficaria arrependido. Refere que gostaria de "deixar de ser tão agressivo" (sic).

➤ *Avaliação de Necessidades e Atividade Diagnóstica*

Tendo em consideração estes dados iniciais obtidos do caso clínico, a terapêutica prescrita (exclusivamente cloridrato de metadona) e o comportamento descrito pelo cliente foram identificados e avaliados os seguintes domínios de Enfermagem: “Cognição”, “Comportamento destrutivo”, “Comportamento aditivo”, “Processo corporal”, mais especificamente o sistema gastrointestinal, pelo eventual efeito secundário relacionado à terapêutica prescrita, “Autoconceito”, “Emoção” e “Processo Familiar”.

A colheita de dados e atividade diagnóstica assentou na implementação de uma entrevista clínica semiestruturada e aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: *Mini Mental State Examination* (MMSE), Escala de Ansiedade de Zung (Zung, 1971, validada para a população portuguesa por Ponciano et al., 1982), Escala de Autoestima de Rosenberg, Indicadores de Resultado NOC “Autocontenção da Raiva”, “Autocontenção da Agressividade” e “Autocontrolo do Comportamento Impulsivo” e o Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Cunha et al., 2021 – versão 12 ítems), tendo obtido autorização de uso deste instrumento, pelos autores.

Esta intervenção foi assente no Teoria das Transições de Meleis, uma vez que o cliente se encontra em processo de transições múltiplas e sequenciais, revela necessidade de ajuda e demonstra consciencialização para a necessidade de mudança comportamental e também envolvimento ao pedir e aceitar a ajuda disponibilizada.

A avaliação da **cognição** tinha que ser cumprida, de forma a avaliar se a PNCSM, cumpria os critérios de inclusão previstos na intervenção a selecionar, pois apesar de aparentar uma cognição intacta para o seu nível de escolaridade (12º ano), Shakeri e colaboradores (2021), salientam que o uso de substância psicoativas como morfina, heroína e metadona são suscetíveis de alterar os domínios neurocognitivos, como atenção, memória, memória visual, bem como interferir na capacidade e velocidade de processamento da informação, linguagem, aprendizagem e função executiva. Os autores destacam que a *MMSE* é um instrumento passível de ser aplicado nesta população (Shakeri et al., 2021). No caso clínico em apreço o *score* obtido pelo cliente na aplicação do MMSE foi de 30 para o 12º ano de escolaridade, confirmando a cognição intacta.

De acordo com o ICN (ICNP browser, 2019), o **comportamento agressivo** é definido como uma “ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente”. Embora o consumo de álcool e drogas ilícitas possa aumentar a impulsividade e desinibição, precipitando comportamentos agressivos (Hakulinen & Jokela, 2019) a agressividade pode ser uma característica preexistente que contribui para o abuso de substâncias, perpetuando um círculo vicioso (Hussong et al., 2011). Mesmo após a cessação do consumo, os comportamentos agressivos podem persistir devido à exposição prolongada a ambientes violentos e interações interpessoais disfuncionais, comuns na violenta cultura das drogas (Baskin-Sommers & Sommers,

2006). Essa interação sugere que a relação entre abuso de substâncias e comportamentos agressivos é mediada por uma variedade de fatores inter-relacionados, incluindo aspetos sociais e contextuais (Connolly et al., 2020; Dewi & Kyranides, 2021).

Além disso, a raiva pode desempenhar um papel central nesse processo. Indivíduos com dificuldades na regulação emocional, particularmente na gestão da raiva, podem ter recorrido ao uso de substâncias como uma forma de alívio e mecanismo de *coping* mal adaptativo para lidar com emoções intensas (Stellern et al., 2023). A raiva, enquanto emoção básica, está associada à intenção agressiva e pode ser desencadeada automaticamente por provocações, ativando respostas fisiológicas e motoras expressivas que favorecem a agressividade (Dewi & Kyranides, 2021). Diferente de outras emoções negativas, como tristeza ou medo, a raiva está fortemente ligada ao desajuste social, à menor qualidade nos relacionamentos e a comportamentos agressivos (Dahlen et al., 2013; Dye & Eckardt, 2000 & Murray-Close et al., 2010, como citado em Dewi & Kyranides, 2021). De acordo com Slep e colaboradores (2021), pessoas próximas, como familiares íntimos e parceiros amorosos, são frequentemente os principais alvos da expressão da raiva, devido ao acesso imediato e contato próximo. Segundo Dewi e Kyranides (2021), as formas de agressão mais praticadas são a agressão física, verbal e relacional que implica a manipulação e destacam que, independentemente do tipo de agressão, esta afeta a qualidade do relacionamento e contribui para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Os autores correlacionam formas verbais de agressão com altos níveis de *stress* e depressão, enquanto a agressão relacional está associada a níveis mais altos de depressão, solidão, problemas de ajustamento social e classificação negativa dos relacionamentos românticos.

Ora, com base nesta evidência, seria importante obter mais dados detalhados acerca de comportamento agressivo do cliente. Para tal a nossa escolha recaiu sobre os Indicadores de resultado NOC supracitados e igualmente um instrumento de autopreenchimento que pudesse completar a colheita de dados.

O Questionário de Agressividade de *Buss-Perry – Versão Curta (BPAQ-SF)* (Bryant & Smith, 2001; versão portuguesa de Cunha et al, 2021) é um instrumento de autoavaliação composto por 12 itens, amplamente utilizado para medir diferentes dimensões da agressividade: agressão física, agressão verbal, raiva e hostilidade. Cada subescala contém três itens, avaliados numa escala de Likert de um a cinco, que indica o grau de concordância do indivíduo com as afirmações apresentadas. A nossa escolha recaiu sobre este instrumento, por se tratar de uma ferramenta confiável e válida para avaliar a agressividade em contextos de relações íntimas (Cunha et al., 2021).

De acordo com o ICN (ICNP browser, 2019), a **Ansiedade** é uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Em Carpenito (2018, p. 35), a Ansiedade aparece descrita como um sentimento, vago e incómodo, de desconforto ou temor causado por antecipação

de um perigo iminente. A ansiedade de normal a leve é adaptativa. Portanto, a ansiedade apenas se transforma em perturbação mental quando provoca um mal-estar intolerável e/ou induz mudança de funcionamento social, profissional e ocupacional do indivíduo. Segundo D. Correia e Brites (2020), o ambiente no qual o indivíduo cresce e se desenvolve pode tornar-se fator preditivo para a forma como as situações, pessoas e momentos são percebidos e catalogados (D. Correia & Brites, 2020).

Segundo NANDA-I (Herdman, et al., 2024) e Carpenito (2018), o abuso de substâncias é um dos fatores predisponentes para níveis desajustados de Ansiedade. Seabra e colaboradores (2021) no seu estudo de caracterização do cuidado de enfermagem numa ET, salientam que um dos diagnósticos de Enfermagem presentes em consulta é a “Ansiedade” (27,7%).

De modo a obter dados acerca da Ansiedade-Estado, foi aplicada a Escala de Ansiedade de Zung (Zung, 1971, validada para a população portuguesa por Ponciano et al., 1982). Esta foi selecionada por ser considerada de boa validade pelos autores da sua validação (Cruz, 2008) e servindo o propósito de avaliar os níveis de Ansiedade Estado no momento da avaliação. Esta engloba avaliação da Ansiedade em quatro dimensões, nomeadamente a dimensões cognitiva, motora, vegetativa e do sistema nervoso central. É uma escala de autopreenchimento, composta por 20 ítems que traduzem sintomas e em cada ítem a pessoa seleciona numa escala tipo Likert de um até quatro. A cotação pode variar entre 20 e 80 pontos, sendo que é diretamente proporcional ao nível de ansiedade. Segundo Costa e colaboradores (2019) a cotação deve ser efetuada desta forma: inferior a 45 pontos – Ansiedade leve ou normal; 45-59 pontos – Ansiedade Moderada; 60-74 pontos – Ansiedade Severa e acima de 74 pontos corresponde a Ansiedade Extrema.

No caso clínico em estudo, trata-se de um cliente em que, apesar de não aparentar ou verbalizar ansiedade no momento inicial, qualquer que seja a intervenção proposta, vai implicar que este seja sujeito a períodos de desconforto, em que vai ser obrigado a sair da sua “zona de conforto emocional”. Estes momentos poderão causar aumento dos níveis de ansiedade pelo estímulo novo, motivo pelo qual se torna relevante, compreender o seu nível de ansiedade inicial para perceber a eventual necessidade de intervenção imediata e reavaliá-lo ao longo e no final da intervenção.

De acordo com Townsend (2015), o **autoconceito** é constituído por três dimensões: autoestima, imagem corporal e identidade pessoal. Ele resulta da análise, avaliação e integração de informações obtidas a partir das experiências individuais e do *feedback* de pessoas significativas. Além disso, a autoeficácia é uma crença intimamente relacionada ao autoconceito (Townsend, 2015).

O estigma em torno do consumo de substâncias tem um impacto significativo na vida das pessoas, afetando a saúde mental e física, as oportunidades de trabalho e habitação, as relações interpessoais e, sobretudo, o autoconceito (Flórido et al., 2024). A discriminação e o isolamento social tornam mais difícil a procura de tratamento e podem agravar os desafios associados ao

consumo. Além disso, estigma internalizado contribui para sentimentos de vergonha e baixa autoestima, afetando a forma como os consumidores percebem a si próprios e o seu potencial de recuperação (Sequeira & Sampaio, 2020 como citado em Flórido et al., 2024).

Em relação a este domínio não foram implementadas intervenções de enfermagem específicas, dado não serem detetadas alterações aparentes. Porém, aquando da aplicação do *MMSE* a frase escolhida pelo cliente foi “Eu sou um idiota” (sic), que desvalorizou quando questionado sobre a mesma, dizendo tratar-se de uma “brincadeira” (sic). Ainda assim, optámos por avaliar o Autoconceito de forma contínua, por forma a identificar possíveis alterações no decorrer do tempo de intervenção.

Os opióides, incluindo a metadona, podem causar uma incómoda obstipação (Infarmed, 2025). No caso clínico em apreço, o cliente refere apresentar, desde que se conhece, um **padrão de eliminação intestinal** com tendência para a obstipação – dejeção de três em três dias, sem alteração desde os consumos ou toma do cloridrato de metadona. Por este motivo este domínio não será alvo de intervenção.

No caso clínico exposto, relativamente ao **comportamento aditivo**, o cliente apresenta consumo de tabaco (10-11 cigarros/ dia) que não causa disfuncionalidade atualmente. Nega consumos de outras substâncias psicoativas. Mantém, porém, a frequência no PTAO há 13 anos, pelo que se torna imperativo entender quais os possíveis fatores que sustentam esta necessidade de manutenção prolongada do tratamento.

Outro domínio de Enfermagem em estudo foi o **Processo Familiar**.

No âmbito das problemáticas aditivas, também a família e restante contexto social sofre prejuízos significativos a nível físico, mental e material: sofrimento emocional e frustração, exaustão físico e emocional, ansiedade e depressão, medo, desesperança, dificuldades financeiras, efeitos disruptivos do processo familiar, dificuldades comunicacionais (com elevados níveis de emoção expressa), redução do nível de autocuidado, isolamento social, estigma social e familiar (McCann et al., 2019; Selotole et al., 2022; Wonders et al., 2019).

Há evidência de que o abuso de substâncias causa conflito familiar, muito associado aos níveis elevados quer de comportamento agressivo pela PNCSM, quer pelo alto nível de EE pelos familiares (Barrowclough et al., 2005). A EE, é muitas vezes consequência do Estigma Social por associação a que eles próprios são sujeitos pela condição do foro aditivo de um dos seus membros e, simultaneamente, aumenta o autoestigma da própria PNCSM, com resultados de maior interrupção do tratamento e maior taxa de recaídas (Barrowclough et al., 2005; Weisman de Manani et al, 2017).

Segundo Wonders e colaboradores. (2019), um dos critérios a ser cumprido para garantir o impacto positivo quer a nível individual, quer familiar da intervenção familiar neste contexto, é a obtenção de autorização prévia para envolvimento e intervenção, por parte da PNCSM. Segundo estes autores,

quando a intervenção é autorizada pelo cliente e negociada respeitando as suas preferências e mantendo-o no controle, quer do *timing*, quer na seleção dos familiares a envolver, a experiência do envolvimento familiar tende a ser mais positiva (Wonders et al., 2019).

O indivíduo durante a entrevista clínica inicial salientou que o seu problema comportamental (comportamento agressivo) teria provocado alteração no seu processo familiar, nomeadamente no seu relacionamento e comunicação com a sua companheira. Notou haver degradação do seu funcionamento enquanto família, com discussões frequentes e notando que a companheira teria estado mais “triste com períodos de choro” (sic). Referiu que escondeu à companheira a recaída de consumos em 2020 e escondia igualmente o fato de atualmente fumar. Referiu preferir mentir, pois ela não compreenderia e iria criticá-lo ainda mais. Apresentam ausência de estratégias adaptativas de resolução de conflito e a comunicação familiar estava comprometida. Referiu arrepender-se dos comportamentos quando via a reação da namorada, provocando-lhe mal-estar pessoal.

Os resultados obtidos, nesta avaliação, encontram-se apresentados em tabelas no Anexo XI.

No caso clínico exposto, os dados colhidos durante a entrevista clínica e obtidos através do preenchimento dos diferentes instrumentos de avaliação, revelaram que o cliente apresentava Diagnósticos de Enfermagem – major, que se implicam mutuamente e eram concorrentes. Estes são apresentados no quadro seguinte (Quadro 6):

Quadro 6 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no caso clínico – contexto de cuidados diferenciados

Diagnósticos de enfermagem identificados
• <u>Comportamento agressivo</u> • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de relaxamento • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo • Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de relaxamento • <u>Processo Familiar comprometido</u>

Assim, o cliente tinha, por um lado, necessidade de intervenções que visassem a modificação do seu comportamento, implicando atuação ao nível da sua consciencialização, conhecimento e da sua capacitação perante o comportamento agressivo.

De entre as intervenções especializadas do EEESMP, priorizam-se, neste caso clínico específico, para responder ao Diagnóstico de Enfermagem Comportamento Agressivo, a **Intervenção psicoterapêutica Técnica de Modificação de comportamentos**, por forma assistir o cliente no

processo de consciencialização, conhecimento e capacitação para a modificação do comportamento, no sentido desejado (pelo próprio).

Simultaneamente, por forma a impactar sinergicamente esta alteração do comportamento disfuncional para um comportamento desejado por parte do cliente e a responder ao Diagnóstico de Enfermagem PF Comprometido, foi realizada também, a **Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar, baseada no MCAIF**. Com esta Intervenção pretendeu-se promover uma melhoria do seu funcionamento e resiliência familiar e, simultaneamente impactar positivamente o processo de modificação do comportamento do cliente. Nesta Intervenção participou, para além do cliente, a sua companheira, que aceitou a intervenção. Por escolha pessoal do cliente, não foi incluída a sua mãe nesta Intervenção.

➤ *Intervenção psicoterapêutica Técnica de Modificação de comportamentos – INTERVENÇÃO INDIVIDUAL*

A técnica de Modificação de comportamento é uma intervenção psicoterapêutica que pretende apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida, reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis (Sampaio, Martins et al., 2023). Esta intervenção baseia-se no pressuposto de que os comportamentos não são estáveis, mas podem ser aprendidos ou transformados através do condicionamento clássico (aprendizagem através do estímulo positivo de determinado comportamento), do condicionamento operante (através de reforços positivos e negativos em função do comportamento), da aprendizagem por observação ou por processos cognitivos. Esta salienta uma visão da pessoa, com características individuais, inserida numa determinada situação e contexto e sugere que estas determinantes influenciam o comportamento (Sampaio, Martins et al., 2023). É sequencial e frequentemente combinada com técnicas da teoria cognitiva (Sampaio, Martins et al., 2023). À semelhança das restantes intervenções psicoterapêuticas, também esta terá duração entre 45-60 minutos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Quanto aos critérios de inclusão referem-se, em Sequeira e Sampaio (2020) os seguintes: presença de diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental, indivíduo num estágio de motivação para a mudança (preparação e ação), indivíduo com capacidade cognitiva e o indivíduo não se encontrar em crise no que concerne o sofrimento emocional. Por sua vez, os critérios de exclusão incluem: estado de compensação/agudização da doença mental, debilidade intelectual ou défice cognitivo grave, perturbação antissocial da personalidade (contraindicação relativa) e ainda o uso de técnicas de exposição imediata ao estímulo fóbico em casos de ansiedade intensa (Sampaio, Martins et al., 2023)

No presente caso clínico, esta técnica foi considerada como intervenção indicada na conceção de cuidados de Enfermagem ao cliente pelos critérios que apresentamos no Quadro 7:

Quadro 7 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação do Comportamento perante o caso clínico.

Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento:
• Diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental: comportamento agressivo (ICN, 2019). • Cliente encontra-se no estadio de motivação e ação para a mudança – refere que gostaria de modificar o seu comportamento. • Apresenta capacidade cognitiva intacta: <i>MMSE</i>: Score 30, para 12º ano de escolaridade. • Não se encontra em crise do ponto de vista emocional: humor eutímico e não são identificados sinais de crise emocional. • Não cumpre os critérios de exclusão.

Assim, foram estabelecidos os critérios de resultado para a intervenção individual, que se apresentam no Quadro 8:

Quadro 8 - Critérios de Resultado estabelecidos para a Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação do Comportamento

Critérios de Resultado estabelecidos para a Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento:
• Que o cliente identifique quando sente raiva. • Que o cliente identifique situações, pensamentos e emoções que precipitam o comportamento agressivo. • Que o cliente identifique os comportamentos impulsivos prejudiciais. • Que o cliente identifique consequências do seu comportamento agressivo. • Que o cliente identifique alternativas para os rompantes verbais. • Que o cliente crie estratégias de <i>coping</i> adaptativas para lidar com a raiva. • Que o cliente melhore os resultados obtidos nos indicadores de resultado NOC e questionário de <i>Buss-Perry</i>.

Tendo em consideração a duração do estágio e a disponibilidade do cliente para participar na intervenção, considerámos viável o planeamento de cinco sessões, de forma a atingir os resultados pretendidos. As sessões decorreram na cadência de duas sessões/ semana. Refletindo sobre as necessidades encontradas, as sessões foram planeadas sessão a sessão. Os planos de sessão efetuados encontram-se apresentados em anexo a este trabalho (Anexo X).

- *Execução da Intervenção*

A primeira sessão de iniciação, consistiu essencialmente em apresentar à PNCSM a intervenção planeada, explicar os papéis assumidos salientando a importância da participação ativa, solicitando a assinatura do consentimento informado e do contrato terapêutico com base no objetivo realista que o cliente definiu: reduzir o número de vezes em que apresenta rompantes de comportamento verbal agressivo, encontrando outras formas de explicar o seu ponto de vista ou necessidades. Foram explorados exemplos práticos de situações do seu dia-a-dia em que apresentou este comportamento e incentivado a refletir sobre eventuais “gatilhos” precursores deste tipo de comportamento e assistimos na consciencialização dos mecanismos ligados ao início do

comportamento desadaptativo. Realizado ensino sobre as emoções básicas e sua forma de expressão mais comum, destacando principalmente a Raiva. Apresentámos o diário de automonitorização SITUAÇÃO – PENSAMENTO – EMOÇÃO – COMPORTAMENTO e sugerido como plano de ação entre sessões no sentido de o cliente efetuar um registo diário para maior consciencialização. Foi ainda entregue uma tabela de Prós e Contras para que a PNCSM refletisse e identificasse as vantagens e desvantagens de manter o presente comportamento. Ao longo das restantes sessões foram exploradas as várias dimensões do comportamento, auxiliando o cliente sempre na consciencialização das emoções e precursores do comportamento assim, como na criação de comportamentos alternativos mais adaptáveis. Para auxiliar este processo de modificação, usámos as diferentes técnicas comportamentais: Técnica de Modelagem, Técnica de Autocontrolo, Técnica de *Role Play* e a manutenção do Diário de automonitorização de Comportamentos (Sampaio, Martins et al., 2023). Identificada simultaneamente a necessidade de inserir no planeamento ensinamentos sobre Técnicas de comunicação assertiva e de forma a realçar uma linguagem menos violenta, foi ensinada a técnica de CNV (Rosenberg, 2021) que se baseia em quatro componentes: Observação, Sentimentos, Necessidades e Pedidos. Esta opção foi assente num estudo de Suarez et al. (2014) com reclusos e também num estudo quasi-experimental de Kim e Kim (2022) com PNCSM que revelou que o treino de CNV reduziu a expressão de raiva, mostrando igualmente uma melhoria do autoconceito. Foram igualmente ensinadas e incentivadas técnicas de relaxamento (Técnica de respiração diafragmática e Respiração consciente baseada em *Mindfulness*) e incentivado o início de prática de caminhadas diárias por parte do cliente. Estes foram recursos que utilizou em vários momentos para regular emoções e como estratégia de *coping* para lidar com emoções desafiantes.

A PNCSM esteve em todas as sessões, revelando interesse e motivação contínua, cumpriu igualmente todos as propostas de planos de ação entre sessões e começou a usar as diferentes estratégias sugeridas. Foi expondo nas sessões vários exemplos do seu dia-a-dia em que a maior consciencialização e o uso das estratégias ajudaram a lidar com situações gatilho e atrasar a reação e resposta, de forma a conseguir encontrar formas alternativas mais ajustadas. Mesmo nos momentos em, que não conseguiu evitar o comportamento verbal agressivo, posteriormente, de forma autónoma, preenchia o diário de automonitorização de modo a refletir formas futuras para lidar de forma mais adaptativa com determinada situação. As conquistas foram elogiadas e perante as dificuldades foi salientado que se trata de um processo que só agora está a iniciar e que exige treino e tempo.

➤ *Resultados obtidos:*

Os resultados comparativos obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação supracitados, encontram-se apresentados em tabelas anexas a este trabalho (Anexo XI).

A análise dos resultados obtidos reflete avanços significativos na capacidade de autorregulação emocional e na utilização de estratégias de *coping* adaptativa parte do cliente. No entanto, é necessário um exame detalhado das alterações verificadas nos instrumentos de avaliação.

Os resultados obtidos na Escala de Agressividade de Buss-Perry (BPAQ-SF) demonstram uma ligeira elevação do *Score* total (27 para 28), com variações nas dimensões específicas. A agressividade física reduziu-se de 6 para 3, o que sugere uma melhoria na contenção da expressão física da agressividade. Contudo, verificou-se um aumento na agressividade verbal (6 para 8) e na dimensão de raiva (6 para 7), enquanto a hostilidade aumentou ligeiramente (9 para 10). Essa alteração pode ser interpretada como um reflexo do aumento da consciencialização emocional e da verbalização dos conflitos internos, sem, no entanto, uma transição completa para formas mais assertivas de comunicação. Estudos prévios indicam que, em intervenções voltadas para a autorregulação emocional, o reconhecimento inicial das dificuldades pode, temporariamente, ampliar a percepção da agressividade, antes da estabilização e consolidação de estratégias mais eficazes (Kim & Kim, 2022).

A Escala de Ansiedade de Zung apresentou um leve aumento no *Score* (23 para 26), o que pode estar relacionado com o processo de reflexão e introspeção incentivado durante a intervenção. Esse fenómeno é descrito na literatura como um efeito comum em intervenções psicoterapêuticas, onde a maior consciencialização sobre dificuldades emocionais pode, inicialmente, intensificar os sintomas de ansiedade antes de uma eventual redução sustentada (Neacsiu et al, 2014). O aumento na escala pode refletir o esforço cognitivo e emocional necessário para modificar padrões comportamentais enraizados.

Por outro lado, a Escala de Autoestima de Rosenberg demonstrou um aumento significativo (30 para 35), sugerindo que a PNCSM desenvolveu uma visão mais positiva de si mesmo e maior autoeficácia na sua capacidade de gerir emoções desafiadoras e modificar o seu comportamento.

Nos Indicadores de Resultado NOC, observaram-se melhorias substanciais na identificação e gestão de emoções, bem como na capacidade de evitar respostas impulsivas. O cliente passou a identificar mais frequentemente os sinais precoces de raiva, os gatilhos de agressividade e a importância de manter o controlo emocional. Além disso, demonstrou evolução no uso de técnicas alternativas para expressar emoções e necessidades, como evidenciado pelo aumento dos *Score* em itens relacionados à identificação de alternativas à agressão e ao uso de habilidades de resolução de conflitos.

Conclui-se que a intervenção foi eficaz e teve um impacto positivo na capacidade da PNCSM de autorregulação emocional e comunicação assertiva, embora o aumento temporário na percepção da agressividade e ansiedade sugira um processo de transição e adaptação às novas estratégias aprendidas. A continuidade do acompanhamento pode permitir a consolidação dessas mudanças e

uma redução progressiva da verbalização agressiva, reforçando a implementação de padrões comunicacionais mais saudáveis e adaptativos.

➤ *Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar, baseada no MCAIF – INTERVENÇÃO FAMILIAR*

Conforme já referimos, no caso clínico em apreço, a Intervenção psicoterapêutica promotora do Processo familiar foi considerada como intervenção indicada na conceção de cuidados de Enfermagem à família, como cliente de cuidados. Os critérios de seleção para a intervenção encontram-se apresentados no quadro seguinte (Quadro 9)

Quadro 9 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF no presente caso clínico

Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF
● Diagnóstico de Enfermagem familiar: Processo Familiar comprometido (ICN, 2019); ● Funcionamento familiar pouco efetivo (Comunicação Familiar ineficaz -padrão de comunicação circular e presença de Emoção Expressa; Estratégias de resolução de problemas ineficazes, Estratégias de <i>coping</i> individuais e familiares insuficientes. ● Um dos membros (PNCSM) apresenta problema comportamental (comportamento agressivo) que impacta os outros membros, o seu relacionamento interpessoal e o sistema familiar. ● Membros familiares convocados aceitam a intervenção. ● Apesar de PNCSM apresentar episódios de comportamento verbal agressivo, não é perceptível medo, intimidação ou incapacidade de expressão livre por parte dos outros elementos. ● Não há indícios ou evidência de abuso físico e sexual; incesto e/ ou violência doméstica.

➤ *Avaliação de necessidades e Atividade diagnóstica:*

Assim, de acordo com a disponibilidade da família, foram planeadas a entrevista inicial da companheira (individual) e quatro sessões familiares, correspondendo a primeira a avaliação familiar de acordo com o MCAF, seguida de duas sessões de intervenção segundo o MCIF e uma sessão de avaliação final da intervenção.

Durante a entrevista semiestruturada, a companheira de 48 anos, relatou ter antecedentes médicos de epilepsia, está medicada e mantém acompanhamento em Neurologia. Nunca consumiu substâncias psicoativas e revela, inclusive, Estigma Familiar: “Eu detesto drogas e é preciso ser-se muito estúpido para se meter nesse enredo” (sic). Licenciada em Serviço Social, trabalhou apenas brevemente nesta área e atualmente tem um emprego part-time no armazém de uma loja. Solteira, vive com os pais e sente-se frustrada por nunca ter coabitado com um companheiro, o que afeta negativamente o seu autoconceito. Conheceu o companheiro num curso e, apesar da sua postura inicial grosseira e do histórico de consumos que admitiu desde sempre, interessou-se pela sua cultura geral e manteve a relação, enfrentando inicialmente a resistência e julgamento dos pais. Descreve-o como impaciente e crítico, referindo que recentemente tem estado mais irritável e até grita quando contrariado. Sente-se em segundo plano em relação à mãe dele e frustra-se com a falta de empenho do companheiro em procurar emprego e concretizar o sonho de morarem juntos.

Apesar de se verem diariamente, considera que passam pouco tempo de qualidade juntos. Não tem contacto com amigos, evita estar sozinha e expressa insegurança e sentimentos de desvalorização pessoal, revelando compromisso do seu autoconceito.

A sessão um, de **avaliação familiar**, ocorreu presencialmente num gabinete dentro do próprio serviço, com a presença de ambos. Consistiu numa entrevista familiar orientada pelo MCAF, abrangendo as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família. Durante a sessão, foram elaborados, em conjunto com a família, o genograma e o ecomapa familiar. Nesta sessão, as intervenções primordiais foram a escuta ativa e questionamento (perguntas diretas e circulares) para recolha da informação relevante.

A linguagem corporal do casal, como braços e pernas cruzadas e o afastamento das cadeiras, indicava um ambiente de tensão. O companheiro interrompia frequentemente a companheira com críticas e correções, ao que ela reagia revirando os olhos, suspirando e distanciando-se fisicamente. Ambos concordaram que a companheira tem lapsos de memória desde o diagnóstico de epilepsia, o que impacta a relação. Também foi salientado o fato de que ela raramente toma decisões, deixando todas as escolhas para o companheiro. Enquanto o companheiro afirmava precisar de ordem e lógica, a companheira o acusava de ser inflexível e controlador.

A discussão escalou quando a companheira mencionou, com tom hostil, o seu histórico de consumo, sugerindo que ele deveria “ser grato por tê-la” (sic). Demonstrou forte insegurança e ciúmes em relação à ex-companheira, já falecida por *overdose*, referindo que ele ainda mantinha no quarto um quadro que recebeu dela. Expressou ressentimento, insinuando que, se a ex-companheira estivesse viva, ele estaria com ela em vez de manter o atual relacionamento.

Além disso, a companheira acusou-o de mentir sobre continuar a fumar, trazendo à tona um padrão de desconfiança dentro da relação. O histórico de consumo do companheiro tornou-se um ponto de conflito recorrente, sendo utilizado como argumento para desvalorizá-lo, reforçando o estigma familiar na dinâmica do casal. A falta de transparência sobre o tabagismo, o excessivo controlo por parte do companheiro e a persistente insegurança da companheira evidenciam um padrão de comunicação circular disfuncional, onde críticas e acusações alimentam um ciclo contínuo de tensão e afastamento mútuo.

Apesar desse ambiente de hostilidade, ao serem questionados sobre os pontos fortes e forças da relação, ambos responderam em uníssono que compartilham o gosto pela leitura e o *hobby* de visitar alfarrabistas. Também apreciam passear juntos pela cidade e tomar café. Apesar dos conflitos, reconhecem que podem contar com o apoio um do outro em momentos de necessidade, dando exemplos do dia a dia. Expressaram o desejo de viver juntos assim que o companheiro consiga um emprego, embora a companheira acredite que ele não se tem esforçado o suficiente nessa procura. No passado, o casal valorizava o sentido de humor e o sarcasmo como elementos

de conexão, mas ambos referiram que essa dinâmica se perdeu nos últimos tempos. Ainda assim, relataram um bom entendimento na intimidade, apesar da falta de tempo e oportunidade para estarem a sós.

Foi estabelecido o contrato terapêutico com a família, em que os membros definiram que o objetivo desta intervenção seria melhorarem a sua comunicação familiar e sentirem maior respeito mútuo. Foi assinado o consentimento informado e foram aplicados os instrumentos de avaliação Escala de Adaptabilidade e Flexibilidade Familiar – Faces IV e os Indicadores de resultado NOC “Funcionamento Familiar” e “Resiliência Familiar”. Os resultados obtidos encontram-se organizados em tabelas no Anexo XIII.

Os dados colhidos na avaliação familiar realizada, tornam evidentes várias problemáticas familiares, bem como os seus pontos fortes e encontram-se resumidos no quadro seguinte (Quadro 10):

Quadro 10 - Resumo das necessidades/ problemas e pontos fortes familiares obtidos na avaliação inicial

Necessidades/ Problemas identificados	
Comunicação familiar pouco efetiva: • <u>Padrão de comunicação circular negativo</u> - críticas, correções constantes e dificuldades na expressão das necessidades individuais, o que reforça a tensão e a frustração entre ambos • <u>Constantes interrupções</u> no discurso da companheira. • <u>Mentiras</u> • <u>Ausência de estratégias de resolução de conflito</u> eficazes (perpetuando a tensão)	
Presença de Estigma Familiar • Impacta a companheira e simultaneamente potencia o risco de Autoestigma por parte da PNCSM.	
Necessidade de informação: • Perturbação de Uso de Substâncias, Estigma(familiar), Técnicas de comunicação assertiva/ não violenta e recursos comunitários disponíveis para a procura de emprego.	
Funcionamento familiar ineficaz: • Disparidades nos resultados obtidos na <u>escala de avaliação Faces IV</u>, revelam falta de estrutura, coesão e flexibilidade familiar, com adaptabilidade comprometida. • Todos os elementos destacaram problemas de comunicação e mostraram também <u>insatisfação</u> relativamente ao seu funcionamento familiar. • <u>Indicadores NOC</u> revelaram igualmente necessidade de melhorar o funcionamento familiar e resiliência.	
A nível Individual: • <u>Companheira</u> – Autoconceito comprometido e a ausência de autonomia emocional. • <u>Companheiro</u> - Padrão de controlo excessivo e inflexibilidade, necessitando da reformulação das suas crenças acerca da necessidade de ordem e previsibilidade na relação.	
Pontos Fortes e Forças	
• <u>Hobbies partilhados</u>: leitura e visitas a Alfarrabistas + Passeios • <u>Apoio Mútuo</u>	• <u>Vontade de viverem juntos</u> • <u>Humor e Sarcasmo</u> (ultimamente não presente)

Perante os dados colhidos, foram identificados os Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultados definidos para a intervenção. Estes apresentam-se no quadro seguinte (Quadro 11):

Quadro 11 - Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultados estabelecidos para a Intervenção Familiar no contexto de cuidados diferenciados

Diagnósticos de Enfermagem
• Processo Familiar Comprometido • Potencialidade para melhorar a consciencialização da Família da influência do estigma familiar; • Potencialidade para melhorar conhecimento sobre estigma; • Potencialidade para melhorar consciencialização da Família sobre a influência da comunicação no funcionamento familiar; • Potencialidade para melhorar conhecimento da Família sobre estratégias de comunicação assertiva. • Potencialidade para melhorar conhecimento da Família sobre estratégias de resolução de problemas.
Objetivos
• Diminuir o estigma familiar; • Promover alteração de pensamentos estigmatizantes; • Promover consciencialização sobre a influência do estigma familiar; • Promover conhecimento sobre estigma; • Melhorar o funcionamento familiar; • Melhorar a comunicação Familiar; • Melhorar a resiliência familiar; • Melhorar a adaptabilidade, a coesão e satisfação familiar, dos membros; • Promover conhecimento da Família sobre técnicas de comunicação assertiva e resolução de conflito; • Promover consciencialização da Família sobre a influência da comunicação e empatia no funcionamento familiar.
Crítérios de Resultado
• Que os membros familiares se consciencializem da importância do padrão de comunicação familiar e seu impacto no funcionamento familiar. • Que os membros familiares melhorem o conhecimento sobre estratégias de comunicação assertiva / não violenta. • Que os membros familiares apliquem estratégias de comunicação assertiva / não violenta. • Que os membros familiares se consciencializem sobre a influência do Estigma familiar; • Que os membros familiares alterem os pensamentos e discurso estigmatizante. • Que os membros familiares comuniquem entre si de forma mais assertiva e empática, respeitando os tempos e diferenças entre membros. • Que os membros criem rituais familiares conjuntos. • Que os membros familiares apresentem melhoria nos resultados individuais de coesão e flexibilidade familiar, bem como na comunicação e satisfação com o funcionamento familiar (FACES IV) e a família apresente melhoria nos indicadores de resultado NOC selecionados.

➤ *Execução da Intervenção:*

Durante as duas sessões de intervenção familiar, baseadas no MCIF, procurámos dirigir a nossa intervenção para as forças identificadas e estratégias já eficazes e ajudar o casal a descobrirem novos recursos e pontos de encontro, face aos seus desafios e necessidades identificadas. O planeamento das sessões encontra-se no Anexo XII.

A **nível cognitivo**, foi realizada a consciencialização da família sobre o padrão de comunicação circular negativo e o Estigma Familiar, através de dinâmicas interativas e psicoeducação acerca da Perturbação de Uso de Substâncias e do impacto do estigma, no contexto dos comportamentos aditivos. Foram ensinadas técnicas de comunicação assertiva, comunicação não violenta, estilos de comunicação e estratégias de resolução de problemas, que foram instruídas e treinadas com exemplos práticos do quotidiano familiar, utilizando sobretudo a técnica de modelagem. Foi enfatizada a importância da coerência entre a linguagem verbal e não verbal, uma vez que essa se

revelou uma dificuldade dos membros, durante este treino. Ainda neste domínio, foram elogiadas as forças da família, como o apoio mútuo e interesses comuns, sendo também salientada a importância de resgatar atividades passadas que estimulassem o humor e o sarcasmo como característica partilhada. A família mostrou-se interessada na apresentação das temáticas, colocando questões para maior entendimento e participando ativamente nas sessões e dinâmicas.

No **âmbito afetivo**, foram validadas as respostas emocionais dos membros da família, explicando que, frequentemente, famílias com antecedentes de perturbação de uso de substâncias e dificuldades financeiras ou impossibilidade de coabitação experienciam momentos de insegurança e instabilidade emocional relativamente ao companheiro. Foi discutido como uma comunicação mais aberta, clara e honesta pode ajudar a superar esses desafios. Durante as sessões, foram incentivados a partilhar as suas preocupações e narrativas pessoais, enquanto o outro escutava atentamente, sem interrupções. A companheira revelou que nunca tinha percebido que a sua dificuldade em aceitar o passado do parceiro era uma forma de estigma e que a sua atitude acusatória tinha um impacto negativo em ambos. Pediu desculpa ao companheiro. Por sua vez, o companheiro referiu que desconhecia que a presença de um quadro da sua ex-companheira a incomodava tanto e lhe causava insegurança. Reconhecendo isso, decidiu descartá-lo.

No **âmbito comportamental**, a família foi incentivada a apoiar-se mutuamente, retomar rituais conjuntos anteriores, como idas ao teatro e cinema, e continuar a passear pela cidade. Considerando a meta do casal de viverem juntos, foi salientada a importância da procura ativa de emprego para o cliente. Foram incentivados a pesquisar, em conjunto, oportunidades na internet e no centro de emprego, e o cliente foi aconselhado a solicitar apoio da Assistente Social da (ET). Realizou-se ainda uma dinâmica em que o casal identificou vantagens e desafios de viverem juntos, refletindo sobre medidas a serem adotadas. Como resultado, decidiram melhorar competências individuais e resolver questões logísticas. A companheira comprometeu-se a aprender a cozinhar com a sua mãe, enquanto o Sr. C. ficou responsável por entender o processo necessário para contratação de serviços essenciais, como água e eletricidade. Ambos demonstraram entusiasmo com essa reflexão conjunta e a divisão de tarefas. Na segunda sessão, foi realizada uma dinâmica baseada na técnica comportamental de *Role-play* com troca de papéis, que emocionou ambos os membros. Relataram que essa atividade os ajudou a compreender melhor as dificuldades do outro e a desenvolver uma visão mais empática dos desafios individuais. O exercício culminou em um abraço caloroso e prolongado, seguido de um pedido de desculpas mútuo.

A nível individual, a companheira foi incentivada a dedicar-se a momentos de autocuidado mental individual. Escolheu retomar a escrita de poemas, um hábito que havia abandonado. Como estratégia complementar, sugerimos o início de um diário de emoções e de registo de méritos diários, promovendo o reconhecimento do seu valor próprio e promover o seu autoconceito. Na

sessão seguinte, trouxe um “poema de amor-próprio” (sic), que leu em voz alta, demonstrando timidez, mas também aparente orgulho.

Relativamente ao parceiro, este foi incentivado a sair da sua zona de conforto e a trabalhar a sua flexibilidade. Um desafio recorrente no seu dia-a-dia estava relacionado com o fato deste chegar sempre com demasiada antecedência aos encontros, o que gerava frustração quando a companheira se atrasava ligeiramente (minutos) e, reagindo muitas vezes com comportamento verbal agressivo. Como exercício, foi desafiado a chegar propositadamente atrasado aos encontros, contrariando o seu padrão habitual. O cliente cumpriu o desafio, embora tenha relatado que foi uma das experiências mais desafiantes para si e que o fez refletir sobre a necessidade de ser mais tolerante.

Na última sessão, de avaliação final, observou-se uma mudança significativa na interação do casal: chegaram de mãos dadas e permaneceram assim ao longo da sessão, sentando-se próximos e de forma descontraída. Ambos relataram uma melhoria notória na comunicação familiar, conseguindo dialogar de forma mais calma e respeitosa, sentindo-se igualmente ouvidos e valorizados. Referem que ainda acontecem alguns momentos de desentendimento, mas que a comunicação nunca mais escalou da mesma forma. Destacaram que uma das conquistas foi a pesquisa conjunta por emprego, que resultou na marcação de três entrevistas para a semana seguinte.

Assim, concluímos, em conjunto com a família, que o objetivo inicialmente definido foi alcançado. Durante as sessões, verificou-se uma melhoria substancial na comunicação familiar. Embora ainda ocorressem momentos de comunicação agressiva e crítica mútua, uma vez que este padrão estava enraizado, foi notório o seu esforço em promover mudanças positivas. A evolução do casal evidenciou-se tanto no comportamento quanto no relato das suas perceções sobre a relação, consolidando os ganhos obtidos através da intervenção.

➤ *Resultados obtidos:*

Os resultados comparativos obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados, pré e pós intervenção, encontram-se organizados em tabelas, no Anexo XIII.

A análise dos resultados obtidos na Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV, revela melhorias significativas no funcionamento familiar após a intervenção. Observa-se um aumento expressivo na coesão familiar tanto no companheiro (de 50 para 70) quanto na companheira (de 40 para 65), indicando um fortalecimento dos laços afetivos e maior proximidade emocional entre os membros da família. Fato este comprovado presencialmente nas sessões. A flexibilidade também apresentou melhoria, sendo mais acentuada na companheira (de 36 para 50), o que sugere maior capacidade de adaptação a mudanças e reorganização dos papéis familiares.

A redução dos valores de desagregação, em ambos os membros familiares, reflete uma menor tendência ao distanciamento emocional, enquanto o aumento da rigidez no companheiro (de 60 para 70) pode indicar que, apesar da maior proximidade familiar, ainda há resistência à adaptação a novas dinâmicas. Além disso, a caoticidade da companheira aumentou de 16 para 32, sugerindo uma percepção de instabilidade estrutural, o que pode estar relacionado à procura de um novo equilíbrio familiar. Os rácios de coesão e flexibilidade aumentaram consideravelmente, especialmente na companheira, cujo rácio de coesão passou de 1,21 para 3,25, e o rácio total de 1,36 para 2,58, demonstrando uma evolução para um funcionamento mais equilibrado e adaptável.

Na escala de comunicação, ambos os membros do casal apresentaram progressos, passando do percentil 50 para 61 no caso do companheiro e do percentil 30 para 40 no caso da companheira. Esses resultados sugerem uma melhoria na qualidade da comunicação intrafamiliar, essencial para a resolução de conflitos e fortalecimento das relações. A escala de satisfação também apresentou progressos, embora mais discretos, indicando uma maior percepção de bem-estar.

Os indicadores de resultado NOC "Funcionamento Familiar", refletem uma evolução positiva em diversas dimensões essenciais para a funcionalidade familiar. Observa-se uma melhoria na capacidade de regular comportamentos, distribuir responsabilidades e manter um núcleo estável de tradições. A adaptação às transições do ciclo vital e a crises inesperadas também evoluiu, passando de valores baixos (2) para níveis mais elevados (4).

Além disso, verificou-se um progresso na aceitação da diversidade entre os membros, na expressão mais honesta de sentimentos e no envolvimento de todos na resolução de problemas e conflitos. Esses aspetos são fundamentais para um funcionamento familiar saudável, promovendo uma dinâmica mais colaborativa e menos centrada em padrões disfuncionais. Também houve avanços significativos no apoio mútuo entre os membros da família, reforçando a importância da interdependência no bem-estar coletivo.

No que se refere aos indicadores de resultado NOC "Resiliência Familiar", os dados apontam um aumento na capacidade da família de propor soluções construtivas para desentendimentos, adaptar-se a adversidades e expressar confiança na superação de desafios. A comunicação entre os membros também melhorou substancialmente, com aumento na clareza da comunicação e na capacidade de esclarecer ambiguidades. Esses fatores são determinantes para a coesão e para a manutenção da estabilidade familiar diante de situações de crise. A família passou a relatar maior partilha de humor e aprendizagem com as experiências vividas, aspetos que contribuem para uma resiliência mais consolidada.

Em síntese, os resultados demonstram que a intervenção teve um impacto positivo na funcionalidade e resiliência da família. Embora persistam desafios, como a rigidez do companheiro e a instabilidade percebida pela companheira, a evolução observada nos diferentes domínios

sugere um fortalecimento da capacidade adaptativa e da comunicação entre os membros. Uma vez que este padrão de comunicação já estaria enraizado na relação há muito tempo, seria de grande utilidade uma nova aplicação dos instrumentos de avaliação em *follow-up*, no sentido de perceber se estes resultados serão sustentados a longo prazo.

➤ *Intervenção de Sensibilização para a Intervenção Familiar e Combate ao Estigma no âmbito dos comportamentos aditivos, para a Equipa de Enfermagem do ET*

Durante o estágio foi detetada uma necessidade formativa para a equipa Enfermagem da ET relativamente à Intervenção Familiar e combate ao Estigma de cortesia e familiar, no âmbito dos comportamentos aditivos. Foi verificada ausência de implementação de qualquer intervenção familiar na ET e, em reflexão conjunta com o enfermeiro tutor e restante equipa de enfermagem, um dos motivos referidos para este fato seria, entre outras barreiras, a falta de conhecimento de Modelos de Enfermagem de Avaliação e Intervenção familiar e falta de formação específica acerca deste tipo de intervenção. Simultaneamente, foi assumida pela equipa alguma “hesitação” e “renitência”, por parte dos enfermeiros, no contato com as famílias, bem como dificuldades no acesso às famílias da PNCSM acompanhadas na ET.

Estes dados obtidos, por colheita informal, indicaram a possibilidade de existência de eventuais atitudes estigmatizantes por parte da equipa no contato com os familiares e corroboram a literatura atual, que evidencia a presença de atitudes estigmatizantes entre os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros que atuam no âmbito dos comportamentos aditivos (Hsiao et al., 2023; Vargas et al., 2021). Essas atitudes podem impactar negativamente a prática clínica, resultando em intervenções inadequadas. A literatura sugere que essas atitudes podem estar relacionadas, entre outros fatores, à falta de compreensão sobre os múltiplos determinantes da perturbação, à formação insuficiente no que diz respeito à PUS e ao conhecimento limitado sobre estratégias de comunicação eficazes com essa população, bem como sobre a importância do envolvimento e intervenção familiar, especialmente neste contexto (Bernier & Barroso, 2024; Hsiao et al., 2023; Seabra et al., 2021; Vargas et al., 2021).

No estudo de Kitt-Lewis & Adam (2025), que analisou as experiências e perspetivas de enfermeiros que trabalham em comportamentos aditivos, estes destacam três temas fundamentais com impacto na sua prestação de cuidados: a experiência pessoal influencia a experiência profissional; a experiência profissional anterior afeta a prática atual; e, por fim, o estigma influencia a qualidade dos cuidados prestados no âmbito dessa perturbação. A evidência atual realça a necessidade de formação contínua e treino dos enfermeiros, sugerindo os resultados obtidos que um maior conhecimento aumenta a confiança e preparação dos profissionais para uma relação terapêutica mais efetiva, melhoria da comunicação e intervenção mais adequada (Bernier & Barroso, 2024; Kitt-Lewis & Adam, 2025; Maybery et al., 2021). Estes autores recomendam intervenções educativas e

ações de sensibilização sobre essas temáticas, que promovam a partilha de experiências entre profissionais e a reflexão conjunta sobre a prática. Além disso, aconselha-se a inclusão de testemunhos de PNCSM e seus familiares, enquanto utilizadores dos serviços, como estratégia de sensibilização e formação (Bernier & Barroso, 2024; Kitt-Lewis & Adam, 2025; Maybery et al., 2021).

Para dar resposta a esta necessidade, decidimos realizar uma sessão de sensibilização da equipa de Enfermagem da ET, mas, por considerar uma temática pertinente, a Enfermeira coordenadora sugeriu incluir também os enfermeiros das restantes ET pertencentes a este CRI.

Assim, por forma a facilitar a logística e evitar o deslocamento dos profissionais à ET, a atividade diagnóstica baseou-se num formulário online digital autoadministrado, disponibilizado pela plataforma online *Microsoft Forms* (*Microsoft 365*), contendo um breve questionário sociodemográfico e um questionário de avaliação de conhecimentos.

A caracterização do grupo de participantes baseou-se nas oito respostas obtidas na avaliação inicial. No entanto, importa referir que, durante a sessão, estiveram presentes 10 participantes e os questionários de avaliação de conhecimento e satisfação aplicados no final obtiveram apenas cinco respostas, pelo que análise comparativa dos resultados será apenas baseada nestas cinco respostas (codificadas).

A maioria dos enfermeiros (62,5%) eram do sexo masculino. Todos os enfermeiros eram detentores de grau de especialidade em Enfermagem, cinco eram EEESMP, um especialista na área de Enfermagem médico-cirúrgica, um especialista na área de Enfermagem Comunitária e um especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Relativamente ao tempo de serviço no contexto dos comportamentos aditivos este variava entre um e 33 anos de serviço, sendo a média de 14,4 anos.

Sobre os benefícios do envolvimento familiar no projeto terapêutico da PNCSM, cinco enfermeiros (62,5%) afirmaram que sim, que teria benefícios, enquanto três (37,5%) consideraram que dependeria, devendo ser analisado caso a caso. O mesmo resultado foi observado quanto aos benefícios para a família. Quanto à atenção às questões familiares e contextuais na sua prática diária, apenas um enfermeiro respondeu que sim que estaria atento a esta temática, um enfermeiro respondeu que não e a maioria (75%) responderam que "nem sempre". Relativamente à pergunta se, no caso de terem uma PUS, confessariam a alguém 87,5% responderam que não e todos sentir-se-iam "inferiores" no caso de terem uma perturbação de uso de substância.

As principais barreiras à intervenção familiar identificadas foram a falta de competência e formação específica sobre a temática Família, o desinteresse por parte dos familiares, a escassez de tempo e de recursos humanos. Apenas um enfermeiro conhecia um modelo de avaliação e intervenção familiar e nenhum sabia que a intervenção familiar pode ser uma intervenção autónoma do EEESMP.

Os resultados obtidos no questionário de avaliação de conhecimento inicial encontram-se apresentados no Anexo XV.

Perante os dados colhidos, foram identificados diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultado, que são apresentados no Quadro 12:

Quadro 12 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado identificados para a Intervenção de sensibilização dos enfermeiros

Diagnósticos de Enfermagem
• Potencialidade para melhorar consciencialização sobre a influência do envolvimento e intervenção familiar por parte do Enfermeiro para a PNCSM, família e equipa de saúde; • Potencialidade para melhorar conhecimento dos enfermeiros acerca da intervenção familiar, baseada no MCAIF. • Potencialidade para melhorar a consciencialização da influência do estigma na prestação de cuidados, no âmbito dos comportamentos aditivos; • Potencialidade para melhorar conhecimento sobre estigma.
Objetivos
• Promover consciencialização sobre a influência do envolvimento e intervenção familiar por parte do enfermeiro para a PNCSM, família e equipa de saúde. • Promover conhecimento sobre intervenção familiar, baseado no MCAIF. • Promover conhecimento sobre estigma. • Promover alteração de pensamentos estigmatizantes. • Promover consciencialização sobre a influência do estigma na prestação de cuidados, no âmbito dos comportamentos aditivos. • Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no contexto da ET.
Critérios de Resultado
• Que os Enfermeiros identifiquem benefícios para a PNCSM, família e equipa de saúde aquando envolvimento e intervenção familiar por parte do enfermeiro. • Que os Enfermeiros identifiquem, pelo menos, um Modelo Teórico de Enfermagem de Avaliação e Intervenção familiar. • Que os Enfermeiros reconheçam a intervenção familiar como intervenção autónoma de ESMP. • Que os Enfermeiros diminuam os pensamentos estigmatizantes; • Que os Enfermeiros se consciencializem da influência do estigma na prestação de cuidados; • Que os Enfermeiros identifiquem os diferentes tipos de Estigma.

O planeamento das sessões encontra-se apresentado no Anexo XIV.

Por forma a permitir acesso a todos os enfermeiros da ET, ficou definido que o formato da sessão seria online, via plataforma *Microsoft Teams* (*MicrosoftOffice 365*).

➤ *Execução da Intervenção*

Durante a sessão, os conteúdos foram apresentados com recurso a uma apresentação em *PowerPoint* (Anexo XIV). Após a apresentação inicial, foi conduzido um exercício reflexivo sobre estigma e família, seguido de uma dinâmica de partilha grupal como estratégia de “quebra-gelo”. Foram abordados o conceito de família, as experiências dos familiares cuidadores no contexto dos comportamentos aditivos e a temática do estigma, com destaque para a distinção entre estigma por associação e estigma familiar.

Nesta sequência, discutiu-se o papel do enfermeiro na abordagem às famílias e foram apresentadas as diferentes modalidades de intervenção no âmbito da ESMP. Considerando a lacuna de conhecimento identificada na avaliação de necessidades relativamente aos modelos teóricos de avaliação e intervenção familiar, foi introduzido o MCAIF. Foi destacada, de forma sumária, a estrutura proposta e os aspetos-chave das intervenções sugeridas por Wright e Leahey (2012). Após essa exposição, exploraram-se os benefícios da intervenção familiar para a PNCSM, para a própria família e para a equipa de saúde, além das principais barreiras à implementação dessa abordagem na prática clínica. Como exemplo de uma intervenção estruturada conduzida pelo EEESMP, foi apresentada a Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar, desenvolvida neste ET, no âmbito de um estudo de caso.

Durante toda a sessão, os enfermeiros participaram ativamente nos exercícios de reflexão propostos, esclareceram dúvidas e promoveram uma partilha de experiências pessoais entre os participantes, imprimindo na sessão um carácter dinâmico e interativo enriquecedor e promotor da aprendizagem interpares.

No final da sessão, vários participantes destacaram a importância destes momentos de aprendizagem e reflexão conjunta para a melhoria e maior uniformização na sua prática clínica diária. Um dos EEESMP, que referiu já se encontrar em fase embrionária do desenvolvimento de um projeto dirigido às famílias noutra ET, salientou que esta sessão, se revelou de grande utilidade e ajuda, proporcionando-lhe maior confiança e motivação para avançar com a iniciativa.

➤ *Resultados obtidos*

Os resultados obtidos da aplicação do Questionário de avaliação de conhecimentos durante a avaliação final, encontram-se apresentados no Anexo XV.

Conforme supracitado, apenas foram incluídos nesta avaliação comparativa, os resultados obtidos pelos cinco participantes que completaram o preenchimento deste instrumento na avaliação inicial e final.

A intervenção revelou um impacto significativo na aquisição de conhecimentos, registando-se um aumento expressivo na percentagem de respostas corretas. A média de respostas corretas na avaliação inicial foi de 40%, enquanto na avaliação final foi de 96,3%, com destaque para conceitos fundamentais como a definição de família (+80%), o impacto dos comportamentos aditivos no sistema familiar (+40%) e a distinção entre os diferentes tipos de Estigma neste âmbito (+100%). Além disso, verificou-se um progresso substancial na assimilação dos princípios do MCAIF, nomeadamente no reconhecimento da abordagem baseada nas forças e pontos fortes da família (+40%) e no papel do enfermeiro perante este modelo teórico (+80%).

A evolução positiva das respostas obtidas no questionário pré e pós-intervenção reforça a relevância desta ação de sensibilização na consciencialização e capacitação dos enfermeiros para a intervenção familiar, contribuindo eventualmente para uma prática clínica especializada de maior qualidade e baseada na evidência. Além disso, os resultados do inquérito de satisfação refletem uma perceção igualmente positiva da sessão, com a maioria dos participantes assinalando a opção “muito satisfeito”. Os comentários registados na pergunta de resposta livre, como “Perfeita” (sic), “Excelente formação, parabéns!” (sic) e “Muito útil para a nossa prática clínica” (sic), reforçam a importância e o impacto desta iniciativa na qualificação dos profissionais de saúde.

4.3. “Fora de Portas” - Contexto Comunitário

O terceiro e último momento de estágio do Módulo II do MESMP foi desenvolvido em contexto comunitário, no período decorrido entre o dia 25 de novembro e o dia 10 de janeiro de 2025.

4.3.1. Caracterização do Contexto Clínico

Este momento do estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] da zona norte do país. Esta tem uma área de abrangência de uma freguesia e a equipa multidisciplinar é constituída por uma Enfermeira Generalista e Enfermeiros Especialistas de várias áreas, nomeadamente Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Reabilitação, Saúde Comunitária; uma Assistente Social e conta também com o apoio de uma Nutricionista, uma Psicóloga e de uma Administrativa.

O método de referenciação é, preferencialmente, o informático (Programa SClinico), via email institucional, contato telefónico ou formato de papel. Este é efetuado, principalmente, pelos Enfermeiros e/ou Médicos das Unidades de Saúde Familiar [USF] e Unidades de Cuidados Saúde personalizados [UCSP], da área de abrangência desta UCC. Para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados a referenciação é efetuada através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

No âmbito da ESMP, a atuação e intervenção do EEESMP abrange vários eixos de atuação: um dirigido aos Cuidadores Informais e pessoas portadoras de perturbação mental do foro neurocognitivo (sobretudo demências), um dirigido à Saúde Escolar, um dirigido aos comportamentos aditivos (área de Redução de risco e Minimização de danos), um dirigido à Equipa de Prevenção de Violência contra Adultos e outro dirigido à Promoção da LSM no período perinatal.

No âmbito do eixo dos Cuidadores informais e pessoas com perturbação do foro mental (perturbação neurocognitiva) a consulta de Enfermagem é realizada, por marcação, presencialmente na UCC ou no domicílio do cliente.

No âmbito da Saúde Escolar esta ocorre nas Escolas da área da abrangência da UCC. A Equipa é constituída por Enfermeiras Especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária e ESMP, que trabalham em estreita colaboração. As marcações com as escolas são feitas pessoalmente. A intervenção na Saúde Escolar inicia-se no período pré-escolar e vai até ao Ensino Secundário.

As sessões de preparação para a parentalidade no pré-parto (todas presenciais) são desenvolvidas pelas Enfermeiras de Saúde Materna e Obstétrica e no pós-parto as sessões são dinamizadas pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica, com apoio das Enfermeiras de Saúde Materna e Obstétrica no que concerne à amamentação. A intervenção da EEESMP ocorre nas sessões destinadas à Promoção da LSM no pré-parto (duas sessões) e pós-parto (duas sessões).

Mensalmente há uma reunião do Conselho Geral de Equipa da UCC.

Por forma a cumprir os objetivos, foram desenvolvidas atividades, as quais se encontram representadas, de forma sumária, no seguinte Esquema-Matriz da Intervenção (Figura 4):



Figura 4 - Esquema-Matriz de Intervenção no contexto comunitário

4.3.2. Intervenções desenvolvidas

No projeto realizado, delineámos como intervenção principal para este contexto: a Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal, dirigida a casais/ pais no período pré e pós-parto. Além da implementação dessa intervenção e conforme assinalado no esquema-matriz apresentado, foi

ainda possível realizar um estudo de caso individual e um familiar, também no âmbito do período perinatal. Adicionalmente, tivemos a oportunidade de assistir e participar colaborativamente em algumas sessões de Saúde Escolar, abordando temáticas relacionadas com a Saúde Mental, nomeadamente comportamentos aditivos e sexualidade, em diferentes etapas do desenvolvimento e níveis escolares.

De seguida, serão apresentadas as intervenções realizadas, separadamente, de modo a facilitar o entendimento do trabalho desenvolvido.

- ***Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal***

A transição para a parentalidade é uma transição de desenvolvimento vital que requer ajustes maternos, paternos, conjugais e do sistema familiar, obrigando a uma reorganização de papéis que tem potencial de causar dificuldades na adaptação psicológica, na satisfação e no relacionamento conjugal e aumento dos níveis de stress (Irvine et al., 2021; Macedo & Pereira et al., 2014; Park et al., 2020, como citados em Sampaio, Pereira et al., 2023).

Para o recém-nascido, o período perinatal constitui-se, igualmente, como um momento crucial com impacto significativo na sua saúde mental futura. A importância dessa fase tem sido amplamente estudada e debatida por diversos especialistas em desenvolvimento infantil, incluindo Anne Freud, René Spitz e John Bowlby (Macedo & Pereira, 2014, como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023). As interações precoces entre mãe, pai e bebé, que têm início ainda *in utero*, são benéficas tanto para o desenvolvimento fetal como para os pais e o sistema familiar (Correia & Santo, 2017, como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023).

A literatura destaca que a saúde mental materna está diretamente relacionada com a saúde mental na primeira infância, podendo influenciá-la significativamente. Em casos de perturbação mental materna, como a depressão perinatal, há um aumento do risco de perturbação mental infantil, que pode persistir até à idade adulta (Goodman et al., 2019, como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023). Dessa forma, a primeira interação e o estabelecimento de uma vinculação precoce segura entre mãe e filho são fatores determinantes para um desenvolvimento mental saudável da criança (Papapetrou et al., 2020; Stein et al., 2014, como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023).

De acordo com Coates e Foueur (2019), o período perinatal constitui uma fase de elevada vulnerabilidade física, emocional e social para muitas mulheres, sendo que as estimativas apontam que entre 15 a 25% experienciam algum problema de saúde mental nesse período. As perturbações depressivas e de ansiedade são mais prevalentes (Coates & Foueur, 2019), sendo que em casos de perturbação mental materna, como a depressão perinatal, há um aumento do risco de perturbação mental infantil, que pode persistir até à idade adulta (Goodman et al., 2019, como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023). Dessa forma, a primeira interação e o estabelecimento de uma

vinculação precoce segura entre mãe e filho são fatores determinantes para um desenvolvimento mental saudável da criança (Papapetrou et al., 2020; Stein et al., 2014, como citados em Sampaio, Pereira et al., 2023).

Há evidência crescente de que a transição para a paternidade também está associada a um maior risco de perturbações mentais, com impacto no desenvolvimento e comportamento do bebé. Estudos indicam que a prevalência de depressão perinatal nos homens é de aproximadamente 8% (Cameron et al., 2016; Wong et al., 2016, como citado em (Sampaio, Martins et al., 2023) Assim, torna-se essencial que a saúde mental paterna seja igualmente monitorizada, especialmente durante o período perinatal (Frayne et al., 2014, como citado em Sampaio, Pereira et al., 2023).

O estigma associado às perturbações mentais, no contexto específico “gravidez e perturbação mental”, bem como o autoestigma relacionado ao sentimento de incapacidade para cuidar do bebé, podem contribuir para o agravamento da sintomatologia. Esse estigma tem um impacto significativo na procura de ajuda por parte das famílias afetadas, sendo que os sintomas são frequentemente desvalorizados pelos profissionais de saúde (Hambidge et al., 2021; Macedo & Pereira, 2014, como citados em Sampaio, Pereira et al., 2023).

A WHO (2022b; 2022c) destaca o período perinatal como uma fase de alto risco para a saúde mental, recomendando a implementação de programas de intervenção direcionados à saúde materna, paterna e familiar durante essa transição do ciclo de vida. Evidências recentes sugerem que intervenções psicoeducativas e de promoção da LSM no período perinatal, dirigidas tanto a grávidas e companheiros quanto a pais após o nascimento da criança, apresentam benefícios individuais e familiares. Esses programas estão associados a uma maior consciencialização sobre a gestão da saúde mental, aumento da confiança parental, melhor capacitação na resolução de problemas e procura de ajuda de forma atempada (Irvine et al., 2021; Rominov et al., 2016; Shorey & Chan, 2020; Yuen et al., 2022). Perante o exposto, torna-se evidente a necessidade de intervenção junto desta população durante o período perinatal.

Nas intervenções desenvolvidas neste âmbito, os destinatários das mesmas foram os pais (mãe, pai e/ou casal) inscritos no Projeto dirigido à Parentalidade, já existente na UCC. Foi realizado um novo planeamento e estruturação das sessões, bem como a adaptação e ajuste dos conteúdos, de forma a melhor responder às necessidades específicas encontradas.

Nesta intervenção foi escolhido o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para assentar a nossa prática. Por conseguinte, foram exploradas características e experiências individuais e outras determinantes biopsicosocioculturais das grávidas/ mães participantes na avaliação inicial e durante a intervenção caso a caso, identificando conhecimento e sentimentos associados à mudança de estilo de vida e comportamento pretendido. E, por fim, foram identificados, caso a caso, quais os resultados comportamentais obtidos e se foram de encontro ao esperado.

Para a seleção dos participantes foram estabelecidos como critérios de inclusão: inscrição no projeto de preparação para a parentalidade da UCC e participação voluntária e consentida. Assim, as sessões no período pré-parto foram destinadas às grávidas e/ou casal e as sessões pós-parto, às mães, pais e famílias. A duração prevista por sessão, será de 60-90 minutos, cumprindo a duração do programada pré-existente na UCC.

Apesar do destaque dado, na literatura, à importância da avaliação da saúde mental paterna, cumprindo uma certa lógica institucional, no que se refere à avaliação destas sessões, foi apenas possível realizar a atividade diagnóstica dirigida às mulheres (grávidas e mães) inscritas no projeto, não tendo obtido autorização para a sua aplicação aos pais. Assim, os dados de caracterização do grupo não incluíram dados acerca dos pais participantes e a sua avaliação ficou restrita à observação da interação durante as sessões.

A atividade diagnóstica nestas intervenções, por forma a otimizar a logística e a evitar a necessidade de deslocação dos participantes à instituição numa fase, já por si, dinâmica e de gestão complexa, como é o período perinatal, foi realizada através da aplicação de um questionário digital autoadministrado, disponibilizado por meio da plataforma online *Microsoft Forms (Microsoft 365)*.

Na atividade diagnóstica realizada junto às mães no período pré e pós-parto, optámos por incluir não apenas uma avaliação dos sinais e sintomas de perturbação mental, mas também um instrumento que permitisse avaliar os aspetos positivos da saúde mental, como determinante de saúde de relevo que é. Dessa forma, procurámos alinhar-nos com o conceito de saúde mental proposto pela OMS, que não se limita à ausência de doença, mas abrange igualmente uma perspetiva salutogénica de bem-estar, focada na promoção da saúde mental positiva (Monteiro et al., 2021). Sendo esse um dos propósitos desta intervenção, serviu a introdução destes instrumentos também para avaliar a eficácia das intervenções nessa dimensão.

As intervenções de Promoção da Saúde e do Bem-Estar e de Promoção da LSM no período perinatal, devido à sua natureza grupal e à partilha de experiências interpares, configuram-se também como intervenções de âmbito sócio terapêutico. A evidência científica atual destaca os benefícios desse tipo de abordagem, nomeadamente: o sentimento de ser escutada, a experiência de compreensão empática e respeitosa, bem como a perceção de não julgamento e apoio (McLeish et al., 2023). No entanto, segundo os autores, existem também potenciais riscos, como o aumento da autocritica, a comparação social, a sensação de não ser ouvida ou validada nas suas dificuldades e a perceção de que o apoio está a ser demasiado diretivo. Os autores defendem, assim, que cabe ao profissional que dinamiza as sessões maximizar os benefícios e minimizar esses riscos. Tendo em consideração esta evidência, ao longo das sessões foram estabelecidas diretrizes fundamentais e regras, para otimizar a experiência de todos: não interromper a fala de ninguém durante a partilha de experiências e evitar expressões de crítica, hostilidade ou julgamento,

reconhecendo que cada pessoa procura adaptar-se da melhor forma possível, de acordo com os recursos de que dispõe.

➤ *Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal (Pré-Parto)*

● *Instrumentos de Avaliação*

Nas sessões de pré-parto, o formulário enviado incluía o consentimento informado, um breve questionário de caracterização sociodemográfica, histórico de saúde e informações sobre a gravidez atual, além da recolha de dados sobre a possível presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos nos sete dias anteriores. Para avaliar a eficácia das sessões, no domínio da saúde mental positiva, foi aplicada a Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; adaptação para a população portuguesa por Laranjeira, 2009). Já na vertente da LSM, utilizámos um questionário de avaliação de conhecimentos elaborado por nós.

De acordo com Reppold e colaboradores (2019), um dos instrumentos mais amplamente utilizados para avaliar a perceção subjetiva do bem-estar com a vida é a **Escala de Satisfação com a Vida**, desenvolvida por Diener et al. (1985) e validada para a população portuguesa por Laranjeira (2009). Trata-se de um questionário composto por cinco itens, avaliados numa escala do tipo Likert de sete pontos, variando de um a sete, e que mede o grau de satisfação do indivíduo em relação às suas condições de vida e escolhas pessoais (Pedro, 2016; Reppold et al., 2019). Diferentes estudos (Aasheim et al., 2014; Gebuza et al., 2014; Gerymski et al., 2023; Pedro, 2016), confirmaram a validade da aplicação deste instrumento de avaliação no contexto perinatal, ressaltando sua importância na avaliação subjetiva do bem-estar de mulheres grávidas e no período pós-parto. Assim, optámos por este instrumento para avaliar o bem-estar subjetivo com a vida por parte das participantes na intervenção pré-parto.

O questionário de recolha de dados sobre a presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos, nos sete dias prévios, foi elaborado devido à inexistência, até o momento, de instrumentos validados em Portugal para avaliar essas dimensões especificamente durante a gestação. A construção de algumas questões, embora adaptadas, foi baseada na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Cox et al., 1987, adaptada para a população portuguesa por Augusto et al., 1996), por ser o instrumento validado cuja natureza se aproxima mais desta realidade.

Para elaborar o questionário de avaliação de conhecimentos, as perguntas foram baseadas nas boas práticas para a intervenção promotora da LSM no período perinatal, sugeridas em Sampaio, Pereira et al. (2023, p.34). Foram, além disso incluídas perguntas relativas a outras questões salientadas na literatura como sendo importantes serem abordadas neste período: conhecimento sobre competências emocionais e estilos de comunicação.

- *Atividade diagnóstica e caracterização do grupo*

O grupo de participantes foi composto por seis grávidas, com uma média de idade de 32,5 anos (mínimo de 26 e máximo de 37 anos). Em relação ao estado civil, 66,7% (n=4) eram casadas ou viviam em união de facto, enquanto 33,3% (n=2) eram solteiras. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 66,7% (n=4) possuíam ensino superior e 33,3% (n=2) tinham o ensino secundário. Todas as participantes planearam e desejaram a gravidez atual.

Quanto à paridade, 50% (n=3) eram primíparas, enquanto as restantes já tinham experiência prévia de gravidez. Entretanto, 33,3% (n=2) relataram perdas gestacionais anteriores, e apenas 16,7% (n=1) já tinham outro filho.

Durante a gestação atual, nenhuma participante relatou complicações consigo ou com o bebé. Em relação aos antecedentes de saúde, apenas uma grávida referiu diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada, estando medicada. No que se refere ao uso de substâncias, 66,7% (n=4) relataram consumo ocasional antes da gravidez (álcool, tabaco e cafeína), abstendo-se durante a gestação. As restantes 33,3% (n=2) negaram qualquer consumo prévio.

Neste ponto, salienta-se informar que, apesar de termos recebido seis respostas completas ao formulário de avaliação inicial e de termos contado com a presença de seis grávidas nas sessões, apenas quatro participantes completaram a avaliação final. Perante este constrangimento, a fim de conseguir estabelecer uma avaliação comparativa mais rigorosa dos resultados e, assim, garantir maior clareza na avaliação da eficácia da intervenção, foram só validados os dados dos instrumentos de avaliação, através de codificação, das participantes, que responderam aos mesmos antes e após a intervenção (n=4). Assim irão ser, somente, apresentados os dados dessas clientes, através da Tabela 1:

Tabela 1 - Dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação na Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal – Pré-Parto

Dados relativos aos três instrumentos de avaliação		
Recolha de dados relativo à presença de sintomas de ansiedade/depressão		
Afirmações	Sim	Não
Sinto-me mais ansiosa e com mais medo do que o habitual	3 (75%)	1 (25%)
Sinto-me mais triste do que o habitual	2 (50%)	2 (50%)
Choro com mais frequência	1 (25%)	3 (75%)
A tristeza ou sintomas de ansiedade afetam a minha vida diária	1 (25%)	3 (75%)
Tenho desejo de desaparecer ou intenção de agressão autodirigida	0 (0%)	4 (100%)
Sinto-me otimista e esperançosa relativamente ao futuro	4 (100%)	0 (0%)
Recolha de dados da Escala de Satisfação com a Vida		
Valor médio da escala	Valor mínimo	Valor máximo
24,3 (estado neutro, o indivíduo não se considera nem insatisfeito nem satisfeito com a sua vida)	20 (estado neutro)	30 (estado de extrema satisfação com a vida, associado a um elevado nível de bem-estar)
Recolha de dados através do questionário de avaliação de conhecimentos inicial		
Média das respostas corretas (em percentagem) – 47,5%		

Nos Gráficos ilustrativos 1 e 2 apresentamos os dados da avaliação obtidos por participante em detalhe da Escala de Satisfação com a Vida, e os dados de respostas corretas do questionário de avaliação de conhecimentos, respetivamente.

● *Planeamento*

Perante os dados colhidos, concluímos que as participantes, no geral, revelaram lacunas significativas no conhecimento no que se reporta a questões de LSM relevantes no período perinatal, especificamente durante a gestação. Simultaneamente, ficou destacada que a sua satisfação com a vida, em média apenas se encontrava num ponto neutro, e, portanto, apresentava potencial de melhoria.

Foram definidos Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultado, alinhados com esse propósito, que se encontram apresentados no Quadro seguinte (Quadro 13):

Quadro 13 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado definidos para a Intervenção de Promoção da LSM no período pré- parto

Diagnósticos de Enfermagem	
- Potencialidade para melhorar consciencialização das grávidas (e pais) sobre o impacto da saúde mental materna e paterna, na saúde mental familiar e do bebé. - Potencialidade para melhorar consciencialização das grávidas (e pais) sobre a importância das estratégias de autocuidado mental na promoção da saúde mental, bem-estar e satisfação com a vida e prevenção das perturbações mentais. - Potencialidade para melhorar conhecimento das grávidas (e pais) sobre fatores de risco e sinais e sintomas de alerta em saúde mental no período perinatal. - Potencialidade para melhorar conhecimento das grávidas (e pais) sobre estratégias de autocuidado mental no período perinatal. - Potencialidade para melhorar consciencialização das grávidas (e pais) da influência do Estigma em SM na procura de ajuda especializada atempada. - Potencialidade para melhorar conhecimento das grávidas (e pais) sobre Estigma.	
Objetivos	
Gerais - Promover LSM no período perinatal. - Promover a satisfação com a vida e bem-estar parental. - Prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais no período perinatal. - Promover a confiança parental e a capacitação para lidar com os desafios inerentes à transição para a Parentalidade. - Identificar de grávidas de risco para desenvolvimento de perturbações mentais e/ou grávidas com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva ativa que necessitem de encaminhamento.	Específicos - Melhorar o conhecimento sobre fatores de risco, bem como sinais e sintomas das perturbações mentais mais prevalentes no período perinatal; - Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado mental no período perinatal. - Melhorar a identificação precoce de perturbações mentais e pedido de ajuda especializada atempada; - Melhorar o conhecimento sobre Estigma em SM. - Melhorar o nível de satisfação com a vida e bem-estar das grávida (e pais).
Critérios de Resultado	
- Que as grávidas identifiquem sinais e sintomas das perturbações mentais mais prevalentes no período perinatal. - Que as grávidas identifiquem estratégias de autocuidado mental. - Que as grávidas atribuam importância às estratégias de autocuidado mental. - Que as grávidas considerem e identifiquem o Estigma como barreira ao pedido de ajuda precoce. - Que as grávidas apresentem melhoria nos resultados obtidos na Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985, adaptada para a população portuguesa por Laranjeira, 2009) e no Questionário de Avaliação de conhecimentos.	

Assim, enquadrando-nos nas datas de sessões já previamente definidas para este grupo, planeámos duas sessões de intervenção, dirigidas às temáticas onde foram verificadas maiores carências de informação e conhecimento. Os planos de sessão encontram-se no Anexo XVI.

- *Execução da Intervenção*

A **primeira sessão** foi iniciada com uma dinâmica de apresentação dos participantes, como forma de quebra-gelo. Seguiu-se a apresentação dos objetivos da intervenção bem como os conteúdos da sessão atual. De uma forma interativa foram explorados, colaborativamente com os participantes, quais os principais desafios para a saúde mental da mulher, do homem e do casal/família, durante a gravidez e período perinatal. Explicado que o período perinatal representa uma fase de transição individual e familiar, em que é possível surgirem ambivalência, dúvidas e medo/ansiedade. De seguida foi apresentado a definição do conceito de saúde mental e apresentada a evidência acerca da maior prevalência de perturbações mentais maternas e paternas neste período, com impacto significativo inclusivamente para o desenvolvimento do bebé. Foram explicadas quais as perturbações mentais mais prevalentes. A seguir foi distinguido o conceito de *Baby Blues no pós-parto* do conceito de DPP, apresentando sintomas e critérios de diferenciação. A depressão pós-parto foi enquadrada como perturbação mental grave, mas passível de tratamento e cura, principalmente no caso de procura de ajuda profissional precoce. Seguidamente, foi abordada a problemática do Estigma das perturbações mentais e enquadrada como principal barreira à procura de ajuda profissional atempada. Nesta sequência foram apresentados diferentes profissionais e/ou locais onde recorrer no caso de necessidade de ajuda. Por fim, foram apresentadas as estratégias de autocuidado mental e a importância da sua implementação com vista à promoção da saúde mental e prevenção da doença. Em toda a sessão foi estimulada a partilha de experiências e interação grupal, imprimindo um certo tom de leveza e bom humor, sem nunca suscetibilizar a seriedade dos assuntos tratados e apresentados. Os participantes salientaram que esta dinâmica facilitou a aprendizagem dos conteúdos e, simultaneamente, consideraram uma sessão extremamente importante, sendo que a maioria referiu não estar alertada para as implicações e riscos no que se reporta à saúde mental paterna e do bebé. Como plano de ação entre sessões foi oferecido, separadamente aos pais e mães, uma tabela de alegrias e conquistas, por nós elaborada, a ser preenchida por cada um, como exercício diário entre sessões.

A **segunda sessão** começou com a revisão dos conteúdos apresentados na sessão anterior e esclarecimento de eventuais dúvidas e, seguidamente, foi apresentada a estrutura e conteúdos da sessão atual. Nesta sessão começaram por ser exploradas as emoções básicas e diferenciado o conceito de emoção e sentimento. De seguida foi introduzido o tema comunicação com um exercício de role-play, convidando à participação ativa do grupo. Após o exercício foram apresentados os diferentes estilos de comunicação, salientando a importância da comunicação assertiva como

estratégia de autocuidado e empoderamento em todos os momentos, mas principalmente nas fases de maior vulnerabilidade e dúvida. Por fim, foi visualizado um pequeno vídeo de sensibilização acerca das temáticas, mas mostrando essencialmente que o vínculo mãe-pai-bébé começa ainda *in útero* e é o primeiro laço afetivo que o bebé estabelece. Mais uma vez a sessão foi de carácter dinâmico e participativo, notando-se satisfação e envolvimento por parte dos participantes.

- *Resultados obtidos:*

Os resultados comparativos encontram-se apresentados de seguida. No Gráfico ilustrativo 1, apresentamos os resultados comparativos obtidos através da aplicação da Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985, adaptada para a população portuguesa por Laranjeira, 2009) antes (avaliação inicial) e depois (avaliação final) da intervenção.

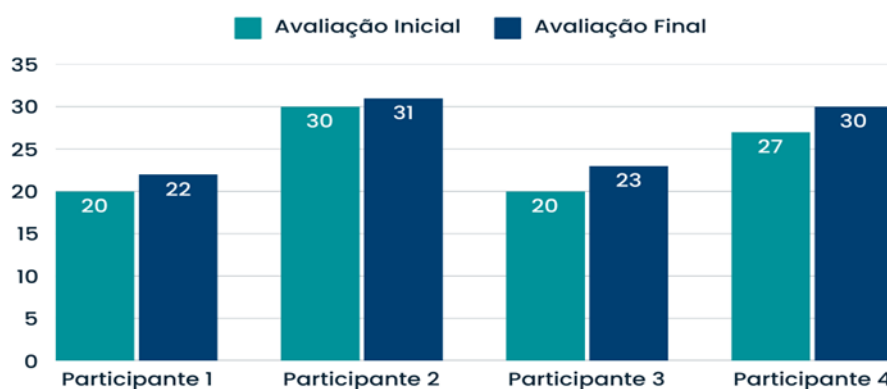


Gráfico 1 - Resultados obtidos da aplicação da Escala de Satisfação com a Vida

A análise do Gráfico 1, referente aos resultados obtidos com a aplicação da Escala de Satisfação com a vida, demonstra um aumento nos níveis de satisfação com a vida após a intervenção, passando de uma satisfação com a vida média neutra de 24,3 para uma média de 26,5 que já representa um nível de satisfação. Todas as participantes apresentaram uma progressão positiva na pontuação da escala, refletindo uma melhoria na perceção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida. A participante 2, que inicialmente já apresentava um nível elevado de satisfação (30 pontos), teve um aumento discreto (31 pontos), enquanto os restantes participantes registaram progressões mais evidentes, como o participante 4, que passou de 27 para 30 pontos.

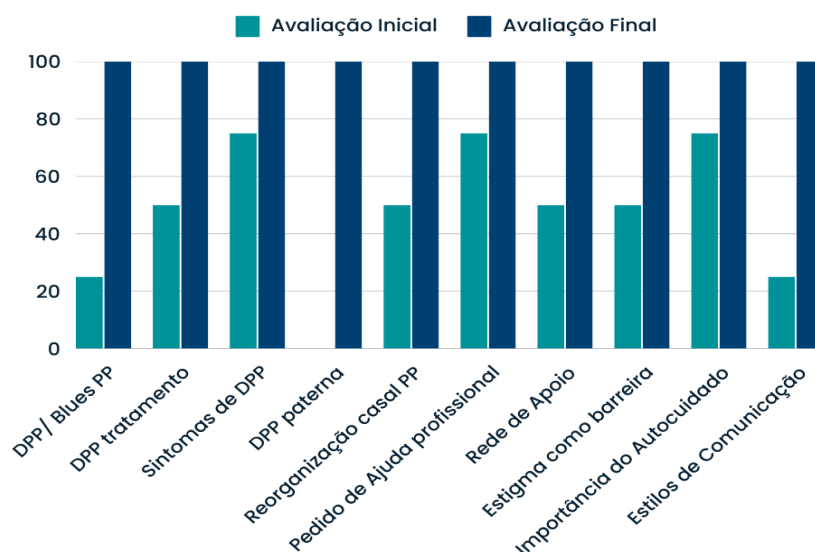


Gráfico 2 - Resultados comparativos obtidos no questionário de avaliação de conhecimentos

No que se refere aos resultados obtidos nos questionários de avaliação de conhecimentos, a análise do Gráfico 2 permite concluir que os resultados indicam um aumento significativo dos níveis de LSM das participantes após a intervenção. Verifica-se que, em todos os domínios avaliados, houve um crescimento expressivo na percentagem de respostas corretas na avaliação final, atingindo 100% nos vários temas críticos, como depressão pós-parto (DPP), tratamento da DPP, reorganização do casal no período pós-parto e pedido de ajuda profissional.

Estes achados corroboram a eficácia da intervenção, sugerindo aumento dos níveis de LSM dos participantes, sendo que a aquisição deste conhecimento sobre saúde mental perinatal, pedido de ajuda profissional e estratégias de autocuidado poderá contribuir para uma melhor adaptação ao período perinatal e para um aumento do bem-estar subjetivo das participantes.

Igualmente, a avaliação de satisfação dos participantes geral foi de “muito satisfeito” (sic), destacando-se alguns comentários positivos e de incentivo à continuação da intervenção futuramente.

Ainda no âmbito da análise de resultados desta intervenção, resta destacar que um dos casais participantes (grávida de 34 semanas e marido), de origem paquistanesa e religião muçulmana, decidiu assistir às sessões apesar das limitações linguísticas. No entanto, mesmo com o uso de aplicações de tradução simultânea, dada a dinâmica envolvida na sessão, foi evidente a dificuldade do casal em compreender integralmente os conteúdos. Dessa forma, no final da primeira sessão, disponibilizamo-nos para repetir os conteúdos em sessão individual, em inglês. Assim, foi sugerido que, na segunda sessão, pudessem comparecer apenas após o término para realizarmos a sessão individual correspondente à segunda sessão. Porém, surpreendentemente, não só agradeceram e

aceitaram a repetição individual dos conteúdos, como também manifestaram o desejo de continuar a assistir às sessões em grupo. Destacaram que o ambiente dinâmico, de bom humor e de interajuda era fundamental para si e que muitas das suas dúvidas eram esclarecidas a partir das partilhas dos demais participantes. Essa experiência reforçou que, além da componente psicoeducativa e de promoção da LSM, a intervenção possui uma componente socio terapêutica significativa, conforme anteriormente exposto, proporcionando benefícios mesmo para aqueles que não possuem pleno domínio da língua. A abordagem a este casal, nas sessões individuais, teve por base não apenas o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, como também assentou no Modelo da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leiniger.

➤ *Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal (Pós-Parto)*

● *Instrumentos de Avaliação*

Nas sessões de pós-parto, o formulário enviado às participantes incluía o consentimento informado, um breve questionário sociodemográfico para caracterização das participantes, o seu histórico de saúde bem como informações relativas à gravidez. Para a avaliação da saúde mental, foram utilizados dois instrumentos validados: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Cox et al., 1987; versão portuguesa de Augusto et al., 1996), que permite rastrear sintomas depressivos e ansiosos no pós-parto, e o *Mental Health Continuum – Short Form* (Keyes et al., 2008, validado para população portuguesa por Monteiro et al., 2021), que avalia a saúde mental positiva. Além disso, foi incluído o questionário de avaliação de conhecimentos elaborado especificamente para a intervenção.

A **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo** foi desenvolvida por Cox e colaboradores em 1987 e foi validada para a população portuguesa por Augusto et al. em 1996. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento cujo propósito específico é rastrear a presença de sintomas depressivos no período pós-parto, estando incluída a avaliação de sintomas ansiosos (itens três, quatro e cinco) (Cardoso et al., 2023). É composta por 10 itens, em que as mulheres classificam como se sentiram nos sete dias anteriores. A cada item corresponde uma pontuação de zero a três, num intervalo de zero a 30. Segundo os autores, uma pontuação maior que 12 sugere provável depressão pós-parto, sendo recomendada uma avaliação clínica para confirmação do diagnóstico. Já valores superiores a 9 indicam possível depressão pós-parto, exigindo acompanhamento e monitorização. Este instrumento já foi traduzido em múltiplas línguas e continua a ser utilizada e validada por todo mundo como um instrumento de diagnóstico altamente confiável no período pós-parto (Cardoso et al., 2023).

A saúde mental positiva está associada a um melhor funcionamento psicossocial, melhores resultados de saúde física e menor utilização de serviços de saúde (Keyes, 2002, 2005, como citado em Monteiro et al., 2021). Segundo Monteiro et al. (2021), o ***Mental Health Continuum – Short***

Form (Keyes et al., 2008, validado para a população portuguesa por Monteiro et al., 2021) é um questionário de 14 itens que avalia a saúde mental positiva em três dimensões (bem-estar emocional, social e psicológico) nos últimos 30 dias, utilizando uma escala do tipo Likert de 0 (nunca) a 5 (todos os dias). A pontuação pode ser analisada de duas formas: contínua (zero a 70), com valores mais altos indicando melhor saúde mental ou categórica, classificando os indivíduos como Florescente, Definhante ou Moderado. O estudo psicométrico da versão portuguesa recomenda o uso da pontuação total, sugerindo que o instrumento mede um fator geral de saúde mental positiva (Monteiro et al., 2021). O MHC-SF é amplamente utilizado e validado em diferentes contextos culturais, incluindo em mulheres no período perinatal, onde demonstrou ser útil para avaliar o bem-estar materno e orientar intervenções de promoção da saúde mental (Monteiro et al., 2021). Por essa razão, foi escolhido para avaliar a vertente de saúde mental positiva neste estudo.

- *Atividade diagnóstica e caracterização do grupo*

Relativamente à caracterização sócio demográfica, o grupo de participantes foi composto por cinco mulheres, com uma média de idade de 35 anos (mínimo de 33 e máximo de 39 anos). Em relação ao estado civil, 60 (n=3) eram casadas ou viviam em união de facto, enquanto 40% (n=2) eram solteiras. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 80% (n=4) possuíam ensino superior e 20% (n=1) tinham o ensino secundário. Todas as participantes planearam e desejaram a gravidez atual. Quanto à sua situação profissional 80% (n=4) tinham um emprego a tempo inteiro, embora ainda estivessem em casa no período de usufruto da sua licença de parentalidade e 20% (n=1) estavam desempregadas. No que é relativo a outros fatores de stress ou preocupação para além da transição para a parentalidade, uma das mulheres salientou dificuldades económicas por motivo de desemprego atual (despedimento durante a gravidez). O estudo de Aris-Meijer e colaboradores (2019) salienta que despedimento durante a gravidez e dificuldades económicas consequentes são um fator de risco para depressão e ansiedade no período perinatal, aumentando inclusive o risco de suicídio. Quanto à paridade, 60% (n=3) eram primíparas, enquanto as restantes já tinham experiência prévia de gravidez e tinham filhos. Uma mulher referiu intercorrências de placenta prévia durante a gestação sendo que nenhuma das restantes participantes referiu complicações consigo ou com o bebé durante a gravidez ou pós-parto. Em relação aos antecedentes de saúde, apenas uma mulher referiu diagnóstico de Hiperatividade e Défice de Atenção, estando medicada. No que se refere ao uso de substâncias todas as mulheres se abstinham de consumo de outras substâncias, exceto caféina ocasionalmente.

Os dados recolhidos na atividade diagnóstica são apresentados na Tabela 2 seguinte:

Tabela 2 - Dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação na Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal – Pós-Parto

Dados relativos aos três instrumentos de avaliação		
Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo		
Média do score da escala	Valor mínimo	Valor máximo
11,6	5	22 (forte probabilidade de depressão)
Mental Health Continuum – Short Form		
Média do score da escala	Valor mínimo	Valor máximo
44,8	16 (significativamente reduzido nível de saúde mental positiva)	61 (nível elevado de saúde mental positiva)
Questionário de avaliação de conhecimentos		
Média de respostas corretas – 72%		

Perante a tabela, importa destacar que a participante que obteve um valor mínimo (16) na *MHC-SC*, apresentou, simultaneamente, um resultado muito alto (22) na *EDPE*, o que aumentou a nossa preocupação e exigiu estarmos mais atentos a esta participante durante as sessões.

Nos Gráficos ilustrativos 3 e 4, serão apresentados a evolução dos dados individuais, relativos aos instrumentos de avaliação.

- *Planeamento*

Perante os dados colhidos, concluímos que as participantes, no geral, revelaram lacunas no conhecimento no que se reporta a questões de LSM relevantes no período perinatal, especificamente o período pós-parto. Simultaneamente, ficou destacado que existiam no grupo algumas participantes com risco elevado de depressão pós-parto e, simultaneamente, baixos níveis de saúde mental positiva, como determinante de risco associado.

Foram definidos Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultado, alinhados com esse propósito, que se encontram apresentados na Quadro 14 seguinte:

Quadro 14 - Diagnósticos de Enfermagem, Objetivos e Critérios de Resultado identificado para a Intervenção de Promoção da LSM no período pós-parto

Diagnósticos de Enfermagem	
• Potencialidade para melhorar consciencialização das mães (e pais) sobre o impacto da saúde mental materna e paterna, na saúde mental familiar e do bebé. • Potencialidade para melhorar consciencialização das mães (e pais) sobre a importância das estratégias de autocuidado mental na promoção da saúde mental, bem-estar e prevenção de perturbações mentais. • Potencialidade para melhorar conhecimento das mães (e pais) sobre fatores de risco e sinais e sintomas de alerta em saúde mental no período perinatal, bem como a importância de procura de ajuda precoce. • Potencialidade para melhorar conhecimento das mães (e pais) sobre estratégias de autocuidado mental no período perinatal. • Potencialidade para melhorar consciencialização das mães (e pais) sobre o impacto da monitorização de pensamentos e emoções no comportamento. • Potencialidade para melhorar conhecimento das mães (e pais) sobre identificação de pensamentos automáticos negativos e sobre estratégias cognitivas de modificação de pensamentos automáticos negativos. • Potencialidade para melhorar conhecimento das mães (e pais) sobre identificação de emoções, especialmente da ansiedade, e sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade.	
Objetivos	
Gerais • Promover LSM no período perinatal. • Promover a saúde mental positiva. • Prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais no período perinatal. • Promover a confiança parental e a capacitação para lidar com os desafios inerentes à transição para a Parentalidade. • Identificar de grávidas de risco para desenvolvimento de perturbações mentais e/ou grávidas com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva ativa que necessitem de encaminhamento.	Específicos • Melhorar o conhecimento sobre as perturbações mentais mais prevalentes durante o período perinatal, bem como seus sinais e sintomas. • Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado mental no período perinatal. • Melhorar a identificação precoce de pensamentos automáticos negativos e possíveis impactos no seu autoconceito. • Melhorar o conhecimento sobre estratégias cognitivas para auxiliar na modificação de pensamentos automáticos negativos. • Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade. • Melhorar os níveis de LSM. • Melhorar saúde mental positiva.
Critérios de Resultado	
• Que as mães identifiquem sinais e sintomas das perturbações mentais mais prevalentes no período perinatal. • Que as mães atribuam importância à identificação dos pensamentos automáticos negativos e sua substituição por pensamentos mais úteis. • Que as mães identifiquem estratégias cognitivas para a modificação de pensamentos negativos automáticos. • Que as mães atribuam importância à regulação emocional, especialmente da ansiedade. • Que as mães identifiquem estratégias de autocontrolo da ansiedade. • Que as mães atribuam importância à existência da rede de suporte social no período perinatal. • Que as mães atribuam importância à satisfação conjugal no período perinatal. • Que as mães identifiquem estratégias de melhoria da satisfação conjugal. • Que as mães apresentem melhoria nos resultados obtidos na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Cox et al., 1987; versão portuguesa de Augusto et al., 1996), no <i>Mental Health Continuum – Short Form</i> (Keyes et al., 2008, validado para população portuguesa por Monteiro et al., 2021) e no Questionário de Avaliação de conhecimentos.	

Assim, da mesma forma do que aconteceu no grupo pré-parto, decidimos planear duas sessões também no pós-parto, enquadrando-as nas datas de sessões já previamente definidas pela EEESMP responsável. Os planos de sessão estão apresentados no Anexo XVII.

O planeamento das sessões nesta intervenção considerou as temáticas em que foram identificadas maiores carências de conhecimento e, simultaneamente, apoiou-se nos conteúdos do primeiro programa de prevenção da depressão pós-parto incluído no Serviço Nacional de Saúde, o “*Be a Mom*”, cujo projeto piloto foi lançado em outubro de 2024. Trata-se de um programa de intervenção online autoguiado, de curto prazo, composto por cinco módulos, desenvolvido para prevenir sintomas de depressão pós-parto e promover o bem-estar materno (Fonseca et al., 2019). Os conteúdos abordados são amplamente salientados na literatura como sendo de relevância no período pós-parto e incluem: mudanças e reações emocionais nesse período; cognições e pensamentos automáticos negativos; valores e suporte social; satisfação conjugal e, por fim, sinais de alerta para a depressão pós-parto e a importância da procura de ajuda profissional (Fonseca et al., 2019). O programa assenta nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental e foca-se no desenvolvimento de habilidades de autorregulação, como a autocompaixão e a flexibilidade psicológica, que demonstraram eficácia para diversas condições de saúde mental, incluindo as perturbações mentais perinatais (Leaviss & Uttley, 2015; Powers et al., 2009, como citados em Fonseca et al., 2019). Atualmente, o programa está validado tanto para mulheres com baixo risco quanto para aquelas com risco elevado de depressão pós-parto (Monteiro et al., 2021; S. Xavier et al., 2022). Por este motivo foi usado para conferir maior robustez teórica à intervenção a desenvolver. Sendo uma intervenção desenvolvida por psicólogos e investigadores, os conteúdos foram adaptados às competências específicas do EEESMP.

- *Execução da Intervenção:*

Durante a **primeira sessão**, foi realizada novamente uma atividade de quebra-gelo para a apresentação mútua, seguida da exposição dos objetivos da intervenção e dos conteúdos abordados na sessão. As temáticas incluíram a saúde mental no período perinatal, com a apresentação das perturbações mentais mais frequentes e uma breve revisão dos seus principais sintomas (tema já abordado em uma sessão anterior durante a gravidez), as expectativas da maternidade versus a realidade no período pós-parto, criando um espaço de partilha para reunir as diferentes experiências dos casais presentes, a definição de stress e seus efeitos na transição para a parentalidade, um breve resumo das principais estratégias de autocuidado mental, que já haviam sido discutidas nas sessões anteriores, e a relação entre pensamentos e emoções no período perinatal. De seguida, foi apresentada a estrutura cognitivo-comportamental Situação – Pensamento – Emoção – Comportamento, explicando-se de forma sucinta que os pensamentos influenciam as emoções e que estas, por sua vez, impactam o comportamento. Também foi definida a noção de pensamento e discutido o impacto dos pensamentos automáticos, sobretudo os negativos, com o objetivo de promover a consciencialização dos casais sobre essa relação. Foram sugeridas algumas estratégias cognitivas para a modificação desses pensamentos (questionamento, distanciamento, entre outras), além de uma abordagem sobre as emoções e sua

influência no comportamento, com destaque para a ansiedade, considerada natural num período de transição marcado por imprevisibilidade e necessidade de adaptação. Foram ensinadas e treinadas duas estratégias de autocontrolo da ansiedade: a técnica de relaxamento por meio da respiração diafragmática e uma técnica baseada em *Mindfulness*, conhecida como o método 5-4-3-2-1. No final da sessão, foi sugerido um plano de ação para o próximo encontro, que consistia na elaboração de um diário de automonitorização de pensamentos negativos e tentativa de criação de pensamentos alternativos mais salutareis, para que, caso desejassem, os participantes pudessem partilhá-lo na sessão seguinte.

Durante a **segunda** sessão, a primeira parte foi dedicada à revisão dos conteúdos e à partilha interpares dos registos efetuados no diário de automonitorização de pensamentos. Em grupo, foi possível concluir que os pensamentos das participantes eram muito semelhantes, com destaque para questões relacionadas com a baixa autoeficácia no desempenho do papel parental, evidenciando um autoconceito possivelmente comprometido. Aproveitou-se a partilha transversal para salientar que essa sensação é perfeitamente normal em fases de mudança e adaptação, reforçando a importância de, com maior consciência e conhecimento, refletir sobre a possibilidade de criar pensamentos alternativos mais úteis. Destacou-se, ainda, a importância de evitar rigidez e comparação, pois estas estão associadas a maiores dificuldades na adaptação às mudanças trazidas pelo nascimento do bebé. Os conteúdos abordados na sessão incluíram a mudança de papéis e novos valores, a importância da rede de suporte e os tipos de ajuda no período pós-parto e o pedido de ajuda, abordando o quê, como, quando e quem procurar. Para este último tema, foi realizada uma dinâmica que consistiu no ensino, treino e instrução da formulação de um pedido de ajuda utilizando linguagem assertiva e empoderamento. Posteriormente, foram discutidas as principais tarefas que o sistema familiar deve desempenhar perante a chegada de um bebé, segundo Wright & Leahey (2012), e explorada a temática da satisfação conjugal no período pós-parto. Foram ensinadas estratégias para melhorar a vivência conjugal durante esta fase, promovendo uma maior satisfação. No final da sessão, foi entregue um exemplo de lista para auxiliar na reflexão sobre o tipo de ajuda necessária, bem como onde, como e a quem solicitá-la.

Em ambas as sessões, os casais demonstraram grande atenção e interesse pelos conteúdos apresentados, esclareceram dúvidas e partilharam experiências pessoais, facilitando a integração do conhecimento. Pela intensa participação e envolvimento interpares, as sessões mostraram-se momentos de aprendizagem e ajuda mútua efetiva, proporcionando um grande enriquecimento pessoal para todos os envolvidos, também para nós.

- *Resultados obtidos:*

Durante as sessões foi notória assimilação dos conteúdos e maior consciencialização para os temas transmitidos por parte das participantes. Sendo isto notório, sobretudo, através das suas partilhas

reveladoras de consciencialização e conhecimento e também aquando da sua exposição dos planos de ação realizados entre sessões. Algumas participantes deram exemplos efetivos de como a realização do diário de automonitorização foi útil no despiste precoce dos seus pensamentos automáticos negativos e/ou deteção das suas emoções, utilizando de seguida as estratégias ensinadas para criar pensamentos mais úteis e/ou regularem as suas emoções pelas estratégias de autocontrolo de ansiedade ensinadas.

No Gráfico 3 que apresentamos a seguir, estão representados os resultados obtidos na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Cox et al., 1987; versão portuguesa de Augusto et al., 1996):

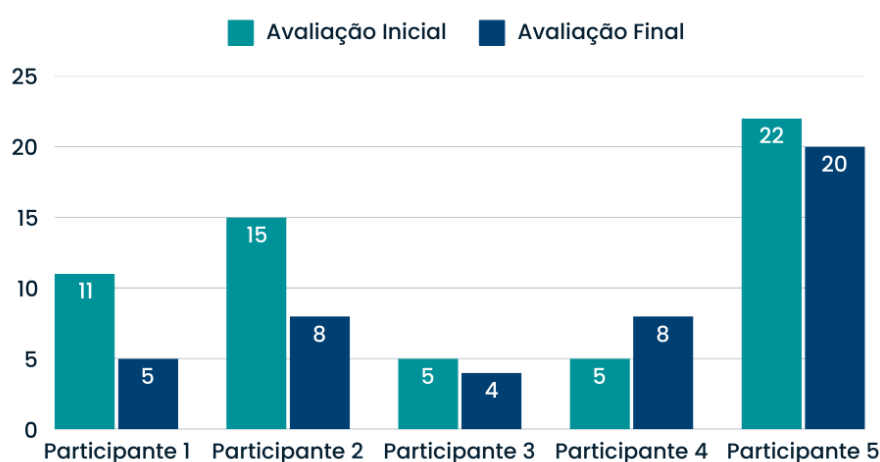


Gráfico 3 - Resultados comparativos obtidos através da aplicação Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

A análise dos resultados da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo revela uma tendência geral de redução dos sintomas depressivos entre as participantes após a intervenção, reduzindo-se o valor médio de 11,6 para 8,4 pontos. Porém, têm que ser destacadas diferenças individuais importantes. Por exemplo, a participante dois reduziu a pontuação obtida de 15 para 8, indicando uma melhora significativa. Contudo, a participante, que inicialmente apresentava uma pontuação elevada de 22, ainda que tenha demonstrado uma ligeira redução para 20, continua com um nível alto de sintomas depressivos, mantendo a indicação para encaminhamento.

O Gráfico 4, apresentado seguidamente, corresponde aos resultados obtidos da aplicação do *Mental Health Continuum – Short Form* (Keyes et al., 2008, validado para população portuguesa por Monteiro et al., 2021):

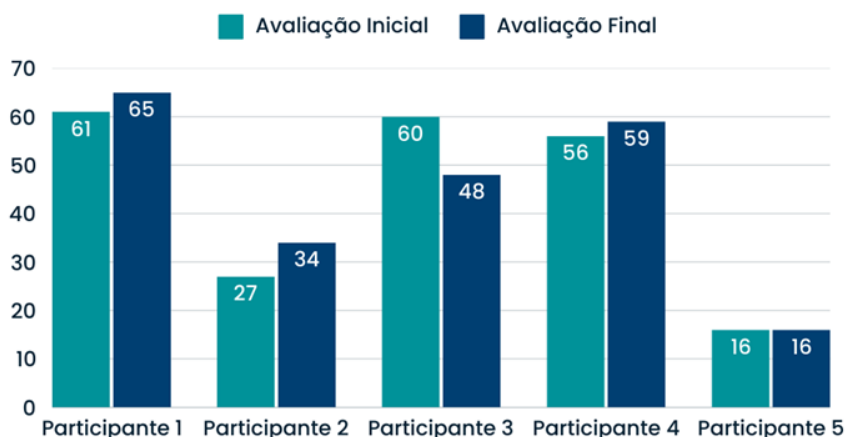


Gráfico 4 - Resultados comparativos obtidos do Mental Health Continuum – Short Form

No que se concerne os resultados comparativos obtidos da aplicação deste instrumento de avaliação a sua análise evidencia variações distintas entre os participantes, refletindo diferentes trajetórias nos níveis de saúde mental positiva ao longo do tempo. De forma geral, houve uma ligeira melhoria na pontuação média, passando de 42 na avaliação inicial para 44,4 na avaliação final, indicando uma estabilidade global, mas com flutuações individuais significativas. Alguns participantes demonstraram uma evolução positiva, como o participante um, que aumentou a sua pontuação de 61 para 65, e a participante dois, que apresentou um crescimento expressivo de 27 para 34. No entanto, outros participantes não seguiram essa tendência, como o participante três, que teve uma redução de 60 para 48, sugerindo um possível declínio no bem-estar mental, e a participante cinco, que manteve-se estável com um valor de 16, o que pode indicar a eventual necessidade de um acompanhamento mais dirigido.

Os resultados comparativos obtidos no questionário de avaliação de conhecimentos, encontram-se no Anexo XVIII. A análise dos resultados obtidos neste item, revela um aumento global do conhecimento das participantes após a intervenção. A pontuação média inicial situava-se nos 72%, enquanto a avaliação final revelou uma melhoria significativa, atingindo os 100%. O fato de algumas perguntas já apresentarem uma pontuação elevada na avaliação inicial sugere que certos conhecimentos estavam previamente consolidados entre os participantes, ao passo que outras áreas necessitavam de maior esclarecimento. No geral, a evolução observada reforça a eficácia da intervenção, com aumento dos níveis de LSM por parte das participantes.

Adicionalmente, os resultados ao inquérito de satisfação evidenciaram uma percepção altamente positiva da sessão, com a totalidade das participantes assinalando a opção “muito satisfeito”. Os comentários registados na pergunta de resposta livre, definiram a intervenção como sendo “muito útil” (sic), “uma enorme mais-valia” (sic), entre outros, que demonstram igualmente a relevância e o impacto desta iniciativa para os casais participantes.

Outro resultado importante desta intervenção foi a identificação e avaliação da participante, desempregada com problemas financeiros, que apresentava *scores* elevados na Escala de Depressão de Edimburgo e baixos no *Mental Health Continuum-Short Form*, com indicação de encaminhamento. Durante as sessões, a participante revelou igualmente sintomas de humor depressivo, com grande labilidade emocional e choro fácil, destacando frequentemente que ‘não me sinto capaz de nada’ (sic). Quando questionada sobre o acompanhamento médico, mencionou que não estava a receber acompanhamento nos cuidados de saúde primários, devido ao fato de se encontrar fora da sua área de residência. Assim, em conjunto com a enfermeira tutora, foi realizado o encaminhamento da cliente para um médico da USF contígua à UCC, que aceitou a sua transferência e assumiu o seu acompanhamento.

- **Estudo de caso**

Neste local de estágio foi igualmente realizado um estudo de caso bimodal – com intervenção individual e familiar. A cliente frequentava o curso de preparação para a Parentalidade da UCC e o seu encaminhamento para a EEESMP foi feito pela enfermeira especialista de saúde materna e obstetria responsável.

- *Intervenção Individual – RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL*

Esta cliente do sexo feminino, de 34 anos era enfermeira de profissão e casada. Primípara, em sétima semana de Pós-parto de cesariana às 40 semanas de gestação. O bebé estaria saudável e apresentava desenvolvimento infantil normal e expectável para a idade. Como antecedentes de saúde familiares relevantes tinha Depressão (Depressão major da sua mãe aos 20 anos de idade e Depressão pós-parto da irmã gémea há dois anos, após o nascimento da sua sobrinha). Como antecedentes de saúde pessoais salientou sintomas de Ansiedade recorrentes, já teria estado medicada transitoriamente por Neurologista/ Cardiologista neste âmbito, mas sem diagnóstico médico definitivo de Perturbação da Ansiedade generalizada e já tinha suspenso a medicação. Relacionou os episódios de sintomas ansiosos com acontecimentos de vida preocupantes (neoplasia do pai e início da gravidez), sugerindo uma tendência a perceber que o seu bem-estar emocional depende exclusivamente de fatores externos, caracterizando um *locus* de controle externo. Desde o nascimento da sua bebé apresentava alterações do Humor, com predominância de Humor depressivo (períodos frequentes de tristeza e labilidade emocional) e Ansiedade (preocupação excessiva constante com doença do pai, cuidados ao bebé, satisfação conjugal e sobre o futuro em geral, sempre na vertente de antecipação de ameaça), apresentava também distorções cognitivas no que concerne ao seu autoconceito, especialmente no que se refere à sua autoeficácia no desempenho do papel parental, conjugal e de filha. Estas alterações comprometiam o seu bem-estar e, interferiam no seu processo familiar e, em alguns momentos, inclusive comprometiam a sua funcionalidade.

O Modelo Teórico que sustentou o racional de atuação do EEESMP perante esta caso clínico foi a Teoria da Transições de Meleis.

- *Avaliação de Necessidades e Atividade Diagnóstica*

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista clínica semiestruturada (anamnese associativa) e os Domínios explorados no caso clínico em apreço foram: Sistema cardiovascular; Sono; Eliminação intestinal; Autoconceito; Emoção; Cognição; Comportamentos de ligação mãe/pai-filho; Adaptação à Parentalidade e o Processo Familiar.

A entrevista salientou uma relação de grande proximidade da cliente com a sua irmã gémea e a mãe, mas também marcada por uma tendência para a exigência e controlo por parte destes familiares. A cliente expressou que as constantes indicações e orientações por parte delas aumentavam a pressão e o stress na sua vida pessoal, influenciando as suas decisões e escolhas do dia a dia, especialmente no que diz respeito ao cuidado do bebé, mas também a outras tarefas do dia-a-dia. Esse contexto impactava negativamente o seu autoconceito, em particular a sua autoeficácia. Referiu ainda que sempre adotou uma postura passiva em relação à irmã e à mãe, nunca manifestando recusa ou discordância.

Quanto ao marido, estão casados há dois anos e descreve a relação como equilibrada e baseada no amor, com ajuda mútua em todos os momentos e partilha nas diversas tarefas familiares. No entanto, mencionou que ele já possuía um perfil de grande autoexigência e necessidade de controlo sobre todas as tarefas domésticas, o que se intensificou desde o nascimento da filha. Esse comportamento tornou-se ainda mais rígido depois das primeiras duas semanas, período em que a cliente apresentou humor depressivo constante, choro frequente e preocupações persistentes com o pai e o bebé. A cliente relatou que o marido passou a impor padrões rigorosos na organização da casa, chegando a afixar uma fotografia na máquina de lavar loiça com um esquema específico de disposição dos utensílios, para que ela seguisse esse padrão. O mesmo ocorre com a forma de estender a roupa. Além disso, ele recusa pedir ajuda e a própria cliente também sente dificuldades em fazê-lo. O marido fica muito ansioso quando os pais visitam a casa sem aviso prévio, pois só gosta de receber visitas quando tudo está impecavelmente arrumado. "Sim, não basta estar arrumado, tem que estar impecavelmente arrumado" (sic). Esse tema é uma fonte recorrente de discussões, pois a cliente considera essencial trazer mais flexibilidade para o ambiente familiar.

Em relação ao bebé, ambos estavam envolvidos nos cuidados, e o marido desempenha todas as tarefas com perfeição, exceto, claro, a sua alimentação (amamentação exclusiva). No entanto, a cliente sente-se mais irritável e sensível, o que tem afetado a comunicação familiar. Além disso, reconhece que não possui muitas estratégias eficazes de *coping*, tanto individuais quanto familiares, para lidar com os desafios inerentes à transição para a parentalidade.

Por fim, a cliente, emocionada, disse que tudo isto tem intensificado o seu estado de ansiedade e afeta o seu humor, referindo que se tem sentido maioritariamente triste embora não se verifique uma tristeza persistente. Relata sentir-se incapaz de amenizar a sua preocupação excessiva relativa ao estado de saúde do seu pai e cuidados do seu bebé. Gostaria de estar a aproveitar esta fase de vida com mais calma, usufruindo com maior presença o tempo com o seu bebé, familiar e individual, mas não se sente capaz de o conseguir sozinha. Sente-se a “rebentar” (sic) e sem recursos internos para evitar esta sensação.

A atividade diagnóstica realizada consistiu na aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1979, 1989, validada para a população portuguesa por Pechorro et al., 2011) (Score 16), Indicadores de Resultado NOC “Autoestima”, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Cox et al., 1987; versão portuguesa de Augusto et al., 1996) (Score 11), Indicadores Resultado NOC “Nível de Depressão” e “Esperança”; *Mental Health Continuum – Short Form* (Keyes et al., 2008, validado para a população portuguesa por Monteiro et al., 2021) (Score 61); Escala de Ansiedade de Zung (Zung, 1971, validada para a população portuguesa por Ponciano et al., 1982); Indicadores de Resultado NOC “Ansiedade”, “Autocontrolo de Ansiedade”, “Vinculação Pais-Lactente” e “Coping”.

Mediante a análise dos dados colhidos, determinámos que no presente caso clínico a cliente apresenta como diagnósticos de enfermagem concorrentes: Humor Depressivo, Autoconceito comprometido e Ansiedade. Sendo que a Ansiedade é o diagnóstico que mais impactava a sua funcionalidade e bem-estar, pelo que foi priorizado.

Os diagnósticos de enfermagem identificados, apresentam-se no Quadro 15, apresentada de seguida:

Quadro 15 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no estudo caso individual

Diagnósticos de enfermagem identificados
• Ansiedade. • Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade; • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade; • Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Autoconceito comprometido; • Humor Depressivo • Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor • Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo

Assim, compreendemos que a cliente necessitava de uma *intervenção individual* que promovesse maior consciencialização, conhecimento e capacitação para gerir e/ou resolver os seus problemas emocionais (ansiedade e humor depressivo) e também na relação consigo mesma (autoconceito) e com os outros, durante esta fase de transição para a Parentalidade. Necessitava de auxílio para

explorar estratégias de *coping* e de resolução de problemas eficazes intrínsecas e que fossem igualmente eficazes para a sua nova identidade após a chegada da filha, bem como ensino de novas estratégias, por forma a permitir maior ventilação e expressão emocional rumo a uma regulação emocional mais equilibrada e maior adaptação a esta fase de transição.

De acordo com este racional, no presente caso clínico, a intervenção de EESMP que escolhemos para a conceção de cuidados de Enfermagem a esta cliente foi a **Intervenção Psicoterapêutica Relação de Ajuda profissional**, pois a cliente cumpre os critérios para a sua prescrição (Sequeira & Sampaio, 2020), nomeadamente apresenta diagnóstico de Enfermagem de natureza emocional: Ansiedade / Humor Depressivo; aceita a Intervenção, identifica problemas emocionais e relacionais e mostra motivação para a mudança; apresenta capacidade cognitiva (Cognição intacta) e pede ajuda à enfermeira (estudante EESMP), verbalizando confiar no seu trabalho. Por outro lado, não cumpre os critérios de exclusão (Sequeira & Sampaio, 2020).

De acordo com as necessidades identificadas e considerando o tempo útil de estágio para a sua implementação, a Intervenção englobou cinco sessões, incluindo sessão de avaliação final.

De entre as intervenções psicoterapêuticas de ESMP, a relação de ajuda profissional é a única que tem, obrigatoriamente, como alvo apenas uma pessoa, sendo um ser humano único e irrepetível e é a sua particularidade que vai ditar o curso e adaptação da intervenção (Coelho, Sampaio et al., 2020; Coelho, Sequeira et al, 2020). Para além disso, o enfermeiro, na sua execução, utiliza técnicas comunicacionais, escuta ativa, autenticidade e empatia e recorre à aplicação informada e intencional de técnicas oriundas da Psicoterapia com a finalidade de auxiliar a pessoa na adaptação dos seus comportamentos, cognições e emoções e/ou outras características pessoais (Coelho, Sampaio et al., 2020; Coelho, Sequeira et al, 2020; Sequeira & Sampaio, 2020). Tendo por base esta informação, a presente intervenção para além da exploração colaborativa de estratégias de *coping* e resolução de problemas intrínsecas da cliente, pôde igualmente incluir técnicas cognitivas com vista à deteção de distorções cognitivas e treino de estratégias cognitivas para substituição dessas distorções que impactavam negativamente no seu autoconceito, nomeadamente no que concerne à sua autoeficácia.

Durante a intervenção a cliente teve oportunidade de ventilar emoções, iniciou a prática de caminhadas diárias, práticas diárias baseadas em *Mindfulness* pela *app* sugerida AWARE (Fundação José Neves – divulgação portuguesa), escrita expressiva e recurso a outras técnicas de relaxamento que foram instruídas e treinadas, como é o caso da respiração diafragmática. Além disso, ao longo da intervenção, esteve internada durante três dias com a sua bebé. Felizmente, não foi identificado nenhum diagnóstico de gravidade para a criança. No entanto, esta experiência revelou-se como sendo indutora de consciencialização, levando a uma redução significativa do foco excessivo de preocupação com o pai.

- *Resultados obtidos*

O Gráfico 5 resume o resultado comparativo obtido da aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação, conforme apresentado anteriormente.

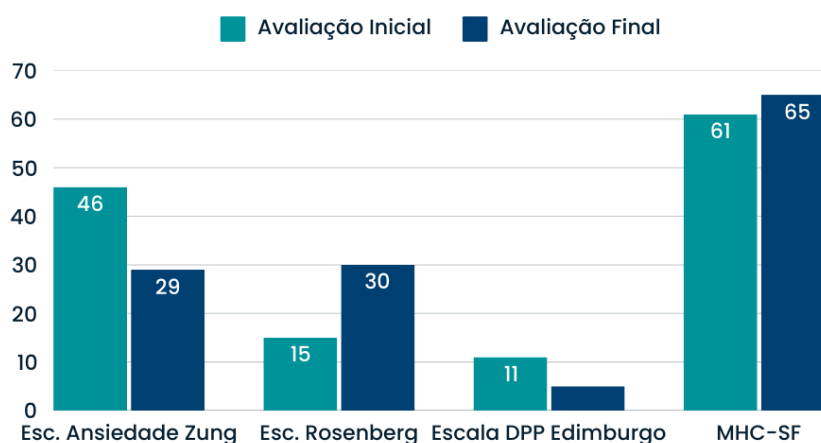


Gráfico 5 - Resultados comparativos obtidos da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados.

Para além dos dados mostrados no gráfico, que indicam uma melhoria significativa dos resultados obtidos através da aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação, houve igualmente melhoria em todos os Indicadores NOC selecionados. Assim, constata-se que a cliente teve uma evolução muito favorável na totalidade de parâmetros avaliados e iniciou a utilização de todas as estratégias que foram trabalhadas nas sessões, o que demonstra a eficácia da intervenção.

Porém, é de referir que a melhoria da sua consciencialização para a necessidade de tentar restringir o seu foco ao cuidado ao bebé, esteve também relacionado à experiência de internamento, tendo sido facilitadora para toda a evolução favorável da cliente. É igualmente importante destacar que a cliente também foi participante nas sessões de intervenção de promoção da LSM no pós-parto sendo esse mais um fator que concorreu para a obtenção destes resultados positivos.

➤ *Intervenção Familiar – Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar*

Conforme explanado anteriormente, através da exploração do Domínio PF com a cliente, ficou claro que uma avaliação familiar conjunta seria de extrema importância, perante os dados colhidos. Isto porque, apesar de não reunirem dados para o diagnóstico de Processo Familiar comprometido, a transição para a parentalidade como fase dinâmica e exigente que é, para além de uma transição individual, corresponde igualmente a uma transição do ciclo de vida familiar, com impacto nos membros familiares e no sistema familiar como todo.

Durante a entrevista clínica, a esposa destacou dificuldades progressivas na comunicação familiar, resultando em desentendimentos conjugais mais frequentes, bem como a ausência de estratégias eficazes de *coping* individual e familiar por parte do casal. Mencionou ainda um padrão de inflexibilidade e controlo por parte do marido (assim como da mãe e da irmã gémea) em relação à organização da casa e às tarefas familiares, além de comportamentos indicativos de ansiedade. Também foi observada uma dificuldade mútua do casal em pedir e aceitar ajuda, mesmo num período particularmente exigente.

Perante esse contexto, torna-se então necessária, primeiramente uma avaliação individual dos restantes membros familiares, por forma a colher dados a seu respeito e acerca da sua perspetiva desta dinâmica familiar, seguida de uma avaliação familiar conjunta para compreender melhor a dinâmica e funcionamento familiar, seu impacto nos diferentes membros e a possível identificação de diagnósticos de enfermagem familiares, que indiquem necessidade de uma intervenção direcionada e adequada às necessidades desta família. Nesta sessão de avaliação familiar conjunta participou, para além da cliente, o seu marido, aceitando ambos esta avaliação. Por escolha pessoal da cliente, não foi incluída a restante família, nomeadamente a sua mãe, pai e irmã-gémea, nesta Intervenção.

Dado o horário de trabalho do marido e a sua impossibilidade de se deslocar à UCC (localizada noutro concelho) durante o seu período de funcionamento, foi acordado com a enfermeira tutora e solicitada autorização à professora orientadora do estágio para que a entrevista com o marido e o familiar ocorresse online, através da plataforma *Teams (Microsoft 365)*. Este pedido foi autorizado.

- *Avaliação de Necessidades e Atividade diagnóstica*

Durante a entrevista semiestruturada com o marido, Sr. C., de 38 anos, este referiu não possuir antecedentes médicos pessoais. Quanto aos antecedentes médicos familiares, mencionou apenas a doença oncológica do pai, que faleceu há sete anos. Relatou manter uma relação próxima com a mãe e a irmã, que residem noutra cidade, mas com quem mantém contacto frequente e partilha abertamente diversos assuntos. Licenciado em Engenharia Informática, trabalha a tempo inteiro para uma empresa, desempenhando grande parte das suas funções remotamente a partir de casa, deslocando-se apenas ocasionalmente à sede da empresa. Considera que esta modalidade de trabalho tem sido um fator facilitador nesta fase de transição, permitindo-lhe auxiliar a esposa nos cuidados ao bebé e nas demais tarefas domésticas. No entanto, também reconhece que essa dinâmica tem sido desgastante, uma vez que sente dificuldades em manter o mesmo nível de foco e concentração no trabalho desde a chegada da filha. Descreve-se como uma pessoa prática, pragmática e organizada, afirmando: "Para mim, tudo tem uma ordem e gosto de escolher sempre a forma mais prática e eficiente de fazer as coisas. Detesto perder tempo a repetir tarefas, então prefiro sempre fazer bem à primeira." (sic). Demonstra preocupação com a esposa, mencionando

que esta se encontrava em sofrimento devido à preocupação excessiva com múltiplos aspetos da sua vida: "Eu sei que ela está feliz com a chegada da bebé e é uma excelente mãe, mas, simultaneamente, noto que está sempre preocupada e nem consegue usufruir calmamente do momento. Está aqui com a bebé e está a pensar se o pai está bem. Está com o pai e a pensar na bebé. Para além de outras preocupações constantes" (sic).

Em relação ao funcionamento do casal, refere que, na sua perspetiva, estariam a conseguir "cumprir as tarefas com a bebé" (sic), mas que era notório o cansaço em ambos e "noto que estamos os dois com menos paciência, o que é normal" (sic). Quando questionado acerca das primeiras semanas após o regresso a casa, admite que esse período foi particularmente desafiante. Embora tivesse a perceção de que estariam a "cumprir todas as responsabilidades" (sic), sentia dificuldade em lidar com o facto de a esposa não ter essa mesma perceção, concentrando-se mais nos aspetos negativos da experiência. Salienta novamente que, a seu ver, a esposa está excessivamente preocupada com os outros, nomeadamente com a sua família, e que, nesta fase, deveria priorizar a bebé, em vez de querer estar presente para todos ao mesmo tempo: "Não consegue porque é impossível e por isso fica frustrada" (sic). Quando questionado sobre uma das características que mais aprecia na esposa, destacou a sua disponibilidade para ajudar os outros e o seu grande "coração de cuidadora" (sic) também com a bebé.

A primeira sessão conjunta, de entrevista de *avaliação inicial do casal*, ocorreu igualmente online. Consistiu numa entrevista familiar orientada pelo MCAF, abrangendo as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família. Durante a sessão, foram elaborados, em conjunto com a família, o genograma e o ecomapa familiar. Nesta sessão, as intervenções primordiais foram a escuta ativa e questionamento (perguntas diretas e circulares) para recolha da informação relevante.

O casal participou na sessão, sentados lado a lado, e a sua bebé estava a dormir no marsúpio que o pai carregava. No que concerne à sua linguagem corporal, no início da sessão era notório algum nervosismo e inquietação, pelo marido, mas a esposa, notando esse facto, sorriu e disse-lhe para ficar tranquilo e deram as mãos. Ele negou qualquer nervosismo, e relacionou alguma inquietação com a preocupação de que a filha despertasse durante a sessão. Referimos que não haveria qualquer problema com isso e que já estávamos a contar que isso acontecesse e, por forma a aligeirar um pouco o ambiente, dissemos, introduzindo algum humor, que isso seria aliás ótimo, pois assim teríamos o contributo de todos os elementos familiares. Riram e o ambiente tornou-se mais calmo.

Durante a entrevista o casal definiu que, para ambos a família era a sua família nuclear (esposa, marido e filha), a mãe e irmã do marido e os pais, irmã, cunhado e sobrinha. Como subsistema mais

importante a salientar referiram o subsistema constituído pelas irmãs-gémeas, simultaneamente amigas íntimas.

Ouviam-se mutuamente e iam respondendo de forma alternada e completando as informações transmitidas pelo outro, respetivamente. Era notória cumplicidade.

Namoravam há nove anos, dois dos quais viveram em países diferentes. Esse foi considerado por ambos o período que teria sido mais desafiante, mas que, por outro lado, reforçou o seu amor e vínculo afetivo. A esposa relatou que o diálogo do casal era, geralmente, aberto, permitindo a expressão de sentimentos e pensamentos, bem como a compreensão mútua. No entanto, desde o nascimento da bebé, ambos estavam mais cansados, o que os tornava mais irritáveis, resultando em um discurso mais agressivo do que o habitual e com menor tolerância, levando ao surgimento de algumas discussões. O marido confirmou essa informação, mas não percebia esses momentos de desentendimento como "discussões" (sic). Nesse momento, a esposa refutou e lembrou um episódio ocorrido há poucos dias, no qual o marido teria dito, durante uma discussão, que ela se deveria ver ao espelho a falar para perceber que "parecia um bicho" (sic). O marido negou imediatamente essa afirmação: "Eu nunca diria que parecias um bicho. Eu disse que tu ias entender que estavas exaltada" (sic). Quando questionados sobre o uso da palavra "bicho", a esposa confirmou que, de facto, essa palavra não tinha sido dita, mas que, para ela, o significado era o mesmo. Perguntamos se, naquele momento, ela estaria exaltada, e a esposa confirmou. Também questionamos se, agora e com uma reflexão mais cuidadosa, as palavras "exaltada" e "bicho" ainda eram sinónimos para ela. Após um breve silêncio, respondeu que não.

Explicámos que, muitas vezes, quando estamos chateados, interpretamos o que o outro diz em vez de ouvir exatamente as palavras utilizadas, o que pode distorcer a mensagem. Ressaltamos, no entanto, também o impacto da linguagem não verbal e como sua incoerência com a mensagem verbal pode gerar essas interpretações equivocadas. O casal trocou olhares, e o marido pediu desculpa por ter utilizado uma linguagem que pudesse levar a essa interpretação, enquanto a esposa reconheceu que sua interpretação havia sido errada. No final, ambos riram.

Quando questionados sobre os motivos das discussões, a esposa mencionou que estavam, sobretudo, relacionados com o excesso de organização do marido, que insistia para que tudo permanecesse arrumado e organizado como quando eram solteiros. Para isso, ele preferia fazer tudo sozinho e só delegava tarefas quando eram cumpridas exatamente como previa. Um exemplo citado foi a forma de dispor a louça na máquina. O marido havia pesquisado em blogues sobre o assunto e descoberto um "padrão perfeito e mais eficaz" (sic) para dispor os utensílios de acordo com o seu modelo da máquina. A partir de então, colocou uma fotografia acima da máquina, exemplificando a organização sugerida, para que a esposa seguisse esse procedimento. Sempre que a louça era disposta de outra forma, demonstrava sua indignação e até já havia sugerido que

apenas ele fizesse essa tarefa. Outro exemplo era a maneira de estender a roupa no estendal. Segundo o marido, havia uma sequência ideal que permitia uma secagem mais eficiente e, além disso, acreditava que a roupa precisava ser estendida imediatamente após a lavagem. Caso passasse mais de uma hora, considerava necessário lavá-la novamente.

O marido confirmou ter colocado a foto e seguir uma organização específica para a roupa, explicando que, na prática, havia constatado que essas estratégias traziam maior eficiência e, por isso, preferia executá-las para facilitar o trabalho de ambos. A esposa, no entanto, salientou que essa exigência a fazia sentir-se incompetente e que a irritava o fato de, já cansada, ainda ter de lidar com mais pressão e exigência nas tarefas. Disse que o marido "parecia um robô" (sic) e que pensava apenas na eficiência, sem considerar que essas práticas a incomodavam. O marido discordou, reforçando que se tratava apenas de uma forma de facilitar a vida familiar. Perguntamos se teriam condições financeiras para, nesta fase, contratar uma empregada doméstica que pudesse auxiliar nas tarefas. Ambos responderam que sim, mas consideravam essa possibilidade impensável. O marido suspirou ao ouvir a sugestão e afirmou: "Isso só nos iria dar ainda mais trabalho" (sic), destacando que têm uma forma específica de realizar as tarefas. Em vez disso, decidiram investir na compra de mais "robots domésticos" para auxiliar nas atividades. Sugerimos, então, que, caso quisessem contar com apoio externo, poderiam considerar delegar tarefas específicas, como engomar a roupa. Nesse ponto, concordaram e decidiram explorar a disponibilidade desses serviços na sua área. Reforçamos a importância de, neste momento da vida, encontrarem formas de reduzir a sobrecarga de tarefas, de modo a diminuir o stress e aligeirar a dinâmica familiar.

O marido salientou que considerava normal, neste momento, não conseguirem levar a mesma vida que tinham antes do nascimento da bebé. Na sua perspetiva, conseguia aceitar que se tratava de uma fase de adaptação à nova realidade, algo que já estava incluído na escolha de serem pais. No entanto, admitiu que se sentia triste ao perceber que a esposa tinha momentos de tristeza e uma visão pessimista e negativa, o que, na sua opinião, a impedia de aproveitar os momentos. Quando questionado sobre como percebia que a esposa estava triste ou não conseguia aproveitar os momentos, respondeu: "Fica mais calada e a olhar para o vazio. Às vezes chora, outras vezes responde de forma mais áspera e exigente a seguir" (sic). A esposa, emocionada, respondeu que ele sabia que ela não tinha culpa disso e que também gostaria de ter uma visão mais leve e esperançosa. Nesse momento, o marido sugeriu que, pelo menos no que dizia respeito ao seu pai – que agora estava estável e que, segundo o médico na última consulta, estaria curado, mantendo apenas a vigilância – ela tentasse aliviar um pouco essa tensão, uma vez que o pior já teria passado. Acrescentou que agora tinham um bebé que precisava da sua atenção e dedicação. A esposa afirmou que estava a tentar. O marido, então, reforçou: "Não é para mim, é mesmo para ti. Mereces usufruir deste momento lindo" (sic).

Acerca de rituais familiares e conjugais prévios ao nascimento, disseram que tinham sempre pouco tempo disponível pelo facto da esposa trabalhar em três sítios e ter, portanto, poucas folgas. Um ritual com a família extensa do lado da esposa são os almoços de domingo, em que toda a família se reúne em casa dos seus pais. Como ritual do casal, referiram os almoços ou jantares fora de casa, a dois, geralmente ao sábado, e dependendo do tempo disponível um passeio a pé na cidade ou até conhecer outras cidades. Algumas vezes participavam juntos em *trails* de montanha. Outro gosto partilhado eram as viagens, as quais ocorriam cerca de uma ou duas vezes por ano. O Convívio com amigos também era um ritual frequente.

O marido acrescentou que, mesmo em relação aos amigos, percebia que a esposa não conseguia aproveitar os momentos. Referiu que ela se deixaria “dominar ou pelo menos manipular” (sic) pelas opiniões dos outros, especialmente pela irmã, o que a fazia sentir culpa constantemente. Deu um exemplo concreto: no fim de semana anterior, um casal de amigos convidou-os para almoçar no domingo. Eram amigos de ambos, mas, após a irmã da esposa ter comentado que “não fazia sentido” (sic) marcarem um almoço ao domingo, sabendo que era o dia da reunião familiar, a esposa sentiu um grande peso na consciência e acabaram por desmarcar o encontro com os amigos. O marido afirmou: “Respeitei a escolha, mas, a meu ver, isso não lhe faz bem. Fica a sentir-se culpada por tudo e por nada, não aproveita a vida” (sic). A esposa acenou com a cabeça, concordando, e disse apenas: “Ele tem razão” (sic), enquanto mantinha um olhar vago.

Acerca de estratégias de *coping* individuais, o marido gosta de praticar *bodyboard*, mas desde o nascimento da filha só teria ido uma vez. Também não tem estado com amigos, outra das suas estratégias. A esposa referiu que uma das suas estratégias habituais eram as caminhadas e estar com amigas. Não tem conseguido implementar nenhuma estratégia. O marido refere que tem incentivado a esposa a fazer as suas caminhadas e tomar café com amigas, que ficaria com a bebé para ela espairecer um pouco. Que daria perfeitamente para gerir essa atividade e encontros no intervalo das mamadas, mas que tem muita dificuldade em deixar a bebé e sair de casa. A esposa concorda, mas referiu que iria tentar.

Quando questionados acerca de estratégias de resolução de problemas, salientaram o diálogo aberto e, perante desafios, costuma ajudá-los terem uma meta. Um exemplo dado foi quando a esposa estava emigrada em Inglaterra e o marido morava em Portugal. Para lidarem com a distância e as saudades, sempre que estavam juntos, definiam imediatamente a próxima data e marcavam a viagem para se reencontrarem. Esta estratégia era facilitadora para ambos lidarem com as saudades.

Quanto aos seus pontos fortes e forças, destacaram a união, serem equipa, complementaridade, gostam da companhia mútua e amor.

Neste ponto, elogiamos a participação ativa e o esforço de ambos durante a entrevista. Explicámos que era notório a sua união e trabalho de equipa nesta fase de transição desafiante, mas que, de acordo com os dados colhidos, identificamos alguns pontos em que revelaram maiores dificuldades e com potencial de melhoria.

Apresentámos um sumário dos dados críticos identificados, relacionados aos diagnósticos de enfermagem “*Coping* familiar comprometido” e “Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido”. Os principais aspetos identificados foram: comunicação familiar pouco clara (prejudicada), ausência de uso de estratégias de *coping* familiares e individuais e necessidade de maior flexibilização na gestão de tarefas domésticas nesta fase de transição. Nesse contexto, propusemos a Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar. O casal concordou com os desafios identificados e aceitou a intervenção proposta.

Foi então estabelecido um contrato terapêutico com a família, no qual os membros definiram que o principal objetivo da intervenção seria melhorar a comunicação familiar e o uso de estratégias de *coping*, tanto individuais quanto familiares, com o intuito de reduzir a sobrecarga sentida nesta etapa de vida. Além disso, consideraram importante encontrar um maior equilíbrio na gestão das tarefas domésticas. O marido expressou o desejo de ver a esposa mais alegre e satisfeita. Explicado que a esposa, em paralelo a esta intervenção, já estava a realizar uma intervenção individual que visava melhoria do seu bem-estar, e que eventuais benefícios poderiam igualmente advir da intervenção familiar para os membros familiares, mas que o foco principal desta intervenção seria o sistema familiar como um todo.

Para complementar a atividade diagnóstica, foi enviado um formulário online *Microsoft Forms* (*Microsoft Office 365*), que incluía o consentimento informado e a Escala de Adaptabilidade e Flexibilidade Familiar – Faces IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017).

Adicionalmente, preenchemos os Indicadores de Resultado NOC: “Funcionamento Familiar”, “Resiliência Familiar” e “*Coping* Familiar”. Os resultados obtidos através da aplicação de todos os instrumentos utilizados estão apresentados no Anexo XX.

De acordo com os dados obtidos na avaliação diagnóstica, foram identificados os Diagnósticos de Enfermagem familiares, objetivos e critérios de resultado para a intervenção, que apresentamos no Quadro 16 seguinte:

Quadro 16 - Diagnósticos de Enfermagem, objetivos e critérios de resultados para o estudo de caso familiar

Diagnósticos de Enfermagem	
● Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido. ● <i>Coping</i> familiar comprometido. (ICN, 2019)	
Objetivos	
Gerais ● Promover a manutenção do Processo Familiar. ● Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar, desencadeados pela Transição para a Parentalidade. ● Promover o uso de estratégias de <i>Coping</i> familiar. ● Promover o conhecimento dos membros familiares, acerca das mudanças face à chegada do recém-nascido. ● Promover o conhecimento acerca de estratégias facilitadoras na gestão de rotinas no período pós-parto. ● Promover conhecimento acerca de estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família.	Específicos ● Melhorar o funcionamento familiar. ● Melhorar a comunicação familiar. ● Melhorar a satisfação familiar. ● Melhorar a resiliência familiar. ● Melhorar o <i>coping</i> familiar. ● Melhorar o conhecimento sobre estratégias de <i>Coping</i> familiares. ● Melhorar o conhecimento acerca de estratégias facilitadoras na gestão de rotinas e integração do recém-nascido na família. ● Melhorar a consciencialização da relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família.
Critérios de Resultado	
● Que a família atribua importância ao uso de estratégias de <i>Coping</i> familiar. ● Que a família identifique as suas estratégias de <i>Coping</i> familiar. ● Que a família atribua importância à flexibilidade, como estratégia facilitadora na gestão de rotinas no período pós-parto. ● Que a família identifique e use estratégias facilitadoras da gestão de rotinas no pós-parto e de integração do recém-nascido na família. ● Que os membros familiares melhorem o resultado obtido nas três dimensões da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV e aumentem a classificação atribuída nos diferentes indicadores de resultado NOC selecionados.	

Segundo Figueiredo e colaboradores (2023), o nascimento do primeiro filho representa um marco significativo no ciclo de vida familiar, sendo um dos eventos mais transformadores para o sistema familiar. Meleis (2000, como citado em Figueiredo et al., 2023) salienta que essa transição envolve mudanças complexas que impactam não apenas o presente, mas também o futuro de todos os membros da família. A consciencialização dos pais em relação a essa experiência transicional é essencial, pois favorece a adoção de comportamentos protetores, contribuindo para o bem-estar da criança, dos próprios pais e, conseqüentemente, de toda a família (Figueiredo et al., 2023). De acordo com Wright e Leahey (2012), as famílias passam por diferentes estágios ao longo do ciclo de vida familiar. No caso desta família, encontra-se no terceiro estágio, correspondente à fase da "Família com filhos pequenos". O principal objetivo desse período é a aceitação e integração do novo membro no sistema familiar, o que implica, segundo as autoras, o desenvolvimento de três tarefas fundamentais: (1) ajustar a dinâmica conjugal para incluir a criança; (2) estabelecer uma colaboração entre os pais na educação dos filhos, na gestão das tarefas domésticas e das finanças; e (3) reorganizar o relacionamento com a família extensa, de forma a integrar os novos papéis de pais e avós (Wright & Leahey, 2012).

O apoio e envolvimento da família, por parte do EEESMP, principalmente na presença de *stressores* que colocam em risco o normal funcionamento familiar ou o seu processo de comunicação interno, como é o caso da fase de transição para a parentalidade, é securizante para a família e reduz a potencial vulnerabilidade familiar ou individual. Figueiredo e colaboradores (2023) salientam que o enfermeiro deve, perante as famílias que atravessam esta etapa do ciclo de vida familiar, não só promover a consciencialização dos pais, como deve igualmente reconhecer e explorar, colaborativamente com eles, recursos intrínsecos e novos recursos nos diferentes domínios: do conhecimento e comportamental, por forma a promover a sua capacitação, confiança e perceção de controlo. Carvalho e colaboradores (2020, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020) realçam, igualmente, que a intervenção do EEESMP junto da família, deve ser colaborativa, auxiliando-a na identificação e implementação de estratégias alternativas para a resolução de desafios.

Por conseguinte, no caso clínico em apreço, a **Intervenção psicoterapêutica promotora do Processo familiar**, que tem implícita a intervenção nestes domínios supracitados, foi considerada como intervenção indicada na conceção de cuidados de Enfermagem a esta família. Para essa tomada de decisão foram respeitados os critérios previstos para a intervenção (Sampaio, Martins et al., 2023), que se encontram apresentados no Quadro 17:

Quadro 17 - Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF no caso clínico familiar

Critérios para seleção da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do PF
• Diagnósticos de Enfermagem Familiares (ver Quadro 16). • Um dos membros (esposa) apresenta um problema emocional que impacta a família e o seu relacionamento. • Os membros familiares convocados (esposa e marido), aceitam a intervenção. • Não é perceptível medo, intimidação ou incapacidade de expressão livre por parte dos outros elementos. • Não há indícios ou evidência de abuso físico e sexual; incesto e/ ou violência doméstica.

Planeámos um total de três sessões, incluindo duas sessões de intervenção familiar, baseadas no MCIF e uma sessão de avaliação final. O formato escolhido para as sessões foi, igualmente, o formato *online* via *Teams* (*Microsoft 365*). Os Planos de sessão apresentam-se no Anexo XIX.

Com base nos dados obtidos, a intervenção proposta visa promover uma melhor comunicação familiar, fortalecer as estratégias de *coping* e aumentar a flexibilidade na adaptação à nova realidade parental. Para isso, serão ensinadas estratégias de comunicação assertiva, incentivando um diálogo claro e honesto, bem como o uso de uma linguagem não verbal coerente com a mensagem transmitida. Uma das dificuldades identificadas foi a inflexibilidade na gestão das tarefas domésticas, refletida na excessiva organização por parte do marido, possivelmente utilizada como uma estratégia de *coping* mal adaptativa para lidar com a ansiedade. Assim, ele será incentivado a experimentar novas perspetivas, delegar tarefas e adotar uma postura mais flexível, facilitando a adaptação à nova rotina familiar. Deverá igualmente voltar à prática de *hobby* desportivo *bodyboard*,

com vista à sua melhor regulação emocional e redução da ansiedade. Além disso, será trabalhada a importância de recorrer à rede de suporte, incentivando o casal a pedir ajuda sempre que necessário, de forma a aliviar a sobrecarga e promover um maior equilíbrio nas responsabilidades diárias. Para fortalecer os aspetos positivos da relação e desta nova fase, serão estimulados momentos de qualidade a dois e a três (com o bebé), priorizando atividades fora do ambiente doméstico e da família alargada, promovendo a intimidade e o fortalecimento do vínculo familiar. Serão reforçadas as estratégias de *coping* individuais e familiares que anteriormente se mostraram eficazes, bem como sugeridas novas abordagens, incentivando também o retorno ao convívio com amigos, tanto a nível individual quanto familiar. Ainda neste âmbito, será sugerida a estratégia de práticas de *Mindfulness* familiares, conforme surge recomendado na literatura (Luberto et al., 2018). Além disso, serão trabalhadas as mudanças expectáveis com a chegada de um filho e as tarefas familiares inerentes a esta fase de desenvolvimento (Wright & Leahey, 2012), ajudando a normalizar a experiência atual do casal.

● *Execução da Intervenção*

A data da **primeira sessão** de intervenção foi adiada, a pedido do casal, devido ao internamento da mãe e da bebé por suspeita de um diagnóstico infeccioso, que, felizmente, não se confirmou. No entanto, permaneceram três dias em regime de internamento no serviço de Pediatria. Assim, no planeamento desta sessão, foi necessário reservar um momento para que o casal pudesse partilhar essa experiência e refletir sobre o impacto que teve em cada um e na família como um todo.

Na sessão, o casal estava novamente sentado lado a lado, e a mãe segurava a bebé no marsúpio, desta vez desperta. A mãe interagia com a filha por meio de gestos de carinho e sorrisos, demonstrando envolvimento, afeto e uma vinculação mãe-filha segura.

A esposa começou por expressar as suas emoções de medo e ansiedade face à necessidade de internamento. Mas sentiu que a filha estava a ser bem cuidada. O marido permanecia no hospital durante o dia, acompanhando mãe e filha. Ambos descreveram esses momentos como angustiantes, mas, ao mesmo tempo, destacaram que “sentíamos que estávamos no nosso ninho” (sic) e que nada mais, além de nós, era importante. Essa perspetiva positiva, embora inesperada, trouxe-lhes uma sensação de bem-estar e reforçou o seu vínculo afetivo. A esposa afirmou que aquele internamento a fez tomar consciência de que a sua prioridade era, acima de tudo, cuidar do seu bebé e da sua família nuclear, reconhecendo que não conseguiria assumir também os cuidados aos pais. Assim, esse internamento foi uma experiência de consciencialização importante.

Foi elogiada a forma resiliente e unida como ultrapassaram esta dificuldade, revelando que os seus recursos de adaptação são úteis e eficazes, parabenizamo-los por isso.

Ao longo destas sessões de intervenção foram sendo realizadas intervenções nos três domínios do funcionamento familiar.

A **nível cognitivo**, foi realizada a consciencialização da família sobre o seu padrão de comunicação, através de dinâmicas interativas e psicoeducação em que foram ensinadas técnicas de comunicação assertiva, estilos de comunicação e estratégias de resolução de problemas, que foram instruídas e treinadas com exemplos práticos do quotidiano familiar. Por ser notório nas sessões que o marido colocava alguma pressão na mudança de humor da esposa e que esta se sentia culpada por se sentir ansiosa e com humor depressivo e, por outro lado, também o marido revelar comportamentos, possivelmente de origem ansiosa, foi realizada intervenção psicoeducativa acerca das perturbações mentais, maternas e paternas, mais prevalentes no período pós-parto, incluindo sinais e sintomas e a distinção do *blues* pós-parto. Perante esta informação o marido conseguiu estabelecer a relação com o quadro sintomático apresentado pela esposa no regresso a casa, compreendendo melhor a relação e manifestando algum alívio. Ainda neste domínio, foram elogiadas as forças da família, como o amor, apoio mútuo e o trabalho de equipa, sendo também salientada a importância de resgatar atividades conjuntas de prazer, onde poderia ser incluída a filha: p. ex. almoçar fora e dar um pequeno passeio, conforme seu hábito anterior. Foram também apresentadas práticas de *Mindfulness* e incentivada a sua prática conjunta. Outra temática abordada foi a satisfação conjugal no pós-parto e algumas estratégias que poderiam ser introduzidas, por forma a promover sua própria satisfação enquanto casal. A família mostrou-se interessada na apresentação das temáticas, colocando questões para maior entendimento e participando ativamente nas sessões e dinâmicas.

No **âmbito afetivo**, foram validadas as respostas emocionais dos membros da família, explicando que, frequentemente, as famílias nesta fase de transição complexa, que implica mudanças não só a nível de identidade individual, como também sistémica sentem incerteza, medo e dúvidas. Foi salientado em vários momentos que “quando nasce o primeiro filho, nasce uma mãe e um pai” e, portanto, estão todos a aprender a desempenhar novos papéis. Esta frase foi, posteriormente, adotada no seu próprio discurso, mostrando que foi relevante para si. Foi discutido como uma comunicação mais aberta, clara e honesta pode ajudar a superar esses desafios. Durante as sessões, foram incentivados a partilhar as suas preocupações e narrativas pessoais, enquanto o outro escutava atentamente.

A **nível comportamental** a família foi incentivada a apoiar-se mutuamente, retomar rituais conjuntos e a retomar os seus rituais familiares conjuntos, como eram as refeições fora de casa e passeios. Na segunda sessão, foi realizada uma dinâmica baseada na técnica comportamental de *role-play*, com troca de papéis, proporcionando uma experiência indutora de consciencialização para ambos. Este exercício foi estruturado a partir de uma das nossas hipóteses de que o pai, ao ver a esposa num estado de tristeza profunda nas primeiras semanas após o regresso a casa, teria assumido

para si que, a partir daquele momento, tudo dependeria unicamente dele. Como resposta ao medo e à ansiedade sentida, ativou um modo de atuação exagerado, assumindo todas as tarefas e gerando uma grande sobrecarga em si. Durante a dinâmica, quando a esposa interpretou o papel do marido, foi questionada sobre essa possibilidade. Perante a questão, ficou pensativa e emocionada, mantendo-se em silêncio. O marido, por sua vez, também se emocionou, e, de uma forma pouco habitual para ele, começou a chorar intensamente. Fizemos uma longa pausa em respeito ao momento. Quando questionado sobre o motivo da sua emoção, respondeu: "Porque senti que foi exatamente isso que aconteceu. Tive tanto medo, pois a minha esposa é que era sempre o pilar da casa" (sic). A esposa, profundamente emocionada, referiu que nunca imaginaria tal sentimento da parte dele e que essa revelação foi uma verdadeira surpresa. A partir desse momento, ficou acordado entre ambos que ninguém deve substituir ninguém, mas sim que cada um deve cumprir o seu papel dentro da relação a dois, com a filha e familiar. Na inversão de papéis, quando o marido interpretou a esposa, surgiu um tema recorrente das sessões: a sua crítica e incompreensão ao tempo que a esposa passava nas redes sociais e em grupos de conversação. Sabíamos, pelas sessões individuais, que este era um recurso que a esposa utilizava para se sentir mais conectada com as amigas, de quem estava mais afastada nesta fase. Então, dirigimos questões ao marido (no papel da esposa), perguntando o porquê desse comportamento. Inicialmente, respondeu que era uma perda de tempo, mas, à medida que as questões foram sendo mais direcionadas para a sua possível necessidade de se sentir menos só enquanto o marido trabalhava, ele começou a refletir. As pausas na sua fala mostravam que estava a considerar novas perspetivas. Até que, olhando para a esposa, admitiu: "Talvez tenha exagerado na crítica e não tenha pensado noutras perspetivas." Em seguida, reconheceu: "Eu sei que às vezes sou mesmo inflexível. Desculpa." (sic).

Por fim, numa das sessões, foi sugerido um exercício ao marido para treinar maior flexibilidade: tentar montar uma máquina de louça sem seguir uma ordem específica, contrariando o seu padrão habitual de organização. O marido mostrou-se muito hesitante com esta proposta, mas referiu que iria tentar.

Ainda na segunda sessão, última antes da pausa de Natal, a esposa trouxe uma preocupação específica, mencionando que preferia abordá-la na nossa presença, pois sabia que era um tema sensível para ambos. O casal tinha tomado a decisão conjunta de convidar toda a sua família para a passagem de ano e dia de Ano Novo para sua casa. A esposa preocupava-se com a ansiedade do marido nesses momentos, pois ele tentava controlar toda a organização e não permitia que ninguém ajudasse. Isso era desgastante para ele, algo evidente pela sua expressão facial durante esses eventos, além de causar desconforto à restante família, que gostava de colaborar. Recordou, inclusive, uma passagem de ano em que ele não permitiu que a sogra preparasse a canja (tradição de família neste dia), receando que ela danificasse a placa de fogão. A esposa comentou: "Ele,

nestes momentos, quer controlar tudo” (sic). O marido admitiu que havia verdade na afirmação, mas considerou que ela estava a exagerar. Reconheceu ser controlador em questões logísticas, mas argumentou que a esposa também o era, pois, em vez de aproveitar os momentos, preocupava-se excessivamente com a reação dos presentes. Sorrindo, acrescentou que, para ele, o ideal seria colocar uma placa à entrada da cozinha com a mensagem: “Proibida a entrada a todos”. Ele riu, mas a esposa não. Exploramos o tema e pedimos que definissem pontos inegociáveis. O marido queria ser o único a organizar a louça na máquina, mas aceitaria ajuda no levantamento da louça da mesa, sugerindo definir locais específicos para depositá-la na cozinha. A esposa concordou e estabeleceu como essencial permitir que sua mãe preparasse a tradicional canja, acompanhando-a para evitar problemas com o fogão. O marido aceitou. Além disso, acordaram que a esposa se focaria apenas nos cuidados com a bebé, sem vigiar as reações dos convidados. Finalizaram o compromisso com um aperto de mão. Foi igualmente sugerido que pedissem ajuda aos familiares na preparação das refeições e, embora inicialmente renitentes, reconheceram que seria uma ajuda necessária e decidiram que iriam pedir para trazerem as entradas e sobremesas.

A terceira sessão, de avaliação final, ocorreu após o intervalo de férias.

O casal estava aparentemente bem disposto e a bebé, no marsúpio com o pai novamente. Então relataram que durante este período têm notado melhorias significativas na sua comunicação familiar, com mais tolerância pela perspetiva do outro. Salientaram que durante as dinâmicas realizadas nas sessões trouxeram para si a noção de que realmente a sua perspetiva pessoal poderia ser limitadora e que o outro podia ter um ponto de vista diferente, mas também válido. Criaram momentos de conversa dedicados a que cada um dissesse algo que o andaria a preocupar e negociavam decisões conjuntas. Riem mais, sendo que o Humor tem sido uma estratégia de destaque para si. Um exemplo dado, foi um dia em que a filha chorava a recusava adormecer. Antes, nestes momentos, ficavam ansiosos e até começavam em acusações mútuas por causa da preocupação. Nesta situação recente olharam um para o outro e a esposa disse “ok, hoje não estás para facilitar” (sic). Ambos riram ao lembrar este momento. Teriam conseguido fazer um passeio em família a três até uma cidade próxima, almoçaram fora e aproveitaram para passear a três. Foi um dia muito marcante e importante “o nosso primeiro passeio em família” (sic). A esposa estava a fazer caminhadas diárias, na hora de almoço enquanto o pai tomava conta da filha e ao fim de semana iam a três. O marido retomou a prática de *bodyboard* e a esposa realçou, com algum humor, que ele regressava a casa muito mais calmo e que por ela ele “deveria ir todos os dias” (sic). A esposa tinha igualmente combinado um lanche com as suas amigas para apresentar a bebé e o marido teria marcado encontro com amigos, ambos salientaram que estes momentos, fora da rotina habitual, lhes trouxeram leveza. Foram almoçar a casa de um casal amigo, num domingo, e quando a sua irmã voltou a dizer que isso não faria sentido a esposa foi capaz de responder com assertividade que, entendia que a irmã gostasse que eles estivessem presentes no almoço de

domingo, mas que esta era uma escolha conjunta da sua responsabilidade e que seria algo importante para o casal. Aí foi notório que a esposa ficou surpreendida consigo mesma e que esse momento foi de empoderamento. O marido destacou que foi igualmente surpreendente para si, mas que realmente notou que a esposa se sentiu bem com essa escolha. A irmã inicialmente terá mostrado alguma incompreensão, mas no dia seguinte ligou e falaram normalmente.

Quanto à organização das tarefas domésticas, conseguiram trazer maior flexibilidade, e a esposa destacou que o marido, em alguns momentos, passou a pedir ajuda para a realização de certas tarefas, algo que anteriormente seria impensável. Com isso, ela sentiu-se valorizada. Além disso, encontraram, no seu bairro, uma lavandaria com serviço de engomadoria, o que eliminou essa obrigação e se revelou uma grande ajuda. Nas visitas inesperadas da sua família, a esposa notou que o marido já reagia com mais calma e não corria para arrumar tudo antes de abrir a porta.

No que respeita à preocupação excessiva habitual da esposa, o marido referiu ter notado uma grande diferença, destacando a maior presença e atenção dela em cada momento. A esposa também reconheceu essa evolução, mencionando que agora conseguia usufruir do momento presente, o que era tranquilizador e muito positivo para si e para a relação com a filha. Inclusive, conseguiu ter uma conversa com o seu pai, na qual lhe delegou a responsabilidade de gerir autonomamente as datas das consultas. Ele agradeceu esse gesto, pois também percebia a preocupação excessiva da filha, que considerava desnecessária e o preocupava.

O evento em sua casa da passagem de ano correu muito bem e cumpriram ambos o que teria ficado combinado. Divertiram-se e salientam esta como uma bela memória de família.

Quanto ao desafio proposto ao marido, este conseguiu concretizar. Refere ter montado uma máquina absolutamente caótica, que foi muito desafiante e que percebeu, que afinal as coisas ficam lavadas na mesma. Mas destaca “ainda assim tive que colocar novamente a lavar dois pratos que ficaram péssimos” (sic), realçando que com o seu método isso nunca aconteceria. Este exercício ainda foi motivo para um momento de humor em casa, pois a esposa decidiu filmar o marido no processo, fazendo um relato do seu “sofrimento”. Riram todos.

Quando questionados sobre o que foi mais importante para eles durante as sessões, o marido quis ser o primeiro a falar e disse: “Eu sabia que era organizado, mas não tinha consciência de que era tão rígido e inflexível. Foi mesmo uma surpresa e tenho noção de que tenho muito trabalho a fazer. E percebi também que sou ansioso e nem sabia” (sic). Explicámos que o objetivo nunca seria mudar por completo esse traço de personalidade, mas sim trazer mais leveza a certos assuntos e tarefas, promovendo maior bem-estar individual e familiar, sobretudo nesta fase.

A esposa destacou que tudo foi importante para si, mas salientou especialmente as dinâmicas de *role-play*, que lhe proporcionaram novas perspetivas e uma maior consciência. Isso permitiu aligeirar o dia a dia familiar e compreender melhor a visão do outro. Ela sentiu que o marido passou

a entender melhor o seu estado de humor e, nesse aspeto, notou uma evolução positiva. O marido confirmou que também percebeu a esposa mais calma e centrada.

Ambos concluíram que a sua vida, com a ajuda destas sessões, passou a ter uma organização mais facilitadora e que isso fortaleceu o amor, a união e o trabalho de equipa. Sentem que estão a viver juntos um dos momentos mais importantes das suas vidas e que, neste momento, a sua prioridade deve ser a família nuclear. Ambos agradeceram a oportunidade desta intervenção e, juntos, concluímos que os objetivos iniciais foram atingidos e até superados.

Por fim, fizemos uma breve síntese das estratégias aprendidas e utilizadas com sucesso e incentivámos a continuação deste excelente trabalho de equipa. Elogiámos o esforço, a motivação para a mudança e as conquistas alcançadas. Entregámos a carta de finalização e solicitámos o novo preenchimento dos instrumentos de avaliação, bem como do inquérito de satisfação.

- *Resultados obtidos*

Os resultados comparativos obtidos através da aplicação dos Instrumentos de avaliação antes (avaliação inicial) e depois (avaliação final), encontram-se organizados em tabelas no Anexo XX.

Na análise dos resultados da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017), observa-se uma evolução positiva na coesão e flexibilidade familiar tanto da Sra. M. quanto do Sr. C. A Sra. M. apresentou um aumento na coesão (de 80 para 85) e na flexibilidade (de 65 para 82), bem como uma redução do score de desagregação (de 15 para 10) e caoticidade (de 40 para 26). No entanto, houve um leve aumento na rigidez (de 15 para 20). O rácio de coesão aumentou de 2,9 para 4,05 e o de flexibilidade de 2,35 para 3,56, refletindo uma melhor dinâmica familiar.

O Sr. C. também demonstrou melhorias significativas, especialmente na coesão (de 65 para 85) e flexibilidade (de 65 para 82). Houve uma redução na aglutinação (de 50 para 15) e na caoticidade (de 26 para 20), sugerindo um maior equilíbrio na relação familiar. O rácio de coesão aumentou de 1,85 para 4,15, o de flexibilidade de 2,24 para 3,15, e o total de 2,01 para 3,65, indicando melhorias substanciais na dinâmica familiar.

Os percentis das escalas de comunicação e satisfação também se elevaram para ambos os membros, com destaque para a satisfação do Sr. C., que passou do percentil 45 (escala 3) para 97 (escala 5), revelando um aumento expressivo na perceção de bem-estar familiar.

Na análise dos resultados da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017), observa-se uma evolução positiva na coesão e flexibilidade familiar nos dois membros familiares. A Sra. M. apresentou um aumento na coesão (de 80 para 85) e na flexibilidade (de 65 para 82), bem como uma redução do Score de desagregação

(de 15 para 10) e caoticidade (de 40 para 26). No entanto, houve um leve aumento na rigidez (de 15 para 20). O rácio de coesão aumentou de 2,9 para 4,05 e o de flexibilidade de 2,35 para 3,56, refletindo um melhor funcionamento familiar global. O Sr. C. também demonstrou melhorias significativas, especialmente na coesão (de 65 para 85) e flexibilidade (de 65 para 82). Houve uma redução na aglutinação (de 50 para 15) e na caoticidade (de 26 para 20), sugerindo um maior equilíbrio na relação familiar. O rácio de coesão aumentou de 1,85 para 4,15, o de flexibilidade de 2,24 para 3,15, e o total de 2,01 para 3,65, indicando melhorias, igualmente substanciais no que concerne ao funcionamento familiar.

Além disso, a comunicação e a satisfação familiar também apresentaram progressos notórios. No caso da Sra. M., a pontuação na escala de comunicação evoluiu do percentil 74 para o percentil 90, e na escala de satisfação, do percentil 58 para o percentil 71, o que reflete uma maior capacidade de expressar sentimentos e necessidades dentro da família, bem como um aumento na percepção de bem-estar e harmonia na relação conjugal. Já o Sr. C. apresentou uma melhoria ainda mais expressiva nestes domínios, com a comunicação a evoluir do percentil 70 para o percentil 86 e a satisfação de 45 para 97, sugerindo um aumento significativo na sua capacidade de dialogar de forma mais aberta e eficaz e uma maior satisfação global com a relação familiar.

Apesar dos avanços, observa-se que o valor da rigidez da Sra. M. aumentou e o do Sr. C. permaneceu inalterado. No caso da Sra. M., este aumento pode estar relacionado com um processo de adaptação às novas dinâmicas familiares. Com o fortalecimento da coesão e da flexibilidade, houve necessidade de estabelecer limites mais claros (por exemplo com a sua irmã) e assumir um maior controlo em algumas situações, o que momentaneamente se refletiu na pontuação de rigidez. Já no caso do Sr. C., embora a rigidez se tenha mantido inalterada (32), na prática diária verificaram-se avanços significativos, nomeadamente em aceitar montar a máquina de louça de forma desorganizada, maior abertura na delegação de tarefas e permitir-se falhar em pequenas tarefas. O facto de a rigidez ter permanecido com o mesmo valor pode ser explicado pela persistência de traços estruturais da personalidade, que não se alteram de forma imediata, e pela forma como ele próprio, principalmente após este processo de maior consciencialização, se percebe em termos de exigência e controlo, apesar das mudanças comportamentais. Além disso, o funcionamento do sistema familiar como um todo influencia a forma como os seus membros respondem ao questionário, e pode ser que o facto da esposa ter explorado e exposto várias vezes, esta sua tendência para a organização, ainda o veja como alguém rígido, reforçando essa percepção na avaliação. Assim, embora a rigidez do Sr. C. não tenha diminuído em termos quantitativos, a forma como ela se manifesta no quotidiano familiar sofreu transformações evidentes, o que demonstra uma evolução qualitativa no funcionamento familiar.

Também a análise comparativa dos resultados obtidos no Indicador de resultado NOC “Funcionamento Familiar”, indica uma melhoria considerável no funcionamento familiar. Entre os

principais avanços estão a capacidade da família de se adaptar às transições de desenvolvimento (de 3 para 5) e a crises inesperadas (de 2 para 5). Esta capacidade de adaptação a acontecimentos inesperados, foi notório, principalmente, aquando do internamento hospitalar da bebé. Todo o sistema se mobilizou e se adaptou ao acontecimento com mestria. Também houve progressos na criação de um ambiente onde os membros expressam seus sentimentos (de 3 para 4) e na aceitação da diversidade entre os membros (de 3 para 4).

A pontuação também aumentou em relação ao apoio e auxílio mútuo, comprometimento e tempo compartilhado, o que sugere um fortalecimento dos laços familiares. Os passeios conjuntos, o apoio mútuo contínuo, a partilha de tarefas e a criação de rituais conjuntos são exemplos disso.

No que se refere à resiliência familiar, observa-se um aumento na capacidade da família de esclarecer comunicação ambígua (de 2 para 4), utilizar estratégias de resolução de conflitos (de 2 para 4) e compartilhar humor (de 3 para 4). Também houve crescimento na capacidade de proteger os membros da família (de 3 para 5) e buscar apoio emocional tanto de amigos (de 3 para 5) quanto da família estendida (de 3 para 4). O aumento na utilização de recursos da comunidade (de 4 para 5) e na preparação para desafios futuros (de 3 para 4) evidencia um maior empoderamento da família para lidar com adversidades. Aqui salientamos mais uma vez a capacidade de adaptação ao internamento, a capacidade de pedir ajuda à família extensa na preparação do jantar e começaram a usar recursos comunitários nas tarefas instrumentais.

Na dimensão do *coping* familiar, destaca-se a melhoria na gestão de problemas familiares (de 1 para 4), na expressão de sentimentos e emoções (de 3 para 4) e na tomada de decisões compartilhada (de 2 para 5). O compartilhamento de responsabilidades (de 1 para 5) e a manutenção da estabilidade financeira (de 1 para 5) também apresentaram avanços significativos.

A utilização de sistemas de apoio comunitário (UCC e engomadoria) e assistência familiar também aumentou, reforçando a capacidade da família de enfrentar desafios de forma estruturada.

Os resultados indicam melhorias significativas na coesão, flexibilidade e funcionamento familiar após a intervenção. A família demonstrou avanços na capacidade de adaptação, resiliência e enfrentamento de desafios. O fortalecimento da comunicação, da expressão emocional e do suporte mútuo são evidências de uma transformação positiva na dinâmica familiar. Assim, a intervenção realizada mostrou-se eficaz na promoção de um ambiente familiar mais equilibrado e funcional.

5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde estão em constante evolução e diferenciação, exigindo dos profissionais, incluindo dos enfermeiros, o desenvolvimento contínuo de competências técnico-científicas e humanas para responder eficazmente a desafios cada vez mais complexos (Diário da República, Reg. 140/2019).

No âmbito dos cuidados de enfermagem, a OE sublinha que estes têm como objetivo *"ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível"* (Diário da República, Reg. 512/2018, p. 21427). A referência a esta definição geral, importa, a nosso ver, pois realça e relembra que qualquer enfermeiro especialista é, antes de mais, um enfermeiro de cuidados gerais. As competências especializadas emergem do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, traduzindo-se num conjunto de competências comuns e específicas que estruturam a prática especializada (Diário da República, Reg. 512/2018).

Atualmente, em Portugal estão regulamentadas seis áreas de especialização em enfermagem (Diário da República, Reg. 140/2019). No que se reporta à EESMP, os cuidados especializados visam a "promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (Diário da República, Reg. 512/2018, p. 21427) e são, sobretudo, as competências de âmbito psicoterapêutico, que conferem ao EEESMP a habilidade de elaborar uma avaliação clínica única, a qual culmina numa prática clínica diferenciada. Assim, a complexidade da prática clínica do EEESMP exige a mobilização de um conjunto específico de saberes científicos, técnicos e humanos, diferenciando-se das demais especialidades de enfermagem (Diário da República, Reg. 512/2018, p. 21427). De entre as competências específicas desta especialização, destacam-se aquelas de âmbito psicoterapêutico, que capacitam o EEESMP a realizar uma avaliação clínica singular, resultando em uma prática diferenciada.

Os estágios aportados neste relatório representam um marco no desenvolvimento das competências, traduzindo uma imersão nos contextos clínicos e um aprofundamento progressivo do conhecimento e das habilidades inerentes ao *"saber profissional"* do EEESMP. Ao longo deste percurso de aprendizagem, que combina avaliação, planeamento, execução e reflexão, com forte orientação para a conceção e prestação de cuidados à PNCSM, à família e ao grupo, ocorre simultaneamente um processo intrínseco de aprimoramento do autoconhecimento pessoal e profissional.

Neste capítulo, com o objetivo de demonstrar a aquisição das competências, específicas do EEESMP e transversais do enfermeiro especialista, será realizada uma análise crítico-reflexiva sobre o seu processo de desenvolvimento. Esta abordagem visa promover a reflexão e incentivar

uma integração mais completa dos conhecimentos, habilidades e atitudes no perfil profissional, enquanto futuro EEESMP. Para complementar a análise, será incluída uma apresentação mais visual da aquisição das competências, através de duas tabelas (Tabela 3 e Tabela 4), onde serão enunciadas as atividades da sua operacionalização realizadas nos contextos clínicos, rumo à sua aquisição.

5.1. Análise Crítico-Reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências

A prática reflexiva é uma competência cognitiva que exige um esforço consciente para avaliar situações à luz das próprias crenças, valores e práticas. Esse processo permite aos enfermeiros aprender com as suas experiências, incorporando novos conhecimentos numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados prestados e contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (Patel & Metersky, 2022). Galutira (2018) desenvolveu a Teoria da Prática Reflexiva em Enfermagem, que propõe que uma prática avançada de enfermagem envolve reflexão antes, durante e após a ação, potenciando, assim, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, resultados mais satisfatórios e impactantes para os clientes. Também Lucas (2023), destaca que a formação dos enfermeiros deve incentivá-los a desenvolverem autonomia, pensamento crítico, sensibilidade para com o outro e Mente aberta, de modo a permitirem, na sua prática quotidiana, integração de novas perspetivas acerca de si mesmos, acerca do outro e acerca dos acontecimentos.

Com base nesta evidência, optámos, neste ponto do relatório, por realizar uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso do nosso processo de aprendizagem ao longo dos estágios, integrando-o nas diferentes competências previstas para a atribuição do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2018 & 2019). Pretendemos, assim, sistematizar as aprendizagens realizadas, com vista a uma prática avançada futura, enquanto EEESMP, mais consolidada e sustentada.

De modo a facilitar esta análise, serão apresentadas duas tabelas: a Tabela 3, relativa à aquisição das competências específicas do EEESMP, e a Tabela 4, referente às competências comuns do enfermeiro especialista. Após cada tabela, seguir-se-á a respetiva análise crítico-reflexiva detalhada, organizada por competência, garantindo maior rigor e, ao mesmo tempo, uma estrutura mais clara e acessível para o leitor.

➤ Competências Específicas do EEESMP

A primeira tabela a analisar (Tabela 3) corresponde às competências específicas do EEESMP e encontra-se apresentado a seguir:

Tabela 3 - Aquisição de competências específicas Enfermeiro especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

Aquisição de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica			
DOMÍNIO: F1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e Enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	Contexto Internamento	Contexto Diferenciado	Contexto Comunitário
UNIDADES DE COMPETÊNCIA E ATIVIDADES:			
Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	✓	✓	✓
• Identifica, a cada momento, emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que possam interferir na relação terapêutica, com a PNCSM, família e equipa interdisciplinar.	✓	✓	✓
• Identifica e gere fenómenos de transferência, contratransferência e impasses terapêuticos e o seu impacto na relação terapêutica;	✓	✓	✓
• Mantém o contexto e limites da relação profissional de forma a preservar e garantir a Integridade do processo terapêutico.	✓	✓	✓
• Reflete, criticamente, acerca das reações corporais, emocionais e respostas comportamentais.	✓	✓	✓
• Solicita feedback construtivo aos Enfermeiros Tutores e Professora Orientadora, de modo a ampliar a consciencialização e possibilidade de melhoria.	✓	✓	✓
• Elabora um “Diário de Bordo” durante os estágios, por forma a sistematizar as reflexões diárias sobre a ação, pensamentos, dúvidas e emoções emergentes no quotidiano nos diferentes contextos.	✓	✓	✓
DOMÍNIO: F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.			
UNIDADES DE COMPETÊNCIA E ATIVIDADES:			
• Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	✓		✓
• Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.	✓	✓	✓
• Desenvolve entrevistas clínicas individuais e familiares, com vista à colheita de dados através da anamnese associativa e aplicação de instrumentos de avaliação específicos e adaptados a cada intervenção, com vista à deteção das necessidades específicas da PCNSM e/ou família;	✓	✓	✓
• Coordena, implementa e desenvolve intervenções de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	✓	✓	✓
• Desenvolve e Implementa Intervenção Psicoeducativa em grupo dirigida aos familiares cuidadores.	✓		
• Desenvolve e Implementa intervenções de Promoção da LSM em grupo, dirigidas às famílias, no período perinatal.			✓
• Desenvolve e implementa intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar, em diferentes fases do ciclo de vida familiar, incluindo simultaneamente uma visão centrada na Promoção da Saúde Mental e Prevenção das perturbações mentais dos diferentes membros.	✓	✓	✓
• Colabora na implementação de programas de promoção da saúde escolar, acerca das temáticas comportamentos aditivos e sexualidade.			✓

DOMÍNIO: F3 - 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			
UNIDADES DE COMPETÊNCIA E ATIVIDADES:			
• Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.	✓	✓	✓
• Identifica os resultados esperados com a implementação de projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.	✓	✓	✓
• Realiza e implementa planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.	✓		✓
• Desenvolve e Implementa Intervenção Psicoeducativa em grupo, dirigido aos Familiares Cuidadores.	✓		
• Desenvolve e Implementa Intervenções de Promoção da Literacia da Saúde Mental, dirigidas às famílias, no período perinatal.			✓
• Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.	✓	✓	✓
• Identifica diagnósticos de enfermagem no âmbito da saúde mental da PNCSM com base no processo de tomada de decisão autónoma de Enfermagem e recurso a sistemas de taxonomia standardizados, identifica os resultados esperados e prescreve as intervenções simples e complexas, visando a resposta às necessidades específicas, no âmbito de atuação do EEESMP.	✓	✓	✓
• Realiza um estudo de caso, através da vivência nos estágios: elabora, implementa e avalia os planos de cuidados, baseados no Processo de Tomada de Decisão Autónoma de Enfermagem, partindo da Ontologia em Enfermagem e recurso à plataforma E4nursing (ESEP, 2023).	✓	✓	✓
• Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.	✓		
• Desenvolve ações interdisciplinares e trabalho colaborativo na equipe.	✓	✓	✓
• Orienta o cliente no acesso aos recursos institucionais ou comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.	✓	✓	✓
DOMÍNIO: F4 - 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 saúde.			
UNIDADES DE COMPETÊNCIA E ATIVIDADES:			
• Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino e saúde mental.	✓	✓	✓
• Desenvolve e implementa Intervenção psicoeducativa em grupo, dirigida aos familiares cuidadores.	✓		
• Desenvolve e Implementa intervenções de Promoção da Literacia em Saúde Mental em grupo, dirigidas às famílias, no período perinatal.			✓
• Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêutico para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e á situação.	✓	✓	✓
• Desenvolve e implementa Intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar, baseada no MCAIF.	✓	✓	✓
• Desenvolve e implementa Intervenção de âmbito socioterapêutico em grupo, dirigida a diferentes populações-alvo.	✓		✓

• Desenvolve e implementa intervenção psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamentos, no âmbito do estudo de caso individual.		✓	
• Desenvolve e implementa intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda profissional, no âmbito do estudo de caso individual.			✓
• Desenvolve e implementa intervenção psicoterapêutica, Treino de Relaxamento Autogénico, no âmbito do estudo de caso individual.	✓		
• Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.	✓	✓	✓
• Desenvolve e implementa Intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar, baseada no MCAIF, incluindo a PNCSM.	✓		

Legenda: () – competência desenvolvida e adquirida no contexto assinalado; () - Competência não desenvolvida no contexto assinalado

• **Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.**

Apesar de sabermos que todas as competências têm igual relevância e esperar ter obedecido a todos os requisitos no seu cumprimento, esta é, sem dúvida, a competência onde incidiu mais fortemente o nosso crescimento pessoal e profissional e que consideramos ter sido de maior destaque neste percurso.

Procurámos, em todos os contextos, manter uma postura cordial, correta e profissional perante os clientes de cuidados e a equipa interdisciplinar, recorrendo à comunicação assertiva e procurando, de forma sempre respeitosa e empática, integrar a posição de estudante, reconhecendo os seus limites de atuação. Apesar de se tratar de algo óbvio, nem sempre é espontâneo e na verdade exige do estudante, que também é enfermeiro, muita gestão pessoal e esforço de adaptação não só a novos contextos de prática, dinâmicas organizacionais e de equipa diferentes, bem como a diferentes características pessoais dos diferentes enfermeiros tutores. Também no que concerne aos limites de atuação é necessário, manter atenção contínua à sua não transposição nos contextos de estágio.

O instrumento que consideramos ter oferecido maior contributo para o desenvolvimento da presente competência, foi a elaboração do “diário de bordo”, que nos obrigou e remeteu diariamente para uma análise e reflexão profunda sobre todas as experiências vivenciadas durante o estágio. Da mesma forma, as partilhas de perspetivas e reflexões conjuntas, tanto com os enfermeiros tutores e a restante equipa interdisciplinar, como com a professora orientadora dos estágios, contribuíram significativamente para o aprimoramento do nosso autoconhecimento e autoconsciência.

A comunicação e a relação terapêutica são condições *sine qua non* na atuação do EEESMP. Para validar e aprimorar a nossa comunicação, conduta e comportamento junto das PNCSM, famílias e grupos, bem como para avaliar a relação terapêutica estabelecida, realizámos discussões regulares com os enfermeiros tutores e a professora orientadora de estágio. O *feedback* obtido nesses debates revelou-se uma mais-valia essencial, permitindo ajustes na nossa abordagem e,

consequentemente, o fortalecimento da relação terapêutica com os clientes. Essa estratégia foi igualmente fundamental para identificar e gerir eventuais fenómenos de transferência, contratransferência e impasses terapêuticos. No trabalho com famílias e grupos, essa “visão externa” – sobretudo a de profissionais mais experientes – mostrou-se ainda mais relevante, pois, devido à inexperiência enquanto estudante, pode ser desafiador reconhecer determinadas situações e/ou constrangimentos durante a sessão, sobretudo no que concerne à linguagem não verbal. A literatura destaca a função do coterapeuta precisamente nesse contexto, atribuindo-lhe o papel de ampliar e complementar a perspetiva do terapeuta, possibilitando a introdução de ajustes necessários (Sequeira & Sampaio, 2020).

Uma aprendizagem significativa ocorreu também no cuidado a PNCSM estrangeiras, com experiências culturalmente diversas. Esses momentos fomentaram a necessidade de um estudo aprofundado e uma atualização contínua em relação à competência culturalmente competente e linguística, a fim de oferecer uma resposta ajustada às suas necessidades. Uma atitude de curiosidade, empatia, respeito e isenção de julgamentos foi o ponto de partida e o ponto de encontro durante todas as intervenções neste âmbito. Ficou claro para nós que ações simples podem provocar grandes mudanças e melhorias no bem-estar desses clientes. Um exemplo disso, em contexto de internamento, foi a possibilidade de disponibilizar o *Sajjad* (tapete de oração) e negociar com a equipa a criação de um espaço privado para as orações de uma PNCSM estrangeira muçulmana. Esta intervenção simples teve um impacto muito positivo no autoconceito do cliente, que antes sentia vergonha e culpa moral por não rezar. Confrontados com esse exemplo e com a necessidade de um estudo autodidata, refletimos sobre a importância de incluir essa temática, de forma mais aprofundada, nos currículos escolares, especialmente no âmbito do MESMP, onde a base de atuação é uma relação e comunicação terapêutica eficaz.

Na literatura atual, o humor, quando utilizado de forma ética, empática e competente, é reconhecido como uma valiosa estratégia e instrumento terapêutico e de humanização no âmbito da ESMP. Os benefícios destacados incluem o alívio de tensões, a facilitação da comunicação em situações de medo e ansiedade, a criação de um ambiente terapêutico seguro e acolhedor, o fortalecimento da relação terapêutica, a promoção do bem-estar do cliente e a desconstrução do estigma associado às perturbações mentais (J. C. Carvalho et al., 2019; Piñar Rodríguez et al., 2024). Contudo, é enfatizado, igualmente, que o seu uso requer sensibilidade e discernimento para evitar interpretações inadequadas ou a minimização do sofrimento e da seriedade das perturbações do foro mental (Piñar Rodríguez et al., 2024). Perante esta evidência, e considerando que o sentido de humor é um dos nossos traços de personalidade, bem como uma característica integrada na nossa prática de enfermagem em cuidados gerais — tendo sido consistentemente bem recebido pelos clientes e seus familiares — optámos por integrar esta estratégia também na prestação de cuidados durante os estágios. O humor revelou-se uma ferramenta valiosa em diversos momentos de

contacto e intervenção, tanto individualmente como no trabalho com famílias e grupos. Destacam-se alguns exemplos relevantes: em quase todas as sessões com famílias, onde o uso sensível dessa estratégia fortaleceu a relação terapêutica estabelecida; na sessão de intervenção psicoeducativa dirigida aos familiares do GAM, onde contribuiu para um ambiente mais leve e facilitou uma maior participação dos familiares; e no Dia Mundial da Saúde Mental, durante uma atividade lúdica com as PNCSM internadas, onde esta estratégia foi essencialmente utilizada numa perspetiva de combate ao estigma. Além disso, durante as sessões de intervenção de promoção da LSM no período perinatal, o uso estratégico do humor demonstrou resultados positivos, promovendo maior interação e união grupal. Assim, apesar de algum receio inicial — muito provavelmente influenciado por algumas ideias estigmatizantes intrínsecas — esta estratégia revelou-se de grande valor na comunicação e na relação terapêutica estabelecida com os clientes. Por essa razão, decidimos destacá-la neste ponto do relatório e esperamos perpetuar o seu uso na nossa prática clínica enquanto futuros EEESMP.

Durante o estágio no contexto de descompensação clínica aguda, a estrutura física e organizacional do serviço teve, inicialmente, um impacto relevante em nós, nomeadamente devido à opacidade dos vidros, que impedem a visualização do interior, à presença de portas fechadas e à restrição do acesso dos familiares, que, salvo raras exceções, não podem entrar no serviço durante as visitas, permanecendo na sala de espera. Esse impacto inicial relaciona-se, naturalmente, com os quase 20 anos de experiência profissional noutros contextos da prática, onde o funcionamento se pauta por uma maior abertura.

Este cenário e o seu impacto em nós, motivou uma reflexão individual e partilhada com as enfermeiras tutoras e restantes elementos da equipa. Através desse processo reflexivo, compreendemos que, em alguns casos, essas medidas, particularmente as portas fechadas, são justificadas por questões de segurança. No entanto, questionámos se essa necessidade é absoluta e permanente em todos os momentos. No que concerne à entrada dos familiares, os profissionais geralmente salientam questões de segurança e privacidade das PNCSM. Contudo, questionamos qual a diferença desse contexto para internamentos médico-cirúrgicos, onde os familiares entram em enfermarias onde há várias pessoas e em que se encontram igualmente clientes com alterações de pensamento, comportamento e percepção, que podendo ter na sua origem alterações orgânicas (por exemplo: *Delirium* de causa orgânica), provocam, na essência, manifestações visíveis semelhantes.

É nossa crença, corroborada pela literatura já amplamente explanada neste relatório, que essas barreiras podem reforçar, para as PNCSM e seus familiares, a percepção de isolamento e exclusão, comprometendo o papel da família como parceira de cuidados e fonte primária de suporte. Além disso, essas restrições podem intensificar o estigma social, familiar e o autoestigma.

Assim, acreditamos que o EEESMP, enquanto entidade comprometida com a promoção da saúde mental e o combate ao estigma em suas diferentes vertentes, pode atuar como um agente de mudança e catalisador dessa reflexão crítica conjunta por parte da equipa interdisciplinar. Esse processo pode favorecer eventuais mudanças de práticas e a introdução de melhorias na qualidade do serviço, particularmente no que se refere a barreiras institucionais que impactam a experiência das PNCSM e seus familiares. Para tal, é fundamental que o EEESMP se baseie na melhor e mais atual evidência científica disponível, assumindo um papel ativo na sugestão e incentivo à implementação de estratégias que promovam um ambiente mais inclusivo e participativo, com potenciais ganhos em saúde para todos os envolvidos.

Ainda nesta competência queremos realçar que foi, sobretudo, o trabalho realizado com as famílias, enquanto cliente de cuidados, que teve impacto significativo no nosso autoconhecimento e autoconsciência.

A escolha da temática foi, conforme já anteriormente exposto, intencional. No entanto, assim que iniciámos um estudo mais aprofundado nesta área do conhecimento, percebemos que a nossa abordagem prévia junto da família se centrava essencialmente na família enquanto contexto e fonte de dados, limitando-se, na prática, à transmissão de informação e orientação. Esta consciencialização foi uma surpresa para nós, que nos dizíamos sensibilizados para a família, e foi de certeza um ponto de viragem neste percurso de autoconhecimento, promovendo reflexão, envolvimento e motivação para a mudança.

À medida que aprofundamos o estudo, verificamos que, por um lado, a literatura destaca a necessidade de intervenções de enfermagem direcionadas à família enquanto sistema e cliente de cuidados no âmbito da ESMP, evidenciando ganhos significativos para todos os envolvidos. Por outro lado, há uma escassez de estudos sobre esse tipo de intervenção, inclusivamente em Portugal. Ainda assim, apesar desta lacuna, foi impossível ignorar esta necessidade e decidimos avançar com esta pretensão e escolha de intervir junto das famílias, também como cliente de cuidados.

Tal como Angelo (1999, p.7) destaca:

“são muitas as dificuldades existentes no caminho daqueles enfermeiros que se dispõe a abrir-se para a família...é uma jornada solitária que compreende experiências e visões de mundo...humanismo...que é por vezes difícil de ser compreendido e acessado por muitos dos que connosco convivem em nosso quotidiano profissional”.

De facto, ao longo dos estágios nos diferentes contextos, os enfermeiros tutores reconheceram a intervenção familiar como uma área relevante, mas para a qual não possuíam preparação ou experiência prática, o que inicialmente gerou em nós alguma insegurança natural. Neste cenário, foi fundamental contar com a evidência científica apresentada na literatura e com a mentoria da

Professora orientadora dos estágios, perita na temática, que se disponibilizou para reflexões conjuntas, promovendo aprendizagem e aprimoramento da prática. Essa partilha contínua revelou-se enriquecedora, não apenas para facilitar a execução da intervenção junto das famílias, mas potenciando o nosso processo de aprendizagem global. Sobretudo, contribuiu para a internalização da habilidade de “pensar família” (Green, 1997, como citado em Angelo, 1999, p.8), permitindo-nos integrá-la na nossa identidade pessoal e profissional.

Ainda assim, apesar da inexperiência assumida nesta intervenção específica, os enfermeiros tutores acompanharam as sessões e, após cada uma, realizávamos um *debriefing* conjunto para ampliar a perspetiva e a avaliação da intervenção. Nestes debates, foram destacadas diversas questões e analisadas as diferenças no desempenho do enfermeiro como recurso neste tipo específico de intervenção. Tornou-se evidente, para os enfermeiros, a adoção de uma atitude não diretiva, caracterizada pela curiosidade e pelo trabalho em equipa, em que o enfermeiro incentiva a família a tomar decisões e a adaptar-se com os seus próprios recursos, em vez da abordagem tradicional focada apenas no ensino e na orientação para a resolução de problemas práticos e logísticos. Foi também notada a mudança de enfoque para uma intervenção baseada nos pontos fortes e nas forças da família, em contraste com a visão predominantemente centrada nos problemas. De forma geral, observámos um interesse e envolvimento crescentes por parte dos enfermeiros tutores à medida que as sessões progrediam, sendo que alguns demonstraram mesmo um interesse genuíno em aprofundar os seus conhecimentos e competências nesta abordagem específica, após assistirem a estas sessões. Essas mudanças de perspetiva por parte dos tutores fortaleceram a nossa motivação. Além disso, confirma a premissa de Angelo (1999, p.11), que afirma de que “a instrumentalização torna as coisas mais confortáveis para o enfermeiro, pois (...) o capacita para agir numa direção determinada, fortalece a sua disposição para continuar a busca (...)”. Isto é, assistir às sessões de execução efetiva da intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar e entender as mudanças positivas que foram emergindo na família, eventualmente consciencializou sobre os benefícios efetivos da sua implementação prática e aumentando a disposição e interesse para a sua execução. Por este motivo, foi refletida, igualmente, a necessidade e importância de incluir esta intervenção e o ensino dos modelos teóricos que a sustentam de forma mais estruturada e específica nos currículos da formação académica dos enfermeiros, especialmente no âmbito do MESMP.

Angelo (1999, p.13) salienta que “a grande aventura de estar com a família, reside exatamente de tomar parte numa história absolutamente imprevisível, a qual a família tem que enfrentar com as grandes limitações e possibilidades de que dispõe (...)”. Durante as sessões com as famílias, vivenciámos constantemente essa sensação de privilégio por poder fazer parte, ainda que temporariamente, da sua história. Uma história com passado, presente e futuro, marcada por fragilidades e perdas, mas também por forças e conquistas, construída a muitas mãos e que

permitiu à família chegar até ao momento atual. O respeito, a empatia, a isenção de julgamento e a crença de que a família possui em si os recursos necessários para lidar com desafios e adaptar-se a novas realidades (Wright & Leahey, 2012) guiaram a nossa prática. Foi surpreendente e, ao mesmo tempo, profundamente gratificante perceber as mudanças e progressos que iam surgindo ao longo das sessões, muitas vezes de forma inesperada e não diretamente relacionadas às temáticas inicialmente abordadas e trabalhadas. Estas vivências reforçaram aquilo que aparece descrito na literatura e que se pode resumir desta forma: a família é um sistema dinâmico com “vida própria”, onde uma pequena mudança de perspetiva de um dos membros pode desencadear transformações “em cascata” em todo o sistema. Observar esse dinamismo levou-nos a refletir sobre humildade e a confrontar os nossos próprios juízos, ideias preconcebidas e alguma inflexibilidade – por vezes inconscientes – sobre aquela família, como se tivéssemos a pretensão de dominar ou ser detentores de uma verdade absoluta sobre a sua realidade.

A título de exemplo, recordamos a primeira sessão (avaliação familiar inicial) com uma família no contexto de internamento. O ambiente revelou-se caótico e confuso, e a nossa intervenção centrou-se essencialmente na gestão dos silêncios e na formulação de algumas perguntas de intervenção (lineares e circulares), que incentivaram os elementos da família a partilharem a sua vivência pessoal perante os restantes. No final da sessão, ficámos sentados no gabinete, sentindo perplexidade e, sobretudo, algum receio de que a nossa intervenção não fosse passível de introduzir qualquer alteração nestas dinâmicas familiares. Essa incerteza foi reforçada quando um dos enfermeiros (que não os tutores) se dirigiu a nós, afirmando: “Onde te foste meter! Aí nunca vais conseguir nenhuma mudança.” (sic). No entanto, em contraponto, e de forma promotora da esperança e extremamente relevante, a professora orientadora, ao partilharmos o nosso sentimento de eventual “impotência”, tranquilizou-nos dizendo: “Tenha calma. Confie. Vai haver mudança. Há sempre mudanças” (sic). Ao planearmos a sessão seguinte, ainda carregávamos dúvidas sobre o que poderia efetivamente ajudar aquela família, mas mantivemos essa vontade. Foi, então, uma enorme surpresa perceber a mudança na sessão seguinte. A família chegou mais calma, mais organizada e mais disponível para a mudança, destacando a importância da sessão anterior. Salientaram, sobretudo, o impacto de se terem ouvido uns aos outros e tomado consciência do seu próprio caos. A partir daí, todo o trabalho se tornou facilitador. Essa primeira lição ensinou-nos que as mudanças e os resultados obtidos no trabalho com famílias, numa fase inicial, são muitas vezes discretos e pouco visíveis. No entanto, a cada etapa do percurso ocorrem transformações significativas, ainda que essas mudanças não possam ser nossa expectativa central.

Outro exemplo foi no contexto de cuidados diferenciados, em que a primeira sessão com outra família também se revelou desafiante, particularmente porque a PNCSM era simultaneamente nosso cliente no estudo de caso individual. Por exemplo, o cliente mentiu à sua companheira sobre os seus hábitos tabágicos durante essa sessão. O sigilo das informações foi garantido, e a questão

foi apenas refletida na sessão individual seguinte, permitindo ao cliente ponderar sobre a sua escolha. Posteriormente, decidiu até assumir a verdade perante a familiar numa sessão futura. Mas, independentemente dessa mudança de postura, a situação promoveu uma reflexão importante sobre o papel do EEESMP perante tais fenómenos, onde a obrigação do sigilo profissional deve prevalecer, mas, ao mesmo tempo, é necessário gerir os sentimentos, emoções e dúvidas que surgem ao lidar com situações como, neste caso, a mentira. Nesta situação, a partilha com o enfermeiro tutor revelou-se fundamental para auxiliar na gestão de possíveis juízos de valor e na prevenção de fenómenos de contratransferência.

Em suma, o trabalho com famílias durante o estágio provocou em nós uma mudança de perspetiva profunda, corroborando as palavras de Angelo (1999, p.12) “O caminho da construção de conhecimento de enfermagem de família, é excitante, não apenas pelos conhecimentos que ele permite desvendar, mas principalmente, pelas verdades que cada um descobre dentro de si em relação a si mesmo no mundo.” Se antes estávamos sensibilizados para as questões familiares, mas com uma visão de “pena” e um desejo de resolver seus problemas, hoje mantemos essa sensibilização, porém, reconhecemos a família como uma instituição soberana, capacitada para, à sua maneira e com seus recursos singulares, conduzir a resolução dos próprios desafios e adaptar-se a novas etapas transicionais. Nossa função, portanto, é participar ativamente nesse processo, apoiando a construção das suas próprias soluções. Sem dúvida que o MCAIF, modelo teórico usado para sustentar o nosso trabalho com famílias, foi “coluna vertebral” e indispensável para o trabalho desenvolvido.

Para concluir a reflexão sobre a aquisição desta competência, afirmamos que, embora tenha sido evidente um crescimento pessoal e profissional significativo, com um maior nível de autoconsciência e autoconhecimento, isso corresponde apenas a um pequeno “trecho” de um caminho que se prevê contínuo e sempre inacabado, que será completado a cada dia do percurso profissional futuro enquanto EEESMP.

- **Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**

A presente competência diz respeito, sobretudo, a uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, através da recolha sistematizada e completa de dados relevantes sobre o cliente, individual e coletivo. Essa avaliação permite identificar diagnósticos de enfermagem em conformidade e planear intervenções dirigidas, incluindo ações de promoção da saúde mental e prevenção das perturbações mentais. Para isso, o EEESMP deve mobilizar “aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (Diário da República, 2018, p. 21428).

A avaliação de necessidades foi efetuada transversalmente nos três contextos de estágio e foi sempre iniciada desde o primeiro dia no respetivo contexto.

No contexto de descompensação clínica aguda, a passagem de turno era um momento privilegiado para a obtenção de dados gerais sobre os casos clínicos das PNCSM e, embora de forma mais limitada, também sobre seus familiares. Além disso, permitia uma visão global da dinâmica atual do serviço e das necessidades coletivas das PNCSM internadas. As reuniões interdisciplinares desempenharam um papel semelhante, ao possibilitarem assistirmos à discussão dos casos clínicos das PNCSM internadas, sob uma perspetiva holística e integrativa, com a contribuição de diferentes disciplinas e áreas profissionais do serviço. Da mesma forma, as reuniões semanais das PNCSM internadas, conduzidas pelo médico e pelo EEESMP, forneceram informações relevantes sobre suas necessidades individuais e coletivas, numa ótica diferente, a de utilizador do serviço.

Em paralelo, os enfermeiros tutores dispensavam-nos das intervenções de enfermagem de cuidados gerais, o que nos proporcionou a oportunidade de permanecer mais tempo junto das PNCSM internadas e de seus familiares (na sala de espera). Esse contato mais próximo favoreceu o fortalecimento da relação, permitiu a observação individual e da interação familiar/ grupal e possibilitou uma colheita de dados contínua, ainda que de forma informal. Ainda neste contexto, também a presença numa sessão do GAM durante Módulo I, bem como a participação na caminhada *“Walk with a Doc”*, constituíram momentos de colheita informal de dados e informação acerca das necessidades destes familiares.

Em suma, todas estas oportunidades, bem como as informações obtidas ao longo das mesmas, revelaram-se fundamentais para a escolha do estudo de caso e da família a ser alvo de intervenção nesse contexto, bem como foram também “bandeira de partida” para o desenvolvimento da sessão de intervenção psicoeducativa realizada neste contexto. Simultaneamente, serviram de base para o planeamento e desenvolvimento das outras atividades grupais realizadas (biblioterapia, atividade física e lúdica).

Perante esta experiência, pareceu-nos ter ficado evidenciado que o EEESMP, dado o seu corpo de conhecimento e competências intrínsecas, em todas as atividades em que se envolve e participa nos contextos, em todos os momentos de interação com os clientes individuais, familiares ou comunidade, consegue descortinar necessidades emergentes, por meio de uma observação informal e empírica. Essa atenção permite, posteriormente, realizar uma avaliação mais sistematizada, bem como uma atividade diagnóstica específica, que pode, eventualmente, conduzir à identificação de diagnósticos de enfermagem que requerem intervenção.

Nos diferentes contextos de estágio, a principal abordagem utilizada para a colheita de dados formal foi a entrevista clínica semiestruturada - anamnese associativa - tendo sido esta a estratégia utilizada em todos os estudos de caso individuais e familiares e foram igualmente aplicados

instrumentos de avaliação validados e selecionados criteriosamente, caso a caso. Esta colheita de dados incluiu, igualmente, a consulta do processo clínico do cliente e todos os registos necessários às intervenções a implementar, sendo cumpridas as indicações do RPDG.

A entrevista clínica caracteriza-se como um instrumento de interação comunicativa, por meio do qual o enfermeiro organiza o seu pensamento, identificando, clarificando e caracterizando dados e fenómenos que orientarão o seu processo de tomada de decisão autónomo (Sequeira, 2016). Nessa abordagem, os dados colhidos vão além das respostas verbais, incorporando também informações obtidas por meio da observação da PNCSM, da família e/ou dos grupos, da sua linguagem não verbal e da interação estabelecida. Assim, é possível explorar de forma mais abrangente os eventuais impactos dos problemas identificados no bem-estar, autonomia e funcionalidade do cliente, individual ou coletivo, permitindo uma história de saúde mais completa acerca dos clientes alvo da intervenção (Sequeira, 2016, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020).

No caso da intervenção psicoeducativa que foi realizada no GAM (contexto de descompensação clínica aguda), no caso da sessão de sensibilização sobre intervenção familiar e combate ao estigma no âmbito dos comportamentos aditivos, dirigida à Equipa de enfermagem (contexto de cuidados diferenciados) e no caso das intervenções de promoção da literacia em saúde mental no período perinatal- pré e pós parto (contexto comunitário) a avaliação prévia e final consistiu num formulário de preenchimento online elaborado no *MicrosoftForm* (Office 365). Esta via foi selecionada por necessidade do serviço e/ou conveniência dos participantes. Estes formulários contiveram sempre o consentimento informado, questões de âmbito sócio demográfico necessárias para caracterização do Grupo, bem como questionários de avaliação de conhecimentos elaborados e/ou instrumentos de avaliação validados. A observação, foi uma forma eficaz de contornar constrangimentos e revelou-se como meio facilitador e complementar para a colheita de dados necessária para as intervenções, permitindo uma avaliação de necessidades abrangente.

Ainda nesta competência decidimos salientar que, ao longo de todo o estágio, foi revelada, em todas as oportunidades de contato com a população estrangeira, sensibilidade e competência cultural, assente no Modelo da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Leininger, mobilizando todos os recursos linguísticos intrínsecos e informáticos disponíveis por forma a tornar possível e eficaz a comunicação e, assim, conseguirmos uma avaliação de necessidades e eventual intervenção de forma ajustada. A título de exemplo podemos referir várias PNCSM em contexto de internamento: uma pessoa de nacionalidade alemã (uma das nossas línguas nativas), uma pessoa tunisina (estudo de caso) e outros clientes de diferentes nacionalidades. Também no contexto comunitário tivemos oportunidade de realizar uma sessão de avaliação a uma puérpera de nacionalidade russa e foram ministradas as sessões de promoção da literacia em saúde mental a um casal paquistanês. Estas experiências exigiram, por forma a cumprir um cuidado culturalmente

competente e linguisticamente eficaz, muita criatividade, flexibilidade e preparação prévia (necessidade de preparação de recursos didáticos/ panfletos traduzidos), mas foram de grande enriquecimento pessoal.

No que se refere à coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção de saúde mental e prevenção das perturbações mentais comunitários, esta unidade de competência foi atingida, sobretudo, na implementação da sessão de intervenção psicoeducativa realizada no GAM, em que a sessão se debruçou, para além do combate ao estigma, sobre a importância do autocuidado mental dos familiares cuidadores, como estratégia de preventiva e de promoção da sua saúde mental.

Foi também cumprida com a realização das sessões de Promoção da Literacia em saúde mental no período perinatal (pré e pós-parto), realizadas no contexto comunitário. Estas sessões incidiram sobre temáticas salientadas na literatura como necessidades nas diferentes fases do período perinatal e confirmadas na avaliação de necessidades efetuada.

Destacamos também que transversalmente tentamos desenvolver atividades que fomentassem o empoderamento das PNCSM.

Ainda e, por último, destacar que a nossa assistência e participação colaborativa nas sessões de Saúde escolar, no âmbito da sexualidade e prevenção dos comportamentos aditivos, possibilitou entender a diferença de abordagem utilizada de acordo com as idades e o grau desenvolvimento dos alunos, pois assistimos a uma sessão no 5ºano, 8º ano e 12º ano de escolaridade. O fato da enfermeira tutora ser EEESMP perita no âmbito da Saúde Escolar, foi de grande relevo e uma mais-valia de destaque na compreensão das diferentes abordagens.

- **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**

O fato dos estágios decorrerem em diferentes contextos possibilita aos estudantes estar em contato, atender e intervir em diferentes populações-alvo. Esta diversidade obrigou a uma avaliação de necessidades específica das pessoas, famílias, grupo e comunidade naquele contexto particular, conforme explanado na competência anterior. Nesse seguimento surge esta competência, que prevê a sistematização desses dados obtidos e sua análise para eventual determinação de diagnósticos de enfermagem de saúde mental, identificação dos resultados esperados, bem como a consequente prescrição de intervenções de Enfermagem negociadas e ajustadas a cada cliente, individual e coletivo, e também discutidas com a restante equipa de saúde (Diário da República, 2018, p. 21428).

O processo de Enfermagem, por forma a espelhar uma Enfermagem disciplinar, deve assentar em referenciais teóricos próprios. Nesse sentido, como base ao nosso processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem, no âmbito dos estágios, foram selecionados diferentes modelos teóricos. Para a realização dos estudos de caso individuais estes foram assentes na Teoria das Transições de Alaf Meleis, nas intervenções realizadas no âmbito da Promoção da Saúde foi escolhido o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, em todas as interações e intervenções com pessoas com experiências culturalmente distintas usamos o Modelo da Diversidade E universalidade do Cuidar Cultural de Leininger e para as intervenções familiares foi usado o MCAIF para fornecer estrutura.

Durante os estágios, no processo de conceção de cuidados de enfermagem aos clientes, individuais e coletivos, cumprimos as diferentes etapas implícitas no mesmo, desde da avaliação de necessidades e atividade diagnóstica baseada em instrumentos de avaliação atuais e validados para a população portuguesa, seguida de uma sistematização dos dados por forma a permitir um processo diagnóstico diferencial e processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem, significativo e adaptado às reais necessidades da(s) pessoa(s), às suas preferências e recursos disponíveis no contexto. Foram determinados os diagnósticos de enfermagem, identificados os resultados esperados, estabelecidas prioridades e prescritas as intervenções que consideramos ser as mais eficazes perante as necessidades em SM do cliente e avaliados os resultados da intervenção. Este processo foi continuamente suportado por uma pesquisa da evidência científica mais atual perante a intervenção definida. Foi sempre solicitada a validação, por parte dos enfermeiros tutores, e refletido, em conjunto, o melhor caminho terapêutico a definir, bem como os ajustes a introduzir perante novas necessidades emergentes, no decorrer das sessões.

No primeiro contexto de estágio, possivelmente por representar o primeiro momento de intervenção efetiva no âmbito da ESMP, o apoio dos enfermeiros tutores foi especialmente importante na seleção da PNCSM internada para a realização do estudo de caso. A sua experiência foi valiosa nesse processo, pois, ao conhecerem o histórico da PNCSM, conseguiram avaliar a viabilidade da intervenção em função do tempo de internamento previsto. Dessa forma, ajudaram a colmatar as incertezas inerentes a essa nova experiência para o estudante, bem como a estimativa do tempo disponível para a implementação da intervenção. A intervenção não foi concluída, mas por motivos imprevisíveis e alheios, nomeadamente o abandono do serviço de forma voluntária pelo cliente.

A elaboração de estudos de caso foi realizada com recurso a sistemas de taxonomia standardizados, preconizados pela ordem dos enfermeiros, partindo da Ontologia em Enfermagem e recurso à plataforma *E4nursing* (ESEP, 2025).

Aqui podemos destacar algumas dificuldades identificadas na realização dos estudos de caso no que diz respeito à terminologia no âmbito da família como cliente de cuidados em que a Ontologia de Enfermagem, ainda não está completa (Bastos et al., 2022).

No que concerne ao modelo de gestão de caso, este foi implementado em todos os contextos, mobilizando e otimizando os diferentes recursos da equipa interdisciplinar e comunitários, visando um cuidado mais holístico e a satisfação das necessidades identificadas do cliente, seja ele individual ou coletivo.

De seguida, apresentamos exemplos de atitudes ou atividades desenvolvidas nesse âmbito. Um exemplo ocorreu aquando da tentativa de articulação conjunta (médico e estudante do MESMP) com a organização não governamental “Médicos do Mundo”, para avaliar a possibilidade de continuidade do fornecimento da terapêutica antipsicótica prescrita à PNCSM do estudo de caso, cujo plano social previsto era o reencaminhamento para o seu país de origem (Tunísia). Igualmente neste contexto, foi efetuada também uma estreita articulação com o médico responsável pela PNCSM inserida na família na qual realizámos a intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar, uma vez que a cliente teve alta logo após a primeira sessão. Foram sendo transmitidas as informações relevantes que poderiam justificar um eventual ajuste do plano terapêutico e, simultaneamente, o médico também partilhou o seu parecer e sugeriu temas relevantes a serem abordados nas sessões. Este processo de troca de informação bidirecional, embora operacionalizado de forma informal, contribuiu, no nosso entendimento, para um cuidado mais ajustado. O médico corroborou essa visão, salientando que a partilha foi enriquecedora para o projeto terapêutico e destacou os benefícios observados com a intervenção familiar nas consultas seguintes, nomeadamente um maior nível de consciencialização e aumento do *Insight* da PNCSM sobre a sua condição, bem como um incremento no suporte e organização familiar. Outro exemplo ocorreu aquando acompanhamento dessa família, sendo sugerida a ADEB como um recurso comunitário potencialmente útil. Antes da recomendação, foi realizado um contacto telefónico com a responsável da delegação norte para averiguar os recursos institucionais disponíveis e confirmar o seu funcionamento.

Também no contexto de cuidados diferenciados, mantivemos essa intenção e atitude. Durante a intervenção, percebemos que a PNCSM estava a ser acompanhada pela sua médica de família para uma eventual alteração pulmonar detetada numa radiografia. Para completar esse estudo, a médica sugeriu a realização de uma TAC com contraste, mas a pessoa estava a adiar o exame devido a uma “fobia de agulhas” (sic). A PNCSM destacou que esse era um problema antigo, que havia esquecido de mencionar na avaliação inicial, e que se sentia incapaz de realizar o exame devido à necessidade de punção venosa. Considerando, por um lado, o impacto negativo que essa fobia estava a ter na sua vida, impedindo a realização de exames médicos importantes, e, por outro, a nossa perceção de que não teríamos tempo útil para intervir diretamente, uma vez que a resolução

desse problema exigiria uma intervenção de dessensibilização sistemática mais prolongada, expusemos a questão ao enfermeiro tutor. A solução sugerida foi o encaminhamento da PNCSM para a Psicóloga do CRI, à qual estava atribuída, mas que nunca havia procurado. Apresentámos essa alternativa à PNCSM, que aceitou, e posteriormente foi agendada uma reunião com a Psicóloga para a transmissão das informações relevantes do caso clínico, incluindo a intervenção realizada pelo estudante de EESMP. A profissional aceitou fazer esse acompanhamento. Por fim, também no contexto comunitário, durante as sessões de promoção da literacia em saúde mental no período perinatal (pós-parto), foi notória a presença de alterações de humor significativas (humor depressivo) em uma das mulheres participantes. Simultaneamente, esta obteve um *Score* baixo na Escala de Depressão de Edimburgo, compatível com o seu estado aparente. A cliente referiu que não estava a ser acompanhada por um médico, pois estava inscrita em um Centro de Saúde fora da sua área de residência. Em reflexão conjunta com a enfermeira tutora, decidiu-se expor o caso a um médico da USF vizinha. Esse contacto, aliado à sensibilidade do médico em relação à fase de vida da cliente, resultou na sua admissão na nova USF, garantindo a continuidade do seguimento individual.

Por fim, destaca-se o caso de um casal de origem paquistanesa, cuja esposa estava grávida de 34 semanas e que recebeu, de forma individual, sessões de promoção da literacia em saúde mental no período perinatal (pré-parto). Neste caso clínico, a abordagem incluiu, novamente, um cuidado culturalmente competente, explorando com o casal (muçulmano) as suas crenças relacionadas à gravidez, parto e pós-parto, identificando semelhanças e diferenças. Constatou-se que, para o casal, seria de grande relevância que, no momento do parto, estivessem presentes apenas profissionais do sexo feminino na sala de parto. Sabendo previamente que a cliente estava proposta para uma cesariana programada, foi realizado um encaminhamento para a enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia da UCC, com o intuito de solicitar apoio na elaboração, em conjunto com o casal, de um Plano de Parto que respeitasse as suas preferências. O objetivo era que esse documento fosse entregue na próxima consulta de obstetrícia no hospital, permitindo que a cesariana fosse agendada numa data na qual as preferências pessoais e religiosas do casal pudessem ser cumpridas. Sentimos, em todos os momentos, uma boa aceitação e receptividade quer pelos enfermeiros tutores, quer pelos restantes elementos da equipa interdisciplinar envolvidos. Consideramos que esta atuação conjunta permite uma prestação de cuidados de maior qualidade e mais holística ao cliente de cuidados, trazendo igualmente benefícios para os restantes envolvidos. Em alguns casos, inclusivamente, consideramos que esta abordagem multifocal, possibilitou uma maior visibilidade ao trabalho realizado pelo EEESMP.

- **Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.**

Seguindo a lógica sequencial estabelecida nas competências específicas do EEESMP, esta competência surge por último, pois está centrada, sobretudo, na execução eficaz das intervenções delineadas no plano de cuidados. Essas intervenções requerem a aplicação de conhecimentos e aptidões nas áreas psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional. O seu objetivo é apoiar o cliente na recuperação ou melhoria da sua saúde mental, bem como na adaptação e integração da sua condição atual, promovendo um funcionamento mais equilibrado e satisfatório, permitindo-lhe, assim, contribuir ativamente para a sociedade (Diário da República, 2018). Exige que o enfermeiro seja capaz de interpretar e adaptar abordagens através de ações como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, representar, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar e acompanhar” (Diário da República, 2018, p. 21430).

Em cada fase do estágio, foram desenvolvidas diversas competências, tanto simples quanto complexas, específicas do EEESMP. Para todas as intervenções, foi realizado um planeamento antecipado, com base na evidência científica mais atual disponível. Contudo, é relevante ressaltar que a literatura sobre a eficácia de muitas dessas intervenções ainda é limitada e/ou baseada em resultados de outras disciplinas do saber em saúde, especialmente no que diz respeito à intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar, que considera a família como cliente de cuidados. No caso específico desta intervenção, ela foi fortemente fundamentada pelo modelo teórico de avaliação e intervenção familiar selecionado (MCAIF) e seguiu as diretrizes do Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica (Sampaio, Martins et al., 2023) para este tipo de intervenção.

Nos três contextos, foi desenvolvida, de forma transversal, a intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar com três famílias, no formato unifamiliar. No caso específico desta intervenção, ela foi baseada no modelo teórico de avaliação e intervenção familiar selecionado (MCAIF) e assentou, igualmente, no modelo psicoterapêutico de enfermagem (Sampaio et al., 2017), seguindo rigorosamente as diretrizes de planeamento, estrutura, sequencialidade e progressão estabelecidas no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica (Sampaio, Martins et al., 2023).

Esta intervenção para além do âmbito psicoterapêutico óbvio, abarca igualmente o âmbito da intervenção psicoeducativa (na vertente cognitiva prevista, segundo o MCAIF), e, principalmente no contexto de internamento, envolveu também o âmbito psicossocial, no sentido em que auxiliou o processo de inserção familiar da PNCSM, após a alta hospitalar. A PNCSM teve alta hospitalar logo após a primeira sessão, dando continuidade à intervenção em regime de ambulatório. Esse fator possibilitou um apoio ampliado à família não apenas na transição saúde-doença da PNCSM e seus

familiares, mas também na transição situacional simultânea hospital-casa, que envolve o regresso ao domicílio após um episódio de descompensação clínica aguda. Segundo a literatura, essa transição gera incerteza e receios acrescidos para as famílias, especialmente devido ao apoio comunitário ainda escasso e insuficiente na área da saúde mental a nível nacional. Dessa forma, foi essencial incidir na intervenção psicoeducativa sobre a PAB, incluindo a emoção expressa observada em vários membros familiares, além de abordar e treinar estratégias de comunicação assertiva e não violenta (Rosenberg, 2021). Foi sugerido encaminhamento da família para um recurso comunitário de saúde mental, dirigido especificamente às PNCSM diagnosticadas com PAB e suas famílias (ADEB). Simultaneamente, foram incentivadas estratégias individuais de autocuidado mental/ *coping*, não apenas sob uma perspetiva de recuperação e reabilitação psicossocial da PNCSM, mas, também, da promoção da saúde mental e prevenção de perturbações mentais da PNCSM e dos seus familiares. A intervenção foi direcionada para as forças e pontos fortes da família, reconhecendo-os como recursos internos inegáveis. O incentivo ao diálogo e à partilha honesta de experiências individuais sempre presente nas sessões, insere-se igualmente no âmbito socio terapêutico, promovendo o funcionamento familiar e a resiliência familiar.

No caso das outras duas famílias, a intervenção estruturou-se da mesma forma, considerando, porém, caso a caso as necessidades emergentes e atendendo às mesmas.

No contexto de internamento, foi igualmente desenvolvida uma intervenção psicoeducativa dirigida aos familiares cuidadores do GAM de familiares. Ora tendo em consideração a vertente socio terapêutica do grupo, a intervenção apesar de propósito essencialmente psicoeducativo englobou, simultaneamente, uma vertente socio terapêutica e também de promoção em literacia em saúde mental, uma vez que uma das temáticas era o autocuidado do cuidador.

O mesmo aconteceu no contexto comunitário em que a intervenção de promoção da LSM no período perinatal, para além da vertente educativa, se constituiu, pela partilha de experiências interpares, igualmente, de âmbito socio terapêutico.

No âmbito do estudo de caso foram igualmente desenvolvidas intervenções de índole psicoterapêutica: Técnica de Relaxamento Autogénico (contexto de descompensação clínica aguda), Intervenção psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento (contexto de cuidados diferenciados) e Intervenção Psicoterapêutica Relação de Ajuda profissional (contexto comunitário).

As intervenções realizadas demonstraram-se adequadas às necessidades dos clientes, tanto a nível individual quanto coletivo, evidenciado pelos resultados positivos alcançados e pelo testemunho dos próprios, que destacaram consistentemente a sua satisfação e a melhoria da qualidade de vida.

O processo de aquisição desta competência ocorreu de forma gradual, mas progressiva, envolvendo não apenas a capacitação teórico-prática para a implementação das intervenções, mas também um percurso de crescimento e enriquecimento pessoal. Observou-se uma integração

crescente entre a dimensão do *saber*—representada pelo corpo teórico de conhecimentos—e a dimensão do *saber fazer*, baseada na experiência prática. Esse desenvolvimento contínuo permitiu a consolidação de conhecimentos e habilidades, resultando numa execução das intervenções com maior fluidez e segurança, desde a sua fase de planeamento até à implementação e avaliação dos resultados.

Competência Comum do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019, p. 4744), as competências comuns do enfermeiro especialista abrangem várias dimensões, incluindo a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”.

De seguida, apresentamos a tabela (Tabela 4), correspondente à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.

Tabela 4 - Aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista

Aquisição de competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
Domínio: Responsabilidade profissional, ética e legal.	Contexto Internamento	Contexto Diferenciado	Contexto Comunitário
ATIVIDADES:			
• Assegura o respeito pelos direitos, valores, costumes e privacidade dos <i>clientes</i> e família;	✓	✓	✓
• Assegura a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, enquanto profissional de Saúde.	✓	✓	✓
• Orienta a tomada de decisão e promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional e respeitar e cumprir as regras da cultura organizacional própria, em cada contexto.	✓	✓	✓
• Reflete sobre os processos de tomada de decisão e partilhar os resultados dos processos de tomada de decisão com a(o)s Enfermeiros Tutores e, eventualmente, com restante equipa de enfermagem;	✓	✓	✓
• Constrói estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente e/ou família;	✓	✓	✓
• Suporta a tomada de decisão em juízo baseado na evidência mais recente.	✓	✓	✓
• Solicita Consentimento Informado à(s) pessoa(s) alvo de intervenção, visando o respeito pelo direito no acesso à informação, assegurada a confidencialidade e a segurança da informação prestada.	✓	✓	✓
• Solicita autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação utilizados, aos autores da sua adaptação à população portuguesa.	✓	✓	✓
Domínio: Melhoria Contínua da Qualidade			
ATIVIDADES:			
• Observa as iniciativas estratégicas dos Enfermeiros Tutores e institucionais, na área da governação clínica.	✓	✓	✓
• Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, garantindo o ambiente terapêutico seguro.	✓	✓	✓

• Colabora em programas de melhoria contínua das práticas clínicas, em cada contexto.	✓	✓	✓
• Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar,	✓	✓	✓
• Implementa uma ação de formação em serviço e sensibilização dirigida à Equipa de Enfermagem, com vista à melhoria contínua das práticas clínicas.		✓	
Domínio: Gestão dos cuidados			
ATIVIDADES:			
• Reconhece as funções e papéis de todos os membros da equipa de saúde interdisciplinar.	✓	✓	✓
• Estabelece a articulação na equipa de saúde intra ou extra-institucional, sempre validada com Enfermeiros tutores e/ou Equipa de Saúde, quando reconhece essa necessidade para a melhoria do cuidado global à PNCSM e/ou família.	✓	✓	✓
• Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.	✓	✓	✓
• Colabora nas decisões da equipa de saúde.	✓	✓	✓
• Contribui na partilha de informação, de modo a otimizar a tomada de decisão no processo de cuidar global.	✓	✓	✓
• Disponibiliza assessoria aos restantes Enfermeiros e à equipa.	✓	✓	✓
Domínio: Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais			
ATIVIDADES:			
• Otimiza autoconhecimento e de modo a permitir identificação precoce de possíveis fatores dificultadores no relacionamento com o <i>cliente</i> e ou a equipa multidisciplinar.	✓	✓	✓
• Otimizar autoconsciência sobre a minha influência pessoal na relação profissional ou terapêutica.	✓	✓	✓
• Reconhece os meus recursos e limites pessoais e profissionais, através da reflexão da prática, mantendo uma atitude assertiva e em conformidade.	✓	✓	✓
• Realiza sessões de intervenção familiar, promoção de saúde mental e psicoeducação, baseadas na evidência científica mais atual.	✓	✓	✓
• Implementa intervenções e atividades de enfermagem, baseadas na evidência científica mais atual.	✓	✓	✓

Legenda: (✓) – competência desenvolvida e adquirida no contexto assinalado; () - Competência não desenvolvida no contexto assinalado

• Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Por forma a adquirir esta competência, durante o estágio profissional, integramos na nossa atuação, todas as orientações presentes nos documentos que regem a profissão: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Deontológico e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Assim, orientamos a nossa atuação no respeito pela dignidade e direitos humanos, bem como pelo quadro de valores regentes dos diferentes intervenientes: PNCSM, famílias, grupo e equipa multidisciplinar. Salientámos, aqui também a inclusão do cuidado culturalmente sensível e competente baseado na mais atual evidência atual (McFarland & Wehbe-Alamah et al., 2019), em todos os contatos e intervenções junto de clientes, individuais e coletivos, com experiências culturais singulares, de modo a fomentar a aproximação e cuidados mais ajustados às suas reais necessidades e experiências.

Assegurámos, em todos os momentos, igualmente o direito no acesso à informação, garantindo a confidencialidade, sigilo e segurança da informação e dados fornecidos, além de respeitar a autonomia e vontade da PNCSM, família e grupo. Para tal, todas as intervenções foram precedidas pela transmissão de toda a informação relevante no que concerne à sua execução e pela obtenção do consentimento livre e esclarecido, através da assinatura de documento próprio (Anexo IV), conforme previsto no código de Nuremberga (Silva, 2010 como citado em Sequeira & Sampaio, 2020). Corroborando Silva (2020, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020, p. 39) que afirma que o consentimento informado permite que “a decisão terapêutica deixa de ser da exclusiva responsabilidade dos profissionais e passa a ser partilhada”, foi notório, no estágio, que após a assinatura do consentimento informada, a relação terapêutica era positivamente influenciada, sendo notório maior envolvimento por parte dos indivíduos a partir desse momento.

Foram igualmente solicitadas e obtidas as autorizações para utilização de instrumentos de avaliação, aos autores da sua validação para a população portuguesa.

Segundo a OE (2015), a Deontologia profissional surge como uma formulação do “dever ser profissional”, correspondendo ao conjunto de princípios e regras, baseados na moral e no direito, que dizem respeito à profissão de Enfermagem. Na sua prática clínica o EEESMP está exposto diariamente a situações complexas que obrigam a reflexão e processos de tomada de decisão autónoma e interdependente. Segundo Nunes e colaboradores (2005), é essencial que o enfermeiro revele responsabilidade pelo seu papel profissional e pela sua decisão autónoma.

Ao longo do percurso de estágio identificámos várias situações complexas que nos desafiaram a refletir sobre questões do foro ético-moral e deontológico, bem como acerca da forma como os direitos dos clientes são efetivamente garantidos e salvaguardados os seus princípios básicos de autonomia, beneficência, justiça e não maleficência. Alguns exemplos de situações presenciadas que, a nosso ver, podem representar “dilemas éticos”, foram alguns dos casos de internamentos involuntários e foi aquando do abandono do serviço por parte da PNCSM estrangeira internada, no seguimento do anúncio da resolução social prevista - um reencaminhamento para o seu país de origem onde não existem meios para dar continuidade ao tratamento da sua condição - contra a sua vontade e parecer.

Este processo reflexivo foi muitas vezes partilhado com os enfermeiros tutores e foram debatidas, em conjunto, algumas temáticas e casos específicos. Era, igualmente, prática comum a abordagem destas questões nas reuniões interdisciplinares, tornando-se estes momentos de debate e partilha disciplinar, indubitavelmente um foco de enriquecimento pessoal e profissional, enquanto futuro EEESMP.

- **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Segundo a OE (Diário da República, Reg. 140/2019, p. 4747), o EE “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”.

No decorrer dos estágios, nos diferentes contextos, à medida que nos inteiramos das dinâmicas organizacionais, o funcionamento das equipas e os seus métodos de trabalho, bem como explorámos o plano de atividades a ser cumprido, fomos também atualizando os nossos conhecimentos com base numa pesquisa contínua das evidências mais recentes, posicionando-nos, enquanto estudantes, numa procura ativa de pretextos de aprendizagem. Foi, aliás, esta busca constante que possibilitou a vasta gama de experiências e atividades que tivemos oportunidade de vivenciar e desenvolver.

Aqui destacamos a intervenção psicoeducativa dirigida ao GAM dos FC. Apesar de esta ser uma atividade realizada fora do contexto de internamento, a participação numa sessão do Módulo I e as necessidades manifestadas pelos FC durante a mesma corroboraram a literatura e não nos deixaram indiferentes. Assim, movidos pelo interesse e pela proatividade, decidimos explorar a possibilidade de desenvolver esta intervenção durante o Módulo II, mesmo ocorrendo em paralelo ao internamento propriamente dito. A enorme receptividade à proposta por parte das enfermeiras tutoras, da enfermeira gestora e até da direção do serviço impulsionou o seu planeamento e concretização. Além disso, estabelecemos uma parceria com uma colega, também estudante do MESMP, cuja temática transversal estava direcionada para o autoestigma e o combate ao estigma ser uma das necessidades verificadas para os FC. Esta colaboração visou enriquecer os conteúdos da sessão, uma vez que, sendo essa a sua área de estudo, dispunha de um corpo de conhecimentos mais aprofundado e atualizado sobre o tema, o que permitiu melhorar a qualidade da intervenção.

No contexto dos cuidados diferenciados, a realização da sessão de sensibilização sobre “Intervenção Familiar e Combate ao Estigma no Âmbito dos Comportamentos Aditivos”, dirigida à equipa de enfermagem, revelou-se igualmente relevante para o desenvolvimento desta competência, ao promover a atualização de conhecimentos e, consequentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Esta iniciativa surgiu da reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, especialmente com o enfermeiro tutor, sobre a escassez de práticas e intervenções atualmente implementadas na ET dirigidas à família. Dessa discussão, e a partir das partilhas pessoais dos enfermeiros, emergiu a necessidade de atualização de conhecimentos por parte da equipa, tendo a enfermeira coordenadora destacado que essa lacuna se verificava também noutras ET. Por sua sugestão, foram incluídos os enfermeiros das restantes equipas na sessão.

A intervenção abordou conhecimentos teóricos sobre a família e a intervenção familiar na enfermagem, com especial enfoque no papel do EEESMP. Além disso, foi apresentado o MCAIF como um referencial teórico viável para sustentar a prática e a intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar.

Por fim, e por sugestão do enfermeiro Tutor, foi apresentado o estudo de caso familiar realizado durante o estágio, incluindo os resultados positivos obtidos, com o objetivo de exemplificar uma aplicação prática bem-sucedida e incentivar a implementação dessas práticas na equipa.

O feedback obtido no final da sessão foi bastante positivo, com vários enfermeiros destacando a importância deste tipo de iniciativas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda neste domínio, voltamos a salientar a importância da atenção contínua a um cuidado culturalmente sensível e competente, assente em modelos teóricos estruturados, por forma a garantir um cuidado mais holístico e integrativo aos clientes, individuais e coletivos. Na reflexão que foi sendo feita ao longo deste capítulo, estão salientados alguns exemplos de atuação que adotamos, compreendendo os ajustes necessários a cada caso, rumo a melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados.

À parte destas intervenções, procuramos colaborar ativamente e discutir com os enfermeiros tutores, dúvidas e aspetos relacionados à organização dos cuidados, gestão de prioridades e garantia de segurança dos cuidados, elemento igualmente relevante no âmbito desta competência. Estas reflexões promoveram a aprendizagem e foram profícuas no sentido de garantia de um cuidado progressivamente mais aprimorado e de qualidade superior. No que concerne especificamente à segurança dos clientes, este é um dos seus direitos fundamentais e sociais, conforme apresentado no Despacho n.º 9390/ 2021, de 24 de setembro (Diário da República, 2021).

Um exemplo que despertou a nossa especial atenção no serviço de descompensação clínica aguda, no que se refere à garantia da segurança dos cuidados, foi a constatação de que muitas PNCSM internadas retiravam com frequência a pulseira de identificação. Esta situação, quando ocorre em PNCSM com alterações significativas na cognição, perceção e comportamento – frequentemente associadas a quadros agudos de agitação psicomotora ou confusão – representa um risco que merece atenção. Diante disso, refletimos em conjunto com os profissionais da equipa sobre estratégias para minimizar essa ocorrência. Observámos que alguns enfermeiros, de forma preventiva, verificavam no início do turno a presença e integridade da pulseira junto dos seus clientes, o que nos pareceu uma prática eficaz para reduzir potenciais riscos associados a essa situação.

- **Domínio da gestão de cuidados**

Este domínio abrange, além da gestão eficaz dos cuidados de enfermagem, a otimização das respostas da equipa de enfermagem face às tarefas a realizar, assegurando a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados. Para tal, exige a adoção de um estilo de liderança alinhado ao objetivo de garantir cuidados seguros e de qualidade (Diário da República, Reg. 140/2019).

Durante o estágio profissional, enquanto integrantes temporários das equipas de saúde, não houve uma aquisição plena de competências de gestão de cuidados nos moldes descritos nas unidades de competência.

No entanto, desenvolveu-se um trabalho colaborativo com os enfermeiros tutores que possibilitou a participação na gestão de cuidados, na tomada de decisão no processo de cuidar e, simultaneamente, favoreceu a identificação dos limites de atuação do EEESMP.

Os enfermeiros tutores atribuídos, eram elementos reconhecidos pela sua competência, pelos pares e restante equipa interdisciplinar, desempenhando com frequência a função de responsável de turno. Desta forma, foi possível acompanhá-los nesta função que inclui funções de supervisão de cuidados, assessoria, presença em reuniões interdisciplinares e de assistir aos diferentes estilos de liderança escolhidos. Verificámos, que o exercício desta função exige ao EEESMP uma grande competência técnico científica, bem como um conhecimento inteirado das dinâmicas e funcionamento do serviço. Implicando ainda assim desafios de flexibilidade e capacidade de adaptação.

O desenvolvimento desta competência também foi favorecido através da realização dos trabalhos de grupo propostos nas diferentes unidades curriculares durante a componente teórica do MESMP. A elaboração conjunta desses trabalhos, considerando os conteúdos desenvolvidos durante a unidade curricular de Gestão, proporcionou uma visão sobre eventuais desafios que podem surgir nos contextos clínicos, pois exigiu dos participantes não apenas a capacidade de adaptação a diferentes formas e *modus operandi* de trabalho, mas também a aplicação de estratégias de gestão, incluindo a gestão de tempo familiar, profissional e académico e o cumprimento dos prazos estabelecidos. Foi ainda possível observar a adoção de distintos estilos de liderança, variando entre abordagens mais impositivas e outras mais flexíveis. Além disso, a realização dos trabalhos exigiu supervisão entre pares, assessoria, delegação de tarefas e o uso de ferramentas de comunicação eficaz e assertiva, fundamentais para garantir o cumprimento dos objetivos propostos.

- **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Este domínio remete para as dimensões do autoconhecimento, sugerindo que o enfermeiro releve “a dimensão de si na relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Diário da República, Reg. 140/2019). Compreendemos que este domínio está intimamente

relacionado com a primeira competência específica do EEESMP, considerando que o desenvolvimento desta vertente já foi amplamente refletido aquando análise crítica dessa mesma competência. Porém, este domínio inclui igualmente a dimensão da prática baseada na evidência, considerando essencial à prática avançada do enfermeiro especialista que este alicerce os “processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Diário da República, Reg.140/ 2019)

Conforme já mencionado, o conhecimento técnico científico, inclusivamente no âmbito dos cuidados de saúde, é evolutivo e implica uma constante atualização, por forma a conseguir responder a todas às necessidades emergentes dos clientes, alvo de cuidados, nos diferentes contextos de atuação do EEESMP.

Durante os estágios, todas as intervenções e atividades desenvolvidas, bem como a elaboração deste relatório, foram baseadas numa procura contínua pela evidência científica relevante e mais atual, garantindo uma base científica e a adoção da melhor prática em função das diferentes necessidades e/ou propostas de intervenção. Igualmente a elaboração dos estudos de caso foram guiados por esta perspetiva e motivação. Em momentos ou assuntos em que a evidência disponível era mais escassa ou subjetiva, ou tivemos dificuldade na sua análise, ajudou a consulta de peritos sobre a temática, de modo a minimizar dúvidas e colmatar eventuais lapsos.

Torna-se também importante salientar que, no âmbito desta competência de âmbito comum e, sobretudo, nesta busca contínua de pretexto de aprendizagem, participámos igualmente em diferentes eventos que ampliaram perspetivas e incrementaram significativamente a nossa aprendizagem. Neste ponto destacamos: **“IX Encontro Nacional das Famílias de Pessoas com Experiência em Doença Mental”**, organizado pela *FamiliarMente*, Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental e a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Ministério da Saúde), subordinado ao tema *“Direito à Participação”*. Neste Encontro foram abordadas as seguintes temáticas: “Reforma da SM: Três anos de transformação”; “Os dilemas que as leis colocam às Famílias”; “As famílias no centro de cuidados”; “Famílias: desafios à participação”; “A lei de saúde mental: Toca a todos” e por fim foram apresentadas várias Associações de Família existentes. Este momento foi de grande utilidade para emergir na temática transversal, permitindo a partilha dos diferentes preletores (PNCSM, Familiares e políticos) obter uma visão geral das necessidades emergentes a nível nacional, do trabalho a ser realizado no âmbito das políticas de saúde mental e ponto de situação do mesmo e, simultaneamente, conhecer os diferentes recursos comunitários e associações já existentes; **“IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM**, subordinado à temática *“Enfermagem de Saúde Mental a par com o futuro”*, incluindo três mesas

dirigidas às temáticas: “Saúde Mental integrada na Comunidade”, “Sexualidade e Saúde Mental”, “Enfermagem de Saúde Mental na diversidade de contextos”. Neste Encontro, concorremos inclusivamente, em grupo, com a elaboração de dois pósteres baseados em trabalhos realizados no âmbito de duas unidades curriculares englobadas no MESMP. Um dirigido ao tema “*Problemáticas atuais no âmbito da Saúde Mental*”, obtendo o terceiro prémio e outro dirigido à temática “*O impacto do Mindfulness na redução do stress dos enfermeiros*”, **Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem**, organizado pela ESEP, onde foram apresentados projetos e estudos de Investigação em Enfermagem, nacionais e internacionais, recentes; e, por fim, participamos no **Webinar Ciências do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade**, organizado pela Ordem dos Enfermeiros. Os comprovativos destas participações encontram-se no Anexo XXI.

Pela natureza implícita a esta competência, destacamos a nossa visão de que o seu desenvolvimento é um processo contínuo, sempre inacabado.

Terminado que está o presente capítulo, concluímos que este exercício foi de grande relevo no processo de aprendizagem, conferindo ao relatório uma estrutura mais completa. Este encontra-se, agora organizado com base nas três componentes essenciais da prática do EEESMP: uma **dimensão teórica**, correspondente a uma prática baseada na evidência, uma **dimensão prática**, correspondente à aplicação prática do processo de enfermagem nos diferentes contextos e, por fim, esta **dimensão reflexiva**, onde o EEESMP analisa e reflete o processo de tomada de decisão efetuado, visando uma prática avançada e um cuidar holístico e humanizado, com progressiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu explicar o percurso académico realizado, com ênfase no trabalho desenvolvido para a aquisição das competências durante o estágio de natureza profissional. Além disso, procuramos imprimir na sua preparação, igualmente, um reflexo das habilidades, conhecimentos, atitudes e reflexões que foram sendo integradas e se constituem como novo traço da nossa identidade pessoal e profissional, enquanto pessoa em permanente construção e desenvolvimento e futuro EEESMP.

A TT desempenhou um papel determinante na aquisição das competências e em todo o processo de aprendizagem global, constituindo-se como “fio condutor” que norteou o trajeto percorrido. Porém, sem jamais limitar as outras experiências e intervenções fora da temática, igualmente relevantes para a aquisição de todas as competências.

A Família é a unidade básica do desenvolvimento da personalidade e constitui-se como uma “instituição” ímpar e complexa, caracterizada por interações, relações, forças, fragilidades e dinâmicas próprias. Dada a sua génese única, encontra-se em permanente processo de ajustamento e adaptação, à medida que percorre as diferentes etapas do seu ciclo vital familiar e acompanha a mutabilidade constante da sociedade em que está inserida (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

O conceito de Família acompanha as mudanças e premências da sociedade onde se insere, estando atualmente definida numa perspetiva sistémica, em que qualquer alteração num dos membros impacta no todo e vice-versa (Figueiredo, 2012; ICN, 2019; Wright & Leahey, 2012). O EEESMP possui um dever ético-moral e competência especializada para conceber cuidados de enfermagem à família, considerando-a como contexto, como soma das partes e como cliente de cuidados, nos diferentes níveis de atuação existentes. A intervenção do EEESMP na abordagem à família está prevista de forma transversal no regulamento que descreve as suas competências específicas (Diário da República, Reg. n.º 512/2018). Para tal, seguindo o racional implícito no processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem, deve, primeiramente, avaliar as necessidades efetivas da mesma, assentar essa avaliação e intervenção em modelos teóricos de avaliação e intervenção familiar próprios da disciplina de enfermagem (OE, 2023), identificar os diagnósticos de enfermagem presentes, determinar a modalidade de intervenção mais adequada a cada caso, implementar a intervenção e avaliar a sua eficácia em relação aos objetivos estabelecidos.

Dado por concluído o presente relatório de natureza profissional, como marco de aproximação ao fim deste trajeto académico percorrido, pretendemos, neste ponto, sublinhar alguns aspetos centrais que dele emergiram. Entre eles, salientam-se os fatores facilitadores e os ganhos positivos obtidos, mas também algumas limitações e constrangimentos que surgiram e foram necessariamente superados, bem como as possíveis implicações e contributos que este trabalho

possa ter gerado para a ESMP. Assim, começamos por realçar e enaltecer um fator facilitador da aprendizagem: a possibilidade que nos foi proporcionada de experimentarmos contextos clínicos diversos, todos eles de grande qualidade e com uma vasta oferta de oportunidades de aprendizagem. Este contacto, aliado à atribuição de enfermeiros tutores EEESMP, com perfis distintos, mas com muita experiência profissional na sua área de atuação, elevado nível de conhecimento, dedicação e disponibilidade para o papel de tutor, revelou-se uma mais-valia significativa para o nosso processo de aprendizagem, tornando-o ainda mais enriquecedor e motivador.

Os momentos de interação e as reflexões conjuntas foram fulcrais e a sua atuação, tantas vezes exemplar, junto das PNCSM, famílias e grupos, serviram como inspiração, mas também como um certo treino de modelagem, permitindo-nos “à nossa maneira” perpetuar as boas práticas observadas. Também a nossa atitude de curiosidade, interesse e de constante procura de pretexto de aprendizagem, foi fator facilitador e potenciador desta interação e aprendizagem conjunta. Foi igualmente relevante e vantajoso a possibilidade de ter dois momentos no mesmo local de estágio e a elaboração do projeto de desenvolvimento de competências previsto no módulo I, que permitiu identificar necessidades e planejar antecipadamente as intervenções, facilitando a sua operacionalização no segundo momento.

No que diz respeito à relação estabelecida com as PNCSM, famílias e grupos, esta revelou-se sempre positiva e facilitadora, permitindo-nos afirmar que, em todos os momentos, conseguimos construir uma relação terapêutica não só eficaz, mas também significativa. Esta, como alicerce fundamental para toda a intervenção do EEESMP, aliada a uma comunicação terapêutica ajustada a cada cliente, constituiu-se como elemento determinante para o sucesso das intervenções desenvolvidas, refletindo-se nos resultados positivos e ganhos alcançados através das mesmas. Neste âmbito, é importante salientar que, em todas as intervenções dirigidas às famílias, quer em formato multifamiliar, quer unifamiliar, que inicialmente se previam mais complexas em termos relacionais pela sua natureza de envolvimento de múltiplas pessoas e não apenas de um cliente individual, foi surpreendente e extremamente gratificante constatar que esta relação terapêutica estabelecida também foi efetiva. Para tal, em particular nas intervenções unifamiliares, quando definimos o sistema familiar global como cliente de cuidados, consideramos que foi essencial adotar uma postura empática, de respeito pela história própria daquela família, isenta de julgamento e fundamentada na crença de que a própria família dispõe dos recursos necessários para enfrentar os desafios (Wright & Leahey, 2012). Além disso, consideramos que contribuíram e foram determinantes, igualmente, a atitude de curiosidade e o interesse manifestado em atuar como um recurso para a família, trabalhando de forma colaborativa, por forma a auxiliá-la na descoberta de novas formas mais saudáveis e adaptativas de lidar com os desafios e/ou *stressores* que comprometiam ou colocavam em risco o seu normal funcionamento familiar.

Durante o estágio, conseguimos intervir na família em diferentes níveis de intervenção, abrangendo desde a promoção da saúde e a prevenção das perturbações mentais até a gestão da perturbação mental já instalada no seio familiar e o seu processo de reabilitação psicossocial. Além disso, foi possível desenvolver distintas modalidades de intervenção familiar, nomeadamente a promoção da LSM, a intervenção psicoeducativa e a intervenção psicoterapêutica promotora do PF.

A intervenção psicoterapêutica promotora do PF, que prevê a família como cliente de cuidados, foi, conforme já mencionado, um dos propósitos estruturantes deste trabalho e um desejo pessoal aportado para o estágio. Tivemos a oportunidade de implementar essa intervenção com três famílias distintas, o que ampliou significativamente o nosso desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes no que se refere à avaliação e intervenção familiar nessa vertente específica do EEESMP. A literatura encontrada no âmbito desta intervenção específica, era inexistente ou omissa na evidência científica consultada, pelo que foi “coluna vertebral” para o desenvolvimento da intervenção assentar a nossa prática no MCAIF (Wright & Leahey, 2012) e ter mentoria por parte da professora orientadora dos estágios, perita nesta temática, que se predispôs a oferecer essa orientação.

Consideramos que estes foram momentos de aprendizagem por excelência e que nos trouxeram vivências significativas e conferiram a habilidade de “pensar família” (Green, 1997, como citado em Angelo, 1999, p. 8). O impacto desta intervenção para nós, ultrapassou o âmbito académico, impactando também positivamente o nosso contacto com as famílias no atual local de exercício profissional e até mesmo a nível familiar pessoal. Os resultados qualitativos e quantitativos positivos obtidos nestas intervenções familiares revelaram a sua eficácia, fato que muito nos apraz, trazendo-nos uma satisfação serena e, ao mesmo tempo, reforçando o nosso sentido de autoeficácia na sua implementação, muito importante perante a nossa inexperiência.

Porém, queremos aqui deixar escrito que, em qualquer ato profissional do enfermeiro, sendo o seu alvo de cuidados sempre um ser humano, há e haverá sempre outros resultados não mensuráveis, que pertencem ao domínio do “indizível”. São aqueles instantes subtis, fugazes, que não cabem em estatísticas nem relatórios, mas que apenas um olhar ou toque humano conseguem expressar ou captar no exato momento em que ocorrem. São lampejos de conexão, sinais silenciosos que, se nos permitirmos a esse grau de humanismo, podem deixar marcas indeléveis—na pessoa cuidada, mas, sobretudo, no profissional que somos e que queremos continuar a ser em permanente crescimento. A Enfermagem é uma Ciência e, portanto, falar de uma espécie de “poética do encontro humano” pode soar atrevido, bem sabemos. Mas algo, no trabalho realizado com as famílias, escapou à medida, ao rigor dos números e à objetividade da análise. Algo que ultrapassa os resultados concretos e não conseguimos nomear, mas que nos moveu. Algo que, sem sabermos ainda bem como ou onde, nos faz querer continuar disponíveis para as Famílias.

Por ser uma intervenção de implementação menos habitual nos contextos clínicos, foi recebida pelos enfermeiros tutores com curiosidade e abertura para a aprendizagem e reflexão conjunta

sobre o tema. cremos que isso contribuiu para um aprofundamento da discussão e, em alguns casos, impactou positivamente o próprio processo de aprendizagem destes profissionais. No contexto dos cuidados diferenciados, foi possível, inclusive, realizar uma sessão de sensibilização dirigida aos enfermeiros da ET. Estes reconheceram a relevância da intervenção familiar, embora não se sentissem plenamente aptos para a sua aplicação prática. A sessão revelou-se um espaço de partilha e aprendizagem significativo, onde os enfermeiros manifestaram interesse e satisfação com a oportunidade de aprofundar o tema.

Como referido, a intervenção familiar é amplamente destacada na literatura pela sua pertinência e pelos ganhos em saúde para os envolvidos. No entanto, o corpo de evidência sobre a eficácia da Intervenção psicoterapêutica promotora do PF, propriamente dita, ainda se revela restrito. Nesse sentido, espero que o presente trabalho, ao analisar os resultados positivos e os benefícios obtidos com a sua implementação junto das famílias, possa servir como contributo para fomentar novos estudos de investigação na área. Assim, poderá conferir maior robustez teórica e incentivar a sua implementação de forma mais estruturada. Um dos constrangimentos na sua implementação prendeu-se com a sua forma de documentação na plataforma e4Nursing (ESEP, 2023), uma vez que a Ontologia de Enfermagem ainda não contempla integralmente todos os conteúdos relativos à família como cliente de cuidados, conforme salientado por Bastos e colaboradores (2022). No entanto, com o apoio e a reflexão conjunta com os professores responsáveis, foi possível ultrapassar essas dificuldades. Espero, igualmente, que este trabalho possa suscitar uma reflexão dentro do corpo docente da ESEP, de modo a garantir, no futuro, uma forma mais facilitadora de documentação para os estudantes que pretendam desenvolver intervenções nesta área.

Em todos os contextos, foi realizada uma avaliação das necessidades reais, tanto a nível global como individual, permitindo refletir sobre qual modelo teórico da disciplina de Enfermagem poderia melhor sistematizar a nossa prática perante cada caso clínico. Esta abordagem possibilitou a determinação dos diagnósticos de Enfermagem mais relevantes, bem como a priorização da intervenção que consideramos mais adequada com base nos dados obtidos. Com este propósito, recorreremos continuamente à literatura, procurando compreender quais as intervenções e/ou programas com maior evidência científica na atualidade para responder às necessidades identificadas. Os resultados obtidos, que de forma transversal foram positivos e evidenciaram ganhos em saúde, não apenas permitiram avaliar a eficácia das intervenções, mas também propiciaram uma análise crítica e reflexiva sobre a nossa própria prática, promovendo o aprimoramento contínuo do cuidado prestado.

A nossa escolha de elencar a este nosso percurso o propósito de prestar cuidados culturalmente sensíveis e competentes, assentes da Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidar de Leininger, emergiu primeiramente de uma necessidade identificada perante o cliente selecionado para o estudo de caso individual no primeiro contexto de estágio. No entanto, face aos ganhos em saúde e bem-estar proporcionados a esse cliente, à análise dos dados estatísticos populacionais

nacionais e à evidência científica consultada, tornou-se para nós primordial manter essa atenção e compromisso ao longo dos restantes contextos de estágio, expandindo-o, igualmente, para o nosso contexto de prática atual.

Apesar deste compromisso pessoal, nos ter exigido em vários momentos deste percurso já por si assoberbado de tarefas, um esforço e “trabalho” acrescido, olhamos, em retrospectiva, com orgulho e a sensação de termos contribuído, ainda que de forma modesta e incompleta, mas estruturada e intencional, para ganhos em saúde significativos para pessoas/clientes com experiências culturais diversas, com quem tivemos o privilégio de intervir. Durante o estudo, de natureza sobretudo autodidata, que foi necessário desenvolver para a implementação desta abordagem na prática clínica, refletimos que, pudesse ser pertinente e benéfico, a inclusão desta temática nos currículos formativos dos mestrados de forma mais aprofundada e detalhada, com vista a, por um lado incentivar esta prática nos contextos, mas também a ampliar a base teórica que permite a sua implementação sistematizada pelos enfermeiros. Deixamos, assim, esta proposta de reflexão para os responsáveis pela definição dos currículos académicos do mestrado.

O estágio permitiu, igualmente, integrar os conteúdos teóricos explorados ao longo do curso MESMP com a prática clínica nos diferentes contextos. Destacamos, neste sentido, o recurso a práticas baseadas em *Mindfulness*, transversalmente aplicadas nas diversas intervenções realizadas durante o estágio, tema previamente estudado e aprofundado por nós em trabalhos teóricos ao longo do curso. Merecem ainda referência as sessões de biblioterapia grupal, nas quais se recorreram a contos, poemas e histórias, bem como as sessões de atividade física desenvolvidas com os clientes internados. Embora a sua eficácia não tenha sido rigorosamente avaliada, as partilhas verbais e não verbais dos participantes revelaram grande satisfação e benefícios individuais e grupais.

Relativamente à atividade de Biodanza, baseada nos mediadores artísticos música e dança, esta foi apresentada como um recurso comunitário disponível para os FC e permitiu-lhes uma experiência prática deste recurso, cuja validade científica tem vindo a ser progressivamente reconhecida na literatura atual.

Pelo exposto, consideramos que foram atingidos todos os objetivos traçados para a elaboração deste relatório, bem como adquiridas todas as competências previstas para o EEESMP e para o enfermeiro especialista. Destacamos, em particular, o desenvolvimento do nosso autoconhecimento, reconhecendo-o como competência, de especial destaque. Para além dos conhecimentos e aprendizagens de âmbito técnico-científico, foi este processo de autoconhecimento que nos permitiu (re)conhecer tanto as nossas fragilidades como as nossas forças e qualidades. Assim, enquanto futuros EEESMP, acreditamos que, esta consciência possibilite uma mobilização mais aprimorada do nosso “eu profissional”, não apenas como instrumento terapêutico de impacto significativo na relação com os clientes, mas também na

utilização mais sábia e intencional das restantes competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Acreditamos que esta articulação de saberes permitirá consolidar uma prática de cuidados significativa e diferenciada no âmbito da ESMP, promovendo ganhos em saúde relevantes para os clientes, individuais e coletivos, com especial enfoque na família, nos diversos contextos de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Aasheim, V., Waldenström, U., Rasmussen, S., Espehaug, B., & Schytt, E. (2014). Satisfaction with life during pregnancy and early motherhood in first-time mothers of advanced age: a population-based longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 86. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-86>
- Aass, L.K., Skundberg-Kletthagen, H., Schroder, A. & Moen, O.L. (2020). Young adults and their families living with mental illness: Evaluation of the usefulness of family-centered conversations in community mental health care settings. *Journal of Family Nursing*. Vol. 26(4) 302-314. <https://doi.org/10.1177/1074840720964397>
- Acri, M., Hooley, C. D., Richardson, N., & Moaba, L. B. (2017). Peer models in mental health for caregivers and families. *Community mental health journal*, 53(2), 241–249. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0040-4>
- Aguiar, C., Silva, M. & Queiroz, S. (2021) Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saude Coletiva*. 11(64).5604-5609. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
- Akhan, L. U., Gezgin Yazici, H., Şahiner, İ. V., Didin, M., & Öner, S. (2022). The effect of poetry therapy on personal and social performance and self-esteem in patients with mental disorder. *Journal of Poetry Therapy*, 35(3), 198–209. <https://doi.org/10.1080/08893675.2022.2104137>
- Alfar Z. A. (2023). Hospital Nurses' experiences of providing care for muslim patients in the united States. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 34(4), 279–287. <https://doi.org/10.1177/10436596231169784>
- Alguacil Cabrera, M., Lozano Díaz, D., & Arias Arias, Á. (2020). Efectividad de la Biodanza® en personas con trastorno mental grave y familiares en un hospital de día. *Revista Ene de Enfermaria*, 14(1), 1415. Consultado em <https://www.ene-enfermaria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/940>
- Allan, J., Snowdon, N., Thapa, S. & Ahmed, K. (2024). Study protocol for the family empowerment program: a randomized waitlist-controlled trial to evaluate the effectiveness of online Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) on the wellbeing of family members with a relative experiencing substance dependence and mental illness. *BMC Psychiatry* 24:43, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-023.05487-0>

- Alves, J.M., Almeida, A.L., Pereira da Mata, M.A., Pimentel, M.H. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 8- 16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0197>
- Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando desafios – Getting close to families: Overcoming challenges. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. v.1, n.1/2, p.7-14. <https://doi.org/10.5380/fsd.v1i1.4882>
- Aris-Meijer, J., Bockting, C., Stolk, R., Verbeek, T., Beijers, C., van Pampus, M., & Burger, H. (2019). What if pregnancy is not seventh heaven? The influence of specific life events during pregnancy and delivery on the transition of antenatal into postpartum anxiety and depression. *International journal of environmental research and public health*, 16(16), 2851. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162851>
- Ariss, T., Fairbairn, C.E. (2020). The effect of significant others involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 88, p. 526-540. <https://doi.org/10.1037/ccp0000495>
- Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. <https://www.adeb.pt/>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological medicine*, 26(1), 135–141. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033778>
- Azcárate-Cenoz, N., Canga-Armayor, A., Alfaro-Díaz, C., Canga-Armayor, N., Pueyo-Garrigues, M., & Esandi, N. (2024). Family-oriented therapeutic conversations: A systematic scoping review. *Journal of family nursing*, 30(2), 145–173. <https://doi.org/10.1177/10748407241235141>
- Barrowclough, C, Wand, J., Wearden A., Gregg, L. (2005). Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 40 (11), 884-891. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0976-x>
- Baruch, E., Pistrang, N. & Barker, C. (2018). “Between a rock and a hard place”: family member’s experiences of supporting a relative with bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol.53, p.1123-1131. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1560-8>
- Baskin-Sommers, A., & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(5), 609–611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.010>

- Bastos F., Campos J., Brito A., Parente, P. & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em Enfermagem – A família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Berlin, E., & Fowkes, W. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *The Western journal of medicine*, 139(6), 934–938.
- Bernier, J. & Barroso, C. (2024) Discriminative nursing care practices towards patients with opioid use disorder in the hospital setting: An integrative review. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 29, No. 2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol29No02PPT73>
- Bhui, K., Stansfeld, S., Hull, S., Priebe, S., Mole, F., & Feder, G. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 105–116. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.105>
- Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de Enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(18), p.125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Bjornsen, H.N., Eliertsen, M.E.B., Ringdal, R., Espnes, G.A. & Moksnes, U.K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. 17(1), 717 <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Bohner K. (2017). Theory description, critical reflection, and theory evaluation of the transitions theory of Meleis et al according to Chinn and Kramer (2011). *ANS. Advances in nursing science*, 40(3), E1–E19. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000152>
- Bonham, E. & Kwansky, A. (2021). Caring for the mental health of youth and families: What is the role of the psychiatric mental health advanced practice nurse. *Clinical Nurse Specialist*. 35(5), p. 246-252. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000620>
- Borba, L.O., Paes, M., Guimarães, A.N., Labroncini, L. & Maftum, M.A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista Esc. Enferm USP*. 45(2), 442-449. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>
- Broekema S., Paans W., Oosterhoff, A., Roodbol P. & Luttik M. (2020). Patients' and family members' perspectives on the benefits and working mechanisms of family nursing conversations in Dutch home healthcare. *Health and Social care in the community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13089>
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2020). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Elsevier Inc.

- Cabrera, M., Díaz, D., & Arias, Á. (2020). Efectividad de la Biodanza® en personas con trastorno mental grave y familiares en un hospital de día. *Ene*, 14(1), 1415. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100005&lng=es&tlng=es.
- Calçada, J. & Gilham, C. (2022). Biodanza and other dance forms as a vehicle for social-emotional-learning in schools: A scoping review. *LEARNing Landscapes*. Vol.15 Nº1. 53-73. <https://doi.org/10.36510/learnland.v15i1.1059>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Cardoso, A., Soares, A. Sousa, B., Oliveira, M. Chaves, S. & Carvalho, J. (2023). Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Carlos, C., Rosário, L, Sousa, C, Barros, R., Silva, Y., Pereira, L., Bessa, R. & Rodrigues, D. (2023). A teoria de Nola Pender na atenção à saúde da gestante: um estudo reflexivo. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 16(12), 30092-30110. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-063>
- Carneiro, S. (2018). Despertar para um cuidar culturalmente competente: Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. (Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum RCCAP <http://hdl.handle.net/10400.26/24724>
- Carpenito, L. (2018). Manual de Diagnósticos de Enfermagem. *Artmed*.
- Carvalho, J.C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0071>
- Carvalho, J.C. (2015). A Família e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0099>
- Carvalho J.C, Cordeiro R, Martinho J, Melo Tavares CM, Postigo Mota S. (2019). El humor como recurso frente al estigma en salud mental. *Rev ROL Enferm*; 42(4): 286-292.Consultado em https://www.researchgate.net/publication/332903361_El_humor_como_recurso_frente_al_estigma_en_salud_mental

- Carvalho, J. C., da Fonseca, P., & de Melo Tavares, C. (2021). Poetry as a way to express emotions in mental health. *Journal of Poetry Therapy*, 34(3), 139–149. <https://doi.org/10.1080/08893675.2021.1921474>
- Carvalho, M., Pinto, C., Ribeirinho, C., Teles, H. & Correia, P. (2021). Estudo sobre o perfil do cuidador familiar/ informal da pessoa sénior em Portugal (Centro de Administração e Políticas Públicas/ Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Ed.) Universidade de Lisboa. <https://static-media.fluxio.cloud/sermaior/fMCD7JuK.pdf>
- Cheng, S., Backonja, U., Buck, B., Monroe-DeVita, M., & Walsh, E. (2020). Facilitating pathways to care: A qualitative study of the self-reported needs and coping skills of caregivers of young adults diagnosed with early psychosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 368–379. <https://doi.org/10.1111/jpm.12591>
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Funakoshi, A., Hirota, M., Hayashi, Y., Yamanouchi, T., Mitsui, M., Inagaki, A., & Cheng, S. T. (2025). Benefit finding and growth among family caregivers of individuals with mental illness: A scoping review. *Journal of family nursing*, 10748407241309138. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10748407241309138>
- Chick, N. & Meleis, A. (1986) Transitions: A nursing concern. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York: Aspen Publication, p. 237-257.
- Chien, W. T., Bressington, D., & Chan, S. W. C. (2018). A randomized controlled trial on mutual support group intervention for families of people with recent-onset psychosis: A four-year follow-up. *Frontiers in psychiatry*, 9, 710. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00710>
- Cleary, M., West, S., Hunt, G. E., McLean, L., & Kornhaber, R. (2020). A qualitative systematic review of caregivers' experiences of caring for family diagnosed with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 41(8), 667–683. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1710012>
- Coates, D. & Foureur, M. (2019). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*. 27(4), e389-e405. <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuno, M. & Roldán Merino, J. (2020a). A relação de ajuda como intervenção de Enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 63-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Coelho, J., Sequeira, C., Fortuno, M. & Merino, J.R. (2020b). *Relação de Ajuda - Manual de Operacionalização da intervenção de Enfermagem*. A Sociedade Portuguesa de Saúde Mental, 1ª edição.

- Connolly, D., Davies, E., Lynskey, M., Barratt, M. J., Maier, L., Ferris, J., Winstock, A., & Gilchrist, G. (2020). Comparing intentions to reduce substance use and willingness to seek help among transgender and cisgender participants from the Global Drug Survey. *Journal of substance abuse treatment*, 112, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.03.001>
- Cooper, R. E., Saunders, K. R. K., Greenburgh, A., Shah, P., Appleton, R., Machin, K., Jaynes, T., Barnett, P., Allan, S. M., Griffiths, J., Stuart, R., Mitchell, L., Chipp, B., Jeffreys, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., & Johnson, S. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC medicine*, 22(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>
- Corey, G. (2017). Theory and practice of counseling and psychotherapy. (10.^aed.): Cengage Learning.
- Correia, T. (2018). Perceções, atitudes e emoções dos doentes submetidos a internamento psiquiátrico compulsivo: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, N.º 20, p.81-88. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0230>
- Correia, D. & Brites J. (2020). Guia Prático para vencer a ansiedade. Bertrand Editora.
- Costa, A., Mendes, C, Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J. & Costa, S. (2019). Avaliação da ansiedade-estado em estudantes universitários de Psicologia. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*. 9, 49-61
- Cruz, C. (2008). Ansiedade e bem-estar na transição para o Ensino-Superior: o papel do suporte social. (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Cunha, O., Peixoto, M, Cruz, A. & Gonçalves, R. (2021). "Buss Pery - Factor structure and Measurement Invariance Among Portuguese Male Perpetrators of intimate Partner Violence". *_Criminal Justice and Behavior*. <https://doi.org/10.1177/00938548211050113>
- Decreto-Lei nº 113/2021 da Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Diário da República: Série I, n.º 240, pp.104-118 <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2021/12/14/p/dre>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 – 103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 12045/2006 (2.^a série), de 7 de junho do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 110/2006, Série II de 2006-06-07, páginas 8250 – 8250. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12045-2006-2944455>

- Dewi, I. D. A. D. P., & Kyranides, M. N. (2021). Physical, Verbal, and Relational Aggression: The Role of anger management strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(1), 65–82. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1994495>
- Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/93-1998-110255>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Ministério da Saúde.
- Duman, Z.C. Sari, A.& Tuncer, G.Z. (2022). Calgary family model-based family support and psychoeducation related intervention: Experiences of family members caring for patients with chronic mental illness: “We are all in the same boat”. *Issues in Mental Health Nursing*, vol.43, (10). 929-935. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2072550>
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A. & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering facts. *BMJ Open*. 4(10):e006108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108>
- Eisen, K., Lawlor, C., Wu, C. D., & Mason, D. (2018). Reading and recovery expectations: Implementing a recovery-oriented bibliotherapy program in an acute inpatient psychiatric setting. *Psychiatric rehabilitation journal*, 41(3), 243–245. <https://doi.org/10.1037/prj0000307>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2025). Guião para a elaboração de trabalhos académicos. ESEP.
- Escola Superior de Enfermagem. (2023). e4Nursing. https://e4nursing.esenf.pt/2425_1S/public/student/courses
- Fernandes, O. (2015). Certificação de competências e acreditação de contextos. Congresso Internacional de Supervisão Clínica.
- Ferraro, F., Aruta, L., Ambra, F., Distaso, F. & Iavarone, M. (2021). Pedagogic intervention for health: A narrative systematic review on Biodanza. *MOVIMENTO Revista de Educação Física da UFRGS*. Vol.27, e27069. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.111547>
- Figueiredo, H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar – Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Figueiredo, H., Néné, M.& Sequeira, C. (2023). Enfermagem de saúde familiar. *Lidel*.
- Firmino, H., Santiago, L., Andrade, J. & Nogueira, V. (2019). Psiquiatria básica em medicina familiar. *Lidel*.

- Flórido, A., Campos, C., Sousa, C., Rodrigues, F., Guerra, J., Viegas, L., Moutinho, L., Valentim, O., Figueiredo, P. & Correia, T. (2024). Perspetivas multidisciplinares em saúde: Práticas integrativas entre Brasil e Portugal. *Omnis Scientia*. vol. 2. Consultado em: <https://editora.editoraomnisscientia.com.br/livroPDF/4-10598925457-17092024091008.pdf>
- Fong Yan, A., Nicholson, L. L., Ward, R. E., Hiller, C. E., Dovey, K., Parker, H. M., Low, L. F., Moyle, G., & Chan, C. (2024). The effectiveness of dance interventions on psychological and cognitive health outcomes compared with other forms of physical activity: A systematic review with meta-analysis. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 54(5), 1179–1205. <https://doi.org/10.1007/s40279-023-01990-2>
- Fonseca, A., Monteiro, F., Alves, S., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2019). Be a mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: The enhancement of self-regulatory skills and its association with postpartum depressive symptoms. *Frontiers in psychology*, 10, 265. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00265>
- Galutira, G. (2018). Theory of reflective practice in nursing. *International Journal of Nursing Science*. 8(3): 51-56 <https://doi.org/10.5923/j.nursing.20180803.02>
- Gatherer, C., Dickson-Lee, S. & Lowenstein, J. (2020). The forgotten families; a systematic literature review of family interventions within forensic mental health services. *The Journal of Forensic psychiatric & Psychology*. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1799054>
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., & Kotzbach, R. (2014). Life satisfaction and social support received by women in the perinatal period. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 23(4), 611–619. <https://doi.org/10.17219/acem/37239>
- Gerymski, R., Dymecka, J., Iszczuk, A., & Bidzan, M. (2023). Perceived stress and life satisfaction in pregnant women during the COVID-19 pandemic: the mediating role of fear of childbirth and self-esteem. *Health psychology report*, 12(3), 197–208. <https://doi.org/10.5114/hpr/174380>
- Gimeno, A. (2001). A Família – O desafio da diversidade. *Epistemologia e Sociedade*.
- Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(2), 122–130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
- Gomes, H. M. S., Peixoto, F., & Gouveia-Pereira, M. (2017). Portuguese validation of the family adaptability and cohesion evaluation scale – FACES IV. *Journal of Family Studies*, 25(4), 477–494. <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1386121>

- Goode, T., & Jones, W. (2006). A guide for advancing family-centered and culturally and linguistically competent carré. *National Center for Cultural Competence*, Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Gopalkrishnan N. (2018). Cultural diversity and mental health: Considerations for policy and practice. *Frontiers in public health*, 6, 179. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>
- Goumoëns, V., Ayigah, K., Joye, D., Rylvlin, P., & Ramelet, A. S. (2022). The development of an early intervention for supporting families of persons with acquired brain injuries: The SAFIR© intervention. *Journal of Family Nursing*, 28(1), 6–16. <https://doi.org/10.1177/10748407211048217>
- Gouveia, M. D. C. L. V., Sveinbjarnardottir, E. K., Rodrigues, M. J. B., Silva, R. M. L. B., Baptista, M. S., & Henriques, M. A. P. (2023). Translation, cultural adaptation, and psychometric validation of the european portuguese version of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of family nursing*, 30(1), 7–29. <https://doi.org/10.1177/10748407231205038>
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. & Peixoto, F. (2019). Portuguese validation of the family adaptability and cohesion evaluation scale – FACES IV. *Journal of Family Studies* 25(1):1-18. <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1386121>
- Hakulinen, C., & Jokela, M. (2019). Alcohol use and personality trait change: pooled analysis of six cohort studies. *Psychological medicine*, 49(2), 224–231. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000636>
- Hambridge, S., Cowell, A., Arden-Close, E. & Mayers, A. (2021). “What kind of man gets depressed after having a baby?” Fathers`experiences of mental health during the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 463. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03947-7>
- Hanson, S.M.H. (2005). Family health care nursing: Theory, practice and research. F.A. Davis Company. Hawke, L.D., Sheikan, N.Y., Rodak, T. (2023). Lived experience and family engagement in psychiatry research: A scoping review of reviews. *Wiley - Health Expectations* (27). 1-16. <https://doi.org/10.1111/hex.14057>
- Hawke, L. D., Sheikhan, N. Y., & Rodak, T. (2024). Lived experience and family engagement in psychiatry research: A scoping review of reviews. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(3), e14057. <https://doi.org/10.1111/hex.14057>
- Herdman, T., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2021). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023. *Artmed*.

- Herdman, T., Kamitsuru, S. & Lopes, C. (2024). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2024-2026. *Artmed*.
- Holst-Hansson, A., Vejzovic, V., Idvall, E., & Wennick, A. (2020). The usefulness of brief family health conversations offered to families following the diagnosis of breast cancer. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 327–336. <https://doi.org/10.1177/1074840720966759>
- Hsiao, C., Lu, H., Chiu, C. & Tsai, Y. (2023). Factors associated with attitudes of mental health nurses towards the importance of families in mental health nursing care. *Mental Health Nursing*, 32, 1429-1438. <https://doi.org/10.1111/inm.13187>
- Hsiao, C., Lu, H., Hsieh, M., & Tsai, Y. (2022). Effectiveness of a brief family strengths-oriented therapeutic conversation intervention for patients with schizophrenia and their caregivers. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(2), 213–225. <https://doi.org/10.1111/jnu.12741>
- Hussong, A.M., Jones, D.J., Stein, G.L., Baucom, D.H., & Boeding, S. (2011). An internalizing pathway to alcohol and substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 390- 404. <https://doi.org/10.1037/a0024519>
- Im E. O. (2014). Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. *ANS. Advances in nursing science*, 37(1), 19–31. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000014>
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (2025). <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed>
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). ICNP Browser. [ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses](#)
- Irvine, A., Rawlinson, C, Bor,W. & Hoehn, E. (2021). Evaluation of a collaborative group intervention for mothers with moderate to severe perinatal mental illness and their infants in Australia. *Infant Mental Health Journal*. 42(4), 560-572. <https://doi.org/10.1002/imhj.21922>
- Iswanti D., Nursalam N., Fitryasari R., Sarfika R.& Saifudin I. (2024). Effectiveness of an integrative empowerment intervention for families on caring and prevention of relapse in schizophrenia patients. *SAGE Open Nursing*. 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241231000>
- Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S. (2022). Transition to motherhood of mothers receiving continuity of child-rearing support. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8440. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148440>

- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 215, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>
- Kavitha, R., Kamalam, S. & Rajkumar, R. (2022). Effectiveness of family-focused nurse-led intervention on functional improvement of patients with bipolar disorder at a tertiary hospital in south India: A Randomized Controlled Trial. *Indian journal of psychological medicine*.44. 152-159. <https://doi.org/10.1177/02537176211060557>
- Kim, J., & Kim, S. (2022). Effects of a nonviolent communication-based anger management program on psychiatric inpatients. *Archives of psychiatric nursing*, 41, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.004>
- Kitt-Lewis, E., & Adam, M. T. (2025). Nurses' experiences and perspectives caring for people with substance use disorder and their families: A qualitative descriptive study. *International journal of mental health nursing*, 34(1), e13435. <https://doi.org/10.1111/inm.13435>
- Koenders, M. A., Mesman, E., Giltay, E. J., Elzinga, B. M., & Hillegers, M. H. J. (2020). Traumatic experiences, family functioning, and mood disorder development in bipolar offspring. *The British journal of clinical psychology*, 59(3), 277–289. <https://doi.org/10.1111/bjc.12246>
- Koenig, H. (2018). Religion and mental health: Research and clinical applications. *Academic Press*.
- Kourgiantakis, T. & Ashcroft, R. (2018). Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. *Journal of social work practice in the addictions*, 8(1), 19 - 53. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019433>
- Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 220–226. <https://doi.org/10.1080/13548500802459900>
- Lee, H., Lin, E., Chen, M., Su, T. & Chiang, L. (2016). Randomized controlled trial of a brief family centered care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12294>
- Lekoadi, R., Temane, M., Poggenpoel, M. & Myburgh, C. (2019). Lived experiences of family members caring for individuals living with bipolar disorder. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, vol. 21, nº 1, p.1-19. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/5819>

- Li, E., Yuan, Y., Li, Y., Sun, Y. & Sun, S. (2024) Meleis' transition theory and its application. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4964696> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4964696>
- Lisa R. Grinde; Barbara J. Myers. (1996). *Delivering family-focused and culturally competent services in early intervention*. 19(supp-S1), 169–0. [https://doi.org/10.1016/s0163-6383\(96\)90224-6](https://doi.org/10.1016/s0163-6383(96)90224-6).
- Lopes, J. (2022). A multiculturalidade e os desafios para a prestação de cuidados. *Jornal Açoriano Oriental*. Ordem dos Enfermeiros (Açores).
- Lopes, S. & Sousa, A. (2024). Relatório de migrações e asilo: 2023. AIMA I.P. – Agência para a Integração, Migrações e Asilo
- López-Rodríguez, M. M., Baldrich-Rodríguez, I., Ruiz-Muelle, A., Cortés-Rodríguez, A. E., Lopezosa-Esteba, T., & Roman, P. (2017). Effects of biodanza on stress, depression, and sleep quality in university students. *Journal of alternative and complementary medicine*, 23(7), 558–565. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0365>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Lu, S. M., Lin, M. F., & Chang, H. J. (2020). Progressive muscle relaxation for patients with chronic schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/ppc.12384>
- Luberto, C. M., Park, E. R., & Goodman, J. H. (2018). Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women. *Mindfulness*, 9(3), 850–859. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0825-8>
- Lucas B. (2023). Using reflection in nursing practice to enhance patient care. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 38(6), 44–49. <https://doi.org/10.7748/ns.2023.e11598>
- Martins, C.F. (2008). F-COPES - Family crisis oriented personal scales: estudo de validação para a população portuguesa. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/17368>
- Martins, M. (2002). Uma crise accidental na família. Formasau.

- Martins, T. & Borges, E. (2023). Saúde escolar – Intervenções de promoção da saúde. *Lidel – Edições Técnicas, Lda*.
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P. & Renca, P. (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Martland, R., Korman, N., Firth, J., & Stubbs, B. (2023). The efficacy of exercise interventions for all types of inpatients across mental health settings: A systematic review and meta-analysis of 47 studies. *Journal of sports sciences*, 41(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/02640414.2023.2207855>
- Mathew, S.C., Mathias, T. (2024). Unveiling the unseen: Exploring the lived experiences of family caregivers of young adults with chronic mental disorders: A Qualitative phenomenological study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Vol 18(2), LC20-LC26. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2024/66326.19059>
- Maybery, D., Jaffe, I., Cuff, R., Duncan, Z., Grant, A., Kennelly, M., Ruud, T., Skogoy, B., Weimand & Reupert, A. (2021). Mental health service engagement with family and carers: What practices are fundamental?. *BMC Health Services Research*. 21:1073, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07104-w>
- McCann, T.V., Polacsek, M. & Lubman, D. (2019). Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: A qualitative study. *Nordic College of Caring Science*. p. 902-91. <http://dor.org/10.1111/scs.12688>
- McCartan, C., Davidson, G., Donaghy, M., Grant, A., Bunting, L., Devaney, J., & Duffy, J. (2022). Are we starting to ‘think family’? Evidence from a case file audit of parents and children supported by mental health, addictions and children's services. *Child Abuse Review*, 31(3), Article e2738. <https://doi.org/10.1002/car.2738>
- McCarthy, J., Higgins, A., McCarthy, B., Flynn, A. V., & Gijbels, H. (2023). Family members' perspectives of hope when supporting a relative experiencing mental health problems. *International journal of mental health nursing*, 32(5), 1405–1415. <https://doi.org/10.1111/inm.13185>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). Theoretical basis for nursing. 5ª edição. Wolters Kluwer Health.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(6), 540–557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E., Luckstead, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2): 223-245. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>
- McLeish, J., Ayers, S., & McCourt, C. (2023). Community-based perinatal mental health peer support: A realist review. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 570. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05843-8>
- Mechanic, D., McAlpine, D.D & Rochefort, D.A. (1999). Mental health and social policy: Beyond managed care. 6ª edição. *Pearson*.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Harvard University Press.
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2021). Measuring positive mental health in the postpartum period: The bifactor structure of the mental health continuum-short form in portuguese women. *Assessment*, 28(5), 1434–1444. <https://doi.org/10.1177/1073191120910247>
- Monteiro, F., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2020). Be a mom's efficacy in enhancing positive mental health among postpartum women presenting low risk for postpartum depression: Results from a pilot randomized trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4679. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134679>
- Moorhead, S., Johnson, M., Swanson, E. & Maas, M. (2020). NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem. *Editora Guanabara Koogan Ltda*.
- Moratelli, J. A., Veras, G., Lyra, V. B., Silveira, J. D., Colombo, R., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2023). Evidence of the effects of dance interventions on adults mental health: A systematic review. *Journal of dance medicine & science: official publication of the International Association for Dance Medicine & Science*, 27(4), 183–193. <https://doi.org/10.1177/1089313X231178095>
- Narayanasamy A. (1999). Transcultural mental health nursing. 1: Benefits and limitations. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(10), 664–668. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.10.6605>
- Narayanasamy A. (1999). Transcultural mental health nursing. 2: Race, ethnicity and culture. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(11), 741–744. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.11.6592>

- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Nimtz, M., Tavares, A., Maftum, M., Ferreira, A., Borba, L. & Capistrano, F. (2014). Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. *Cogitare Enfermagem*, 19(4), 667-672 <https://doi.org/10.5380/ce.v19i4.35721>
- Ntsayagae, E. I., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2019). Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: A meta-synthesis. *Curationis*, 42(1), e1–e9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1900>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9. Repositório Científico de Acesso Aberto: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9215>
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza [ONLCP]. (2021). Boletim 7: A saúde mental em Portugal: Um breve retrato social e epidemiológico. Consultado em: <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAdede-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>
- O'Donnell, L., Weintraub, M., Ellis, A., Axelson, D., Kowatch, R., Schneck, C. & Miklowitz, D. (2020). A randomized comparison of two psicossocial interventions on family functioning in adolescents with bipolar disorder. *Family Process*, vol. 59, nº 2. <https://doi.org/10.1111/famp.12521>
- Olson D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 64–80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Ong, H. S., Fernandez, P. A., & Lim, H. K. (2021). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore medical journal*, 62(5), 213–219. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021057>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de comunitária– Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

- Ozkaya, M., Korukcu, O., & Aune, I. (2024). Transition to motherhood of puerperal women with preterm birth in a challenging lifetime: Transition theory-based study. *Research and theory for nursing practice*, 38(1), 72–90. <https://doi.org/10.1891/RTNP-2023-0016>
- Padmavathi, N., Gandhi, S., Manjula, M, Viswanath, B. & Jain, S. (2021) Family focused therapy for family members of patients with bipolar disorder: Case reports of its impact on expressed emotions. *Indian Journal of Psychological Medicine.*;43(3):261-264. <https://doi.org/10.1177/0253717620950253>
- Paninho, C., Silva, C., & Ramos, L. (2023). Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (30), 21-38. <https://doi.org/10.19131/rpesm.371>
- Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International journal of nursing knowledge*, 33(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da escala de auto-estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, 174-179.
- Pedro, V. (2016). A evolução do bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida conjugal na gravidez. (Tese de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Ciências da Vida – Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa). Repositório Científico Universidade Lusófona. <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/4f051a9d-eb24-4173-8ce0-728e1532d294/content>
- Perlick, D., Miklowitz, D., Lopez, N., Chou, J., Calvin, C., Adzhiasvili, V. & Aronso, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders – Na International Journal of Psychiatry and Neuosciences*, 12, p. 627-637. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x>
- Petkari,E., Kasellionyte, J., Altun, S. & Giacco, D. (2020). Involvement of informal carers in discharge planning and transition between hospital and community mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 00, 1-10. <https://doi.org/10.1111/jpm.12701>
- Petursdottir A. B., Sigurdardottir V., Rayens M. K., Svavarsdottir K. (2020). The impact of receiving a family-oriented therapeutic conversation intervention before and during bereavement among family cancer caregivers. A nonrandomized trial. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(5), 383–391. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000679>

- Phelan, S., & Sigala, N. (2022). The effect of treatment on insight in psychotic disorders - A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 244, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.05.023>
- Phillips, R.G., Durkin, M., Engward, H., Cable, G. & Iancu, M. (2021). The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: A scoping review. *Health Promotion International*, 38, 1-23. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac049>
- Piñar-Rodríguez, S., Puig-Llobet, M., Corcoles-Martínez, D., Tolosa-Merlos D, Leñero-Cirujano, M. & Rodríguez-Martín D. (2024). Percepción del uso del humor por parte de las enfermeras y pacientes en servicios de salud mental. *Metas Enfermería*. 27(1):35-44. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2024.27.1003082208>
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung numa amostra de população portuguesa - I. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 3, nº 4, p.191-202.
- Procuradoria-Geral da República (2023). Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. Lei da Saúde Mental. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Procuradoria-Geral da República. (2021). Decreto de Lei n.º 113/ 2021, de 14 de dezembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Ramos, D. (2021). A promoção da saúde da criança e família enquanto intervenção do enfermeiro especialista. (Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Instituto Superior de Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36828>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 – 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República 2ª Série, nº122/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento n.º 512/2018, de 7 de agosto. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, Série II, n.º 151, páginas 21427-21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

- Regulamento (UE) n.º 679/2016, de 27 de abril. Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados [RGPD] da União Europeia (UE). Ministério Público. Portugal. https://pgdilisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis
- Reppold, C., Kaiser, V., Zanon, C., Hutz, C., Casanova, J. & Almeida, L. (2019). Escala de satisfação com a vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 6(1), 15-23. <https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4617>
- Revell, S.M. & McCurry, M. K. (2021). Nursing science, mental illness, and the family: A conceptual framework to break the cycle of suffering. *Nursing Science Quarterly*. Vol. 34(1)59-66 <https://doi.org/10.1177/0894318420965230>
- Riðmayer, M., Kambeitz, J., Javelle, F., & Lichtenstein, T. K. (2024). Systematic review and meta-analysis of exercise interventions for psychotic disorders: The impact of exercise intensity, mindfulness components, and other moderators on symptoms, functioning, and cardiometabolic health. *Schizophrenia bulletin*, 50(3), 615–630. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae015>
- Rocelli, M., Aquili, L., Giovanazzi, P., Puecher, A., Goglio, M. & Faccio, E. (2024). ‘All about my ideal mental health service’: Users, family members and experts by experience discussing a co-designed service. *Health Expectations*. 27(2). e13999. <https://doi.org/10.1111/hex.13999>
- Rominov, H., Pilkington, P.D., Giallo, R. & Whelan, T.A. (2016). A systematic review of interventions targeting paternal mental health in the perinatal period. *Infant Mental Health Journal*. 37(3), 289-301. <https://doi.org/10.1002/imhj.21560>
- Rosenberg, M. (2021). Comunicação não-violenta: O segredo para comunicar com sucesso. *Alma Livros*.
- Rothausen, C. S., Clausen, A. M., Voltelen, B., & Dieperink, K. B. (2023). Protective buffering: nurses facilitating communication between adults with cancer and their adult family caregivers who overprotect one another—An integrative review. *Journal of Family Nursing*, 29(4), 417-436. <https://doi.org/10.1177/10748407231156454>
- Rottenberg, B. (2022). Bibliotherapy as an integrative psychotherapeutic channel. *Journal of Poetry Therapy*, 35(1), 27–41. <https://doi.org/10.1080/08893675.2021.2004371>
- Russell L. T. (2020). Capturing family complexity in family nursing research and practice. *Journal of family nursing*, 26(4), 287–293. <https://doi.org/10.1177/1074840720965396>

- Sagar, P. L. & Sagar, D. Y. (2018). Current state of transcultural nursing theories, models, and approaches. *Annual Review of Nursing Research*, 37(1):25-41. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.37.1.25>
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. D. C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). Evaluation of the psychometric properties of NOC outcomes "anxiety level" and "anxiety self-control" in a portuguese outpatient sample. *International journal of nursing knowledge*, 29(3), 184–191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P. & Lopes, S. (2023a). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Sampaio, F., Pereira, P., Castro, S., Morgado, T. & Lourenço, T. (2023b). Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental. Ordem dos Enfermeiros. *Ordem dos Enfermeiros*. (2023).
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Santi, D., Nogueira, I. & Baldissera, V. (2023). The Nola Pender model for adolescent health promotion: An integrative review. *Revista Min Enferm.*, 27, e1507. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2024). *Psiquiatria fundamental*. 2ª edição. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sari, A., Duman, Z.C. (2022). Effects of the family support and psychoeducation program based on the Calgary family intervention model on the coping, psychological distress and psychological resilience levels of the family caregivers of chronic psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing* (41). 1-10. <https://doi.org/j.apnu.2022.07.014>
- Sari, A., Duman, Z., & Gül, Y. (2023). Barriers to cooperation with family members in psychiatric care in Turkey: Perspectives of health professionals and family caregivers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 29(3), 194–203. <https://doi.org/10.1177/10783903211014928>
- Sarikaya, N., Oz, S. & Ozturk, S. (2021) Perceptions of loneliness and well-being of psychiatric patients' families. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57, p.1806-1811. <https://doi.org/10.1111/ppc.12753>
- Schub, T, Avital, O. & Hanson D. (2024). Bipolar disorder. CINAHL Nursing Guide. Consultado em: <https://web.p.ebscohost.com/nup/detail/detail?vid=0&sid=f9b1bbca-3956-4bc2-acc0->

[b12e911f8536%40redis&bdata=JnNpdGU9bnVwLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d&preview=false#AN=T700326&db=nup](https://doi.org/10.1111/acps.13569)

- Scott, K., Nunes, A., Pavlova, B., Meier, S. & Alda, M. (2023). Familial traits of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(2), p. 133–141. <https://doi.org/10.1111/acps.13569>
- Seabra, P. (2020). Os comportamentos aditivos e dependências: Um olhar sobre a complexidade do fenómeno e as intervenções de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (7), 6-8. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0240>
- Seabra, P., Simões, A., Sequeira, A., Amaral, P., Filipe, F., & Sequeira, R. (2021). Caracterização do cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), p. 75-91. <https://doi.org/10.19131/rpesm.311>
- Selotole, S., Temane, A. & Poggenpoel, M. (2022). Family members` experience of caring for a relative with substance-induced psychosis disorder. *Curationis*. 45(1), a2348. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2348>
- Sequeira, C. (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. *Lidel – Edições Técnicas, Lda*.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções. Lidel - edições técnicas, Lda.
- Shakeri, J., Farnia, V., Golshani, S., Rahami, B., Salemi, S., Hookari, S., Alikhani, M., & Abdoli, N. (2021). Mini mental state examination (MMSE) in substance users and non substance users: A comparison study. *Journal of Substance Use*, 26(1), 67–72. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1779360>
- Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(3), 277–290. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1617-8>
- Shorey, S. & Chan, V. (2020). Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 76(6), 1307-1319. <https://doi.org/10.1111/jan.14325>
- Silva, A. (2016). Estilos de vida em estudantes do ensino superior. (Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/24196>

- Silva, R.P. (2013). Dados valorizados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a prescrição de cinesiterapia respiratória na pessoa com DPOC. Tese de Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9421>
- Silva, T., Fernandes, A., Freitas, K., Santos, L., Costa, V. & Matumoto, S. (2023) Comportamento dos idosos para a promoção da saúde: análise segundo a teoria de Nola Pender. *Rev.Eletr.Enferm.* 25:74998, p.1-10. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.74998>
- Silva, A. & Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: Aplicação da Teoria de Nola Pender. *Texto Contexto Enferm.* 19(4), 745-753. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400018>
- Slep, A. M., Heyman, R. E., Lorber, M. F., Tiberio, S. S., & Casillas, K. L. (2021). Couples' anger dynamics during conflict: Interpersonal anger regulation, relationship satisfaction, and intimate partner violence. *Family Process*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/famp.12634>
- Smith, J., Ali, P., Birks, Y., Curtis, P., Fairbrother, H., Kirk, S., Saltiel, D., Thompson, J., & Swallow, V. (2020). Umbrella review of family-focused care interventions supporting families where a family member has a long-term condition. *Journal of advanced nursing*, 76(8), 1911–1923. <https://doi.org/10.1111/jan.14367>
- SNS <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/10/29/ministra-da-saude-no-lancamento-do-programa-be-a-mom/>
- Soklaridis, S., McCann, M., Waller-Vintar, J., Johnson, A., & Wiljer, D. (2019). Where is the family voice? Examining the relational dimensions of the family- healthcare professional and its perceived impact on patient care outcomes in mental health and addictions. *PloS one*, 14(4), e0215071. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215071>
- Stanley, S., & Balakrishnan, S. (2023). Informal caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia: determinants and predictors of resilience. *Journal of mental health*, 32(1), 198–205. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1952945>
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 118(1), 30–47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., Salum, G. A., & Schuch, F. B. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 249, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.020>

- Stueck, M., Kaloeti, D. V. S., Villegas, A., Utami, D. S. (2019). The influence of Biodanza and school of empathy verbal – respectful communication on the ability to express emotions and needs: a pilot study among adults in Indonesia. *Health Psychology Report*, 7(4), 334-340. <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.88665>
- Suarez, A., Lee, D. Y., Rowe, C., Gomez, A. A., Murowchick, E., & Linn, P. L. (2014). Freedom project: Nonviolent communication and mindfulness training in prison. *Sage Open*, 4(1). <https://doi.org/10.1177/2158244013516154>
- Svavarsdottir, E. & Gisladottir, M. (2018). How do family strenghts-oriented therapeutic conversations (FAM-STOC) advance psychiatric nursing practice? *Journal of Nursing Scholarship*. 51:2, 214-224. <https://doi.org/10.1111/jnu.12450>
- Sveinbjarnardottir, E. K., & Svavarsdottir, E. K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 126–132. <https://doi.org/10.1111/ppc.12329>
- Sveinbjarnardottir, E.K., Svavarsdottir, E. & Wright, L.M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 593-602. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). *LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda*.
- Townsend, M. C. (2015). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. *F.A. Davis Company*.
- Vargas, M., Ramírez, E., Salazar, M., Otálvaro, A., Bedoya, J., Morales, D., Cañas, L., & Agudelo, L. (2021). Emociones, creencias y actitudes de personal asistencial hacia habitantes de calle que usan drogas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(3), 344658–344659. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344658>
- Vitale, C., Rosa, R., Agosti, V., Siciliano, M., Barra, G., Maggi, G., & Santangelo, G. (2024). Effects of Biodanza® SRT on motor, cognitive, and behavioral symptoms in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled study. *Journal of personalized medicine*, 14(6), 588. <https://doi.org/10.3390/jpm14060588>
- Volpe, U., Torre, F., De Santis, V., Perris, F., & Catapano, F. (2015). Reading group rehabilitation for patients with psychosis: a randomized controlled study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 15–21. <https://doi.org/10.1002/cpp.1867>

- Vukeya, T., Temane, A., & Poggenpoel, M. (2022). Experiences of family members caring for a sibling with mental illness in Giyani, Limpopo. *Curationis*, 45(1), e1–e10. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2347>
- Wan, K. & Wong, M. (2019). Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal*, 49(1), 9–15. <https://doi.org/10.1111/imj.14166>
- Wang, Y., Chen, Y., & Deng, H. (2022). Effectiveness of family and individual-led peer support for people with serious mental illness: A meta-analysis. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 60(2), 20–26. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210818-01>
- Wehbe-Alamah H, Hammonds LS, Stanley D. (2020). Culturally congruent care from the perspectives of judaism, christianity, and islam. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(2):119-128. doi:[10.1177/1043659619900000](https://doi.org/10.1177/1043659619900000)
- Weisman de Mamani, A., Weintraub, M. J., Maura, J., Martinez de Andino, A., & Brown, C. A. (2017). Stigma, expressed emotion, and quality of life in caregivers of individuals with dementia. *Family process*, 57(3), 694– 706. <https://doi.org/10.1111/famp.12325>
- Wonders, L., Honey, A. Hancock, N. (2019). Family inclusion in health service planning and delivery: consumers` perspectives. *Community Mental Health Journal*. (56).318- 330. DOI[10.1007/s10597-018-0292-2](https://doi.org/10.1007/s10597-018-0292-2)
- Wong, O., Nguyen, T., Thomas, N. Thomas-Salo, F., Handrinis, D. & Judd F. (2016). Perinatal mental health: Fathers – the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(4), 247-255. <https://doi.org/10.1111/appy.12204>
- World Health Organization [WHO]. (2021). Guidance on community mental health services - Promoting person-centred and rights-based approaches. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2022a). Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization [WHO]. (2022b). World mental health report – Transforming mental health for all. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization [WHO]. (2022c). Mental Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wright, L.M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca LTDA.

- Xavier M., Barreto H., Cruz M., Domingos P., Gago J., Maia Correia T., Marques C., Marques M., Matos Pires A., Morgado P., Narigão M., Pereira S., Redondo J., Santos T., Vieira F., Sena & Silva F. (2024). A reforma da saúde mental em Portugal: três anos de transformação. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>
- Xavier, S., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). Be a mom: patterns of program usage and acceptability among women with low-risk and high-risk for postpartum depression. *Frontiers in global women's health*, 3, 841427. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.841427>
- Yacubian, J., Neto, F.L. (2001). Psicoeducação familiar. família, saúde e desenvolvimento (2001) 3(2). <https://doi.org/10.5380/fsd.v3i2.5047>
- Yayla K. (2019). Understanding the diffusion of theoretical knowledge in nursing: A citation analysis of Meleis's transition theory. *Florence Nightingale hemşirelik dergisi*, 27(3), 275–283. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2019.18028>
- Yuen, W.S., Lo, H.C., Wong, W.N. & Ngai, F.W. (2022). The effectiveness of psychoeducation interventions on prenatal attachment: A systematic review. *Midwifery*, 104,103184. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103184>
- Zhang Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 27(15-16), 3205–3224. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>
- Zhong, S., Yu, R., & Fazel, S. (2020). Drug use disorders and violence: Associations with individual drug categories. *Epidemiologic reviews*, 42(1), p. 103–116. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa006>
- Zhu, L., & Zheng, L. (2024). Influence of white sound on sleep quality, anxiety, and depression in patients with schizophrenia. *Noise & health*, 26(121), 97–101. https://doi.org/10.4103/nah.nah_116_23

ANEXOS

ANEXO I – Compilação dos construtos atuais relevantes para o Processo de Conceção de Cuidados de Enfermagem à Família

De modo a sustentar, teoricamente, a nossa prática clínica na abordagem à família nos estágios, procedemos a uma compilação e sistematização dos construtos atuais relevantes para o processo de conceção de cuidados de enfermagem à família, por parte do EEESMP, existentes na literatura atual. Para o efeito foi efetuada uma revisão da literatura com recurso à pesquisa nas bases de dados Medline Complete, Cinahl Complete através do agregador de bases de dados EBSCO, disponibilizado pela ESEP, taxonomia CIPE (ICNP browser, 2019) e em livros de especialidade de enfermagem disponíveis (Herdman et al., 2021, 2024; Carpenito, 2018; Moorhead et al., 2020; Butcher et al., 2020).

Nesta pesquisa foram considerados os diagnósticos de enfermagem: “Processo Familiar comprometido” (ICNP browser, 2019), “Processos familiares disfuncionais” (Herdman et al., 2021; Carpenito, 2018), “Processos familiares interrompidos”(Carpenito, 2018; ICN, 2019), “Processos Familiares prejudicados” (Herdman et al., 2024), “Síndrome de distúrbio na identidade familiar” (Herdman et al., 2021), “Padrão de interação Familiar interrompido” (Herdman et al., 2024), “*Coping* familiar comprometido” (Herdman et al., 2021; ICN, 2019) e “*Coping* familiar maladaptativo” (Herdman et al., 2024).

Simultaneamente, foram considerados os diagnósticos de Enfermagem no âmbito do Processo Familiar contemplados atualmente na Ontologia de Enfermagem.

No processo de conceção de cuidados à família, durante a avaliação inicial de Enfermagem, a colheita da história do indivíduo e/ou família, pode revelar fatores, populações e condições de risco, que orientem a pesquisa de dados. No Quadro 1, apresentado de seguida, estão agrupados os **fatores relacionados ou de risco associados à Família**, encontrados na nossa revisão, que aquando da colheita de dados, poderão suscitar ao EEESMP a eventual necessidade de intervenção familiar:

Quadro 1 – Fatores relacionados ou de risco associados à Família

Fatores relacionados ou de risco associados à Família	
➤ Estratégias de <i>coping</i> ineficazes ou inadequadas (Herdman et al., 2024; Carpenito, 2018) ➤ Diferentes estilos de <i>coping</i> pelo cliente e pessoa de suporte (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Preocupações da pessoa de apoio com questões de fora da família e situações coexistentes que afetam a pessoa de apoio (Herdman et al., 2021)	➤ Apoio social inadequado (Herdman et al., 2021) ➤ Comunicação ineficaz na família (Herdman et al., 2021) ➤ Stress excessivo (Herdman et al., 2021) ➤ Expectativas não realistas (Herdman et al., 2021) ➤ Gestão de regime terapêutico inconsistente entre membros (Herdman et al., 2021)

➤ Famílias com pessoa de apoio a vivenciar esgotamento da capacidade devido a doença prolongada (Herdman et al., 2021) ➤ Desorganização familiar (Herdman et al., 2021) ➤ Dificuldades na resolução de problemas ou Habilidades de resolução de problemas inadequadas (Herdman et al., 2024; Carpenito, 2018) ➤ Abuso de substâncias (Herdman et al., 2021; Carpenito, 2018) ➤ Doença mental (Carpenito, 2018) ➤ Função cognitiva comprometida (Carpenito, 2018) ➤ Vulnerabilidade percebida (Herdman et al., 2024) ➤ Mudança de condição financeira (Carpenito, 2018) ➤ Condição de sem-abrigo (Carpenito, 2018) ➤ Transição (Carpenito, 2018) ➤ Situação de crise (Carpenito, 2018) ➤ Mudança nos papéis familiares (Carpenito, 2018) ➤ Adição de novos membros na família (Carpenito, 2018) ➤ Relacionados ao tratamento (Carpenito, 2018) ● Rutura das rotinas familiares devido a tratamentos que demoram tempo ● Mudanças físicas devido a tratamentos de membro familiar doente na família ● Mudanças emocionais em todos os membros da família devido a tratamentos de membro doente na família ● Encargos financeiros dos tratamentos para membro doente na família e Hospitalização de membro doente na família. ➤ Situacionais (pessoais, ambientais) (Carpenito, 2018) ● Relacionado à perda de um membro familiar ● Relacionado ao acréscimo do novo membro ● Relacionado às perdas associadas ● Relacionado ao conflito – Moral, mental, cultural ● Relacionadas á quebra de confiança entre membros ● Relacionadas ao desvio social por elemento da família	➤ Perceção de perigo ao sistema de valores (Herdman et al., 2021) ➤ Relações familiares ambivalentes (Herdman et al., 2021) ➤ Valores incoerentes com as normas culturais (Herdman et al., 2021) ➤ Dificuldade em lidar com interação difícil com a comunidade (Herdman et al., 2024) ➤ Dificuldade em lidar com a mudança de papéis familiares (Herdman et al., 2024) ➤ Dificuldade me lidar com mudanças hierárquicas na família (Herdman et al., 2024) ➤ Dificuldade em lidar com a mudança de poderes dos membros familiares (Herdman et al., 2024) ➤ Dificuldade em lidar com a mudança de papel social dos membros familiares (Herdman et al., 2024) ➤ Stress excessivo (Herdman et al., 2024) ➤ Discriminação social percebida (Herdman et al., 2024) ➤ Violência comunitária não tratada (Herdman et al., 2024) ➤ Violência doméstica (Herdman et al., 2024) ➤ Emoções não expressas de forma crónica pela pessoa de suporte (Herdman et al., 2024) ➤ Relações familiares paradoxais e ambivalentes (Herdman et al., 2024) ➤ Discriminação social percebida (Herdman et al., 2021) ➤ Disfunção sexual (Herdman et al., 2021) ➤ Distúrbio dos rituais familiares (Herdman et al., 2021) ➤ Distúrbio dos papéis familiares (Herdman et al., 2021)
---	--

No Quadro 2, apresentado seguidamente, encontram-se detalhadas **as populações e condições de risco associados à Família.**

Quadro 2 – Populações e Condições de risco associadas à Família

Populações de Risco associadas à Família	
➤ Famílias com história de resistência ao regime de tratamento (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Famílias cujos membros tem história de Abuso de substâncias (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Famílias cujos membros têm predisposição genética a abuso de substâncias (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Famílias desfavorecidas economicamente ou em crise financeira (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Famílias com alteração do status social (Herdman et al., 2024) ➤ Família com membro que mora longe (Herdman et al., 2024) ➤ Famílias com membro vivenciando crise de desenvolvimento (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Famílias com membro vivenciando transição situacional (Herdman et al., 2024) ➤ Famílias com história de violência doméstica (Herdman et al., 2021)	➤ Famílias com membros privados de liberdade (Herdman et al., 2021) ➤ Família com membro que mora longe (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias com membro vivenciando alterações do estado de saúde (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias com membros desempregados (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias cujo membro tem disfunção da intimidade (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias cujo membro tem história de adoção (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias desfavorecidas economicamente (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias mosaico (Herdman et al., 2021) ➤ Famílias vivenciando infertilidade (Herdman et al., 2021)
Condições de risco associadas à Família	
➤ Atrasos no desenvolvimento (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Depressão (Herdman et al., 2021,2024) ➤ Disfunção de Intimidade (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Perturbações mentais (Herdman et al., 2024)	➤ Procedimentos cirúrgicos (Herdman et al., 2021, 2024) ➤ Regime de tratamento para a infertilidade (Herdman et al., 2021)

Uma tomada de decisão de enfermagem precisa e eficaz, deve assentar numa **atividade diagnóstica** rigorosa, preferencialmente com recurso a instrumentos de avaliação específicos e de recolha de dados. No âmbito da avaliação familiar, existem inúmeros instrumentos. Porém, conforme referido no corpo do trabalho, em alinhamento com o propósito do aplicação previsto para os estágios, optámos pela Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar Faces IV (Olson et al., 2006, adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017).

Outro instrumento que decidimos igualmente destacar neste ponto, por ter sido recentemente validado para a população portuguesa, é a Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ) (Sveinbjarnardottir et al., 2012, adaptado para a população portuguesa por Gouveia et al., 2024). Este instrumento também apresenta boas propriedades psicométricas, com evidência de validade e fidelidade adequadas no contexto nacional, demonstrando-se um instrumento fiável para a avaliação do funcionamento familiar expressivo em Portugal. No entanto, como o seu estudo de validação foi direcionado a famílias de PNCSM, mais especificamente diagnóstico médico de

depressão, existem questões sobre a sua aplicabilidade transversal nos diferentes contextos clínicos onde nem sempre está presente um familiar com diagnóstico formal de perturbação mental. Além disso, o ICE-EFFQ foca-se principalmente na comunicação emocional e verbal, permitindo uma avaliação menos abrangente

Desta atividade diagnóstica resulta um conjunto de dados. Compete ao EEESMP proceder à organização e sistematização destes dados recolhidos, de modo a possibilitar uma interpretação fundamentada e criteriosa dos **dados relevantes**, afastando qualquer hipótese de interferência de interpretações pessoais (J. C. Carvalho, 2012). Os dados e características definidoras encontradas na nossa revisão, encontram-se organizados no Quadro 3:

Quadro 3 – Dados e Características definidoras para Diagnóstico de Enfermagem Familiar

Dados e Características definidoras para Diagnóstico de Enfermagem Familiar	
➤ O sistema familiar não se adapta à crise ou etapa de transição, de forma construtiva. (Carpenito, 2018 & Herdman et al., 2021) ➤ O sistema familiar não tem comunicação franca e eficaz entre os seus membros. (Carpenito, 2018 & Herdman et al., 2021). ➤ O sistema familiar não consegue atender às necessidades físicas, emocionais e espirituais de todos os seus membros (Carpenito, 2018 & Herdman et al., 2021). ➤ O sistema familiar não aceita ou não expressa uma ampla gama de sentimentos. (Carpenito, 2018 & Herdman et al., 2021) ➤ O sistema familiar não procura ou aceita ajuda de forma adequada. (Carpenito, 2018 & Herdman et al., 2021). ➤ O sistema familiar relata isolamento de recursos comunitários. (Herdman et al., 2021) ➤ Satisfação familiar alterada. (Herdman et al., 2021) ➤ Comportamentais (Carpenito, 2018; Herdman et al., 2021, 2024): ● Expressão inadequada da raiva; ● Abuso verbal de pai/mãe, parceiro e /ou filhos; ● Compreensão ou conhecimento inadequado sobre abuso de substâncias; ● Abuso de substâncias; ● Ocasões especiais centradas no abuso de substâncias; ● Agitação psicomotora e atenção alterada; Racionalização; ● Padrão de comunicação alterado e/ou controlador; Comunicação contraditória e paradoxal; ● Manipulação;	➤ Papéis e relacionamentos (Carpenito, 2018; Herdman et al., 2021, 2024): ● Problemas familiares crónicos; ● Relações familiares alteradas e/ou deterioradas; ● Paternidade/ Maternidade inconsistentes; ● Padrões de rejeição; ● Dinâmica familiar perturbada; ● Sistemas fechados de comunicação; ● Relações familiares triangulares; ● Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando um crescimento e amadurecimento mútuo; ● Habilidades de relacionamento inadequadas; ● Negação familiar; ● Problemas conjugais; ● Comunicação ineficiente com o parceiro; ● Disfunção da intimidade; ● Rutura dos papéis familiares; ● Falta de coesão familiar; ● Rituais familiares interrompidos ou ausência de rituais familiares; respeito inadequado da família pela individualidade e autonomia dos seus membros; ● Comunicação sexual e individualidade diminuídas; ● Perceção de apoio dos membros inadequado; ● Padrão de rejeição e negligência das obrigações. ➤ Abandono do cliente (Herdman et al., 2021., 2024). ➤ Cliente queixa-se da resposta da pessoa de apoio a um problema de saúde (Herdman et al., 2021). ➤ Cliente relata preocupação com a resposta da pessoa de apoio a um problema de saúde (Herdman et al., 2021).

● Negação dos problemas; ● Solução ineficaz de problemas; ● Comportamentos de culpabilização e Autojulgamento rígido; ● Evitação ou escalada de conflito; ● Lutas de Poder; ● Dificuldade em divertir-se; ● Incapacidade para atender às suas próprias necessidades emocionais; ● Não cumprimento de promessas e Mentira; ● Recusa de autorresponsabilização; ● Procura por autoafirmação; ● Falta de confiabilidade; ● Críticas a outros; ● Perturbações no desempenho académico. ➤ Sentimentos / Emocionais (Carpenito, 2018; Herdman et al., 2021, 2024): ● Desesperança; ● Raiva e Tensão; ● Infelicidade; Frustração; ● Ressentimento persistente; ● Medo e insegurança; ● Culpa, Vergonha e/ou constrangimento; ● Sentimento de impotência e sentir-se incompreendido; ● Isolamento emocional; ● Baixa autoestima, desvalorização e sensação de fracasso; ● Vulnerabilidade; ● Emoções reprimidas; ● Ansiedade; ● Desconfiança dos outros; ● Solidão; ● Sentir-se diferente dos outros; ● Falta de identidade; ● Perda e sentimento de abandono; ● Luto comprometido; ● Depressão; ● Hostilidade, Oscilações de Humor; ● Controle emocional pelos outros; ● Insatisfação; ● Confusão; ● Não se sentir amado.	➤ Comportamentos agressivos (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Desconsideração pelas necessidades do cliente (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Desconsideração pelas relações familiares (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Dificuldade em estruturar uma vida com sentido (Herdman et al., 2021 & Herdman et al., 2024). ➤ Foco exagerado e comportamento protetor prolongado da pessoa de apoio incoerente com a necessidade de autonomia e habilidades do cliente (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Habilidades inadequadas de tolerar o cliente (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Hostilidade (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Imitação inconsciente dos sintomas da doença do cliente (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Individualismo prejudicado e perda de independência (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Negligência do regime terapêutico (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Limitação na comunicação entre a pessoa de apoio e o cliente (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Realidade distorcida sobre o problema de saúde do cliente (Herdman et al., 2021, 2024). ➤ Sintomas depressivos e/ ou Sintomas psicossomáticos (Herdman et al., 2021., 2024)
--	--

O próximo passo do Processo de Enfermagem consiste em definir os **critérios de resultado esperados**.

Para tal, uma das possibilidades, baseada numa linguagem sistematizada para a identificação de resultados esperados e avaliação dos resultados obtidos são os Indicadores de Resultado definidos na Classificação de Resultados NOC (Moorhead et al., 2020). Estes representam características observáveis no cliente, família ou comunidade, que podem ser afetadas pelos cuidados de enfermagem sendo, portanto, sensíveis aos mesmos.

Alguns dos Indicadores de resultados NOC mais relevantes no âmbito da intervenção familiar são: “Funcionamento Familiar”, “Resiliência Familiar” e “*Coping* Familiar”, tendo recaído a nossa escolha ao longo do estágio sobre estes indicadores.

Na sequência prevista no Processo de conceção de cuidados de Enfermagem à família, segue-se, neste ponto, o processo de **diagnóstico diferencial** de enfermagem, que consiste na escolha criteriosa do diagnóstico mais adequado para a família, com base na análise dos dados disponíveis e sustentado pelas terminologias e critérios definidos pelas diferentes taxonomias e modelos teóricos (R. P. Silva, 2013). De modo a possibilitar ao EEESMP um diagnóstico diferencial aprimorado, no âmbito da abordagem à família como cliente de cuidados, apresentamos detalhados no Quadro 4, os diagnósticos de enfermagem identificados na literatura, com base nas diferentes taxonomias de Enfermagem

Quadro 4 – Diagnósticos de Enfermagem no âmbito da Família

Diagnósticos de Enfermagem no âmbito da Família	
➤	Processo familiar
•	disfuncional (Herdman et al., 2021 & Carpenito, 2018)
•	interrompido (Carpenito, 2018, Herdman et al., 2021 & ICN, 2019)
•	comprometido (ICN, 2019)
•	prejudicado (Herdman et al., 2024)
•	disfuncional com abuso de álcool (ICN, 2019)
➤	<i>Coping</i> familiar
•	maladaptativo/ prejudicado (Herdman et al., 2021, 2024)
•	comprometido (ICN, 2019)
➤	Padrão de interação Familiar interrompido (Herdman et al., 2024)
➤	Síndrome de distúrbio na identidade familiar (Herdman et al., 2021)
➤	Luto familiar (ICN, 2019)

No que se refere à Ontologia de Enfermagem, conforme descrito no corpo do relatório, ainda não se encontram integrados a totalidade dos conteúdos no que respeita à família como cliente de cuidados nesta representação formal do conhecimento de enfermagem (Bastos et al., 2022).

Assim os autores, no âmbito da família, identificaram e formalizaram apenas alguns domínios: Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado, preparação da família para a chegada do recém-nascido e planeamento familiar. Foi, igualmente, consensualizado pelos mesmos o enquadramento da família na Ontologia de Enfermagem, como Processo Familiar, um nó conceptual que inclui outros diversos domínios, embora com menor nível de abstração. Para cada um desses domínios foram especificadas três classes de informação que estruturam o processo de tomada de decisão dos enfermeiros: dados, diagnósticos e intervenções de

enfermagem. Estes refletem e evidenciam os achados e aparentes tendências atuais do que é a Enfermagem na abordagem à família, no que se refere aos aspetos de decisão autónoma dos enfermeiros (Bastos et al., 2022).

Os Diagnósticos de Enfermagem do âmbito do PF, representados na Ontologia de Enfermagem (OE, 2025), encontram-se sumarizados no Quadro 5, que apresentamos de seguida:

Quadro 5 – Diagnósticos de Enfermagem no âmbito do Processo Familiar, representados na Ontologia de Enfermagem (OE, 2025)

Diagnósticos de Enfermagem no âmbito do Processo Familiar, representados na Ontologia de Enfermagem (OE, 2025)	
➤	Potencial da família para melhorar os processos familiares de organização doméstica.
➤	Potencial da família para melhorar o significado atribuído aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica.
➤	Potencial da família para melhorar acesso a serviços comunitários de apoio à organização doméstica.
➤	Potencial da família para melhorar o apoio do cuidador.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da acessibilidade ao edifício residencial.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da mobilidade no edifício residencial.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre organização do domicílio para facilitar autocuidado.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente.
➤	Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar.
➤	Potencial da família para melhorar o significado atribuído ao papel de cuidador.
➤	Potencial da família para melhorar significado atribuído ao apoio social para o exercício do papel de cuidador.
➤	Potencial da família para melhorar significado atribuído ao apoio social para o exercício do papel de cuidador.
➤	Potencial da família para melhorar o apoio ao cuidador.
➤	Potencial da família para melhorar o conhecimento sobre o problema comportamental do familiar.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias de gestão de problema comportamental do familiar.
➤	Potencial da família para melhorar conhecimento sobre apoio social face ao problema comportamental do familiar.

- Potencial da família para melhorar acesso ao apoio social face ao problema comportamental do familiar.
- Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido
- Potencial da família para melhorar o significado atribuído à chegada do recém-nascido.
- Potencial da família para melhorar conhecimento sobre planeamento familiar.

Segundo J. C. Carvalho (2012, p. 56), a **intervenção de enfermagem** corresponde a uma ação implementada pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com o objetivo de facilitar os processos de transição vivenciados pelo cliente e/ou família, seja através do alívio de sintomas ou do fortalecimento das suas capacidades para enfrentar a situação vivida.

Assim, perante um diagnóstico de enfermagem no âmbito da família, o EEESMP avalia qual o nível de intervenção familiar necessário e opta pela modalidade de intervenção que considere mais ajustada a cada contexto e/ ou necessidade específica da família (Sequeira & Sampaio, 2020). As intervenções de enfermagem implementadas pelo EEESMP englobam, portanto, tanto as intervenções previstas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) como outras intervenções complexas, inerentes ao seu âmbito de atuação específico.

No que se refere às intervenções complexas que desenvolve, incluem-se as Intervenções de Promoção da LSM, as Intervenções Psicoeducativas Familiares, a Intervenção Promotora do Processo Familiar, descritas no corpo do relatório, bem como outras que não foram alvo de aprofundamento neste trabalho como, por exemplo, a Intervenção em crise (Carvalho et al., 2020, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020, p.161).

Conclui-se que a conceção de cuidados na abordagem à família, independentemente dos diferentes construtos existentes, privilegia uma abordagem holística e integrada, que visa fortalecer os processos familiares e contribuir para um equilíbrio que transcende o individual, alcançando o bem-estar coletivo.

ANEXO II – Tabela de Conceptualização dos diagnósticos relacionados ao Processo Familiar nas diferentes taxonomias de Enfermagem

PROCESSO FAMILIAR	Interrompido	ICN <i>browser</i> (2019) - “família está incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas, há alteração do papel da família; falta de objetivos da família; indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões e stress”
		Carpenito (2018, p. 405) - “um estado em que a família que costuma dar apoio experimenta, ou está em risco de experimentar, um <i>stressor</i> que desafie seu funcionamento antes eficaz”
		Herdman et al. (2021, p.334) - “rutura na continuidade do funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar dos seus membros”
	Comprometido	ICN <i>browser</i> (2019) - “família é incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas. Verifica-se alteração do papel da família; falta de objetivos da família; indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stress”
	Disfuncional	Carpenito (2018, p.331) - “as funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas e a uma série de crises que se autoperpetuam”
		Herdman et al. (2021, p. 335) - “funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar dos seus membros”
	Prejudicado	Herdman et al. (2024, p. 457) - “as relações familiares falham no suporte do bem-estar dos seus membros”
Padrão de Interação Familiar Interrompido		Herdman et al. (2024, p. 458) - “a organização e estrutura familiar falha no suporte do bem-estar dos seus membros”

ANEXO III – Quadro resumo das características, vantagens e desvantagens nos diferentes formatos de Intervenção familiar

	IGF (Intervenções em grupo de Familiares)	IUF (Intervenções com uma família)	IGMF (Intervenções com grupos de Famílias)
Características	• Um ou dois terapeutas reúnem-se com familiares de vários doentes. • Foco no componente pedagógico, de suporte emocional ou misto.	• Um ou dois terapeutas reúnem-se com a família, incluindo o doente. • Foco geralmente pedagógico contemplando a aquisição, de perícias comunicacionais e resolução de problemas/ gestão de “stress”	• (Geralmente) dois terapeutas reúnem-se com várias famílias, incluindo o doente. • Foco geralmente pedagógico, incluindo a aquisição, de perícias de comunicação e de resolução de problemas/ gestão do “stress”. • Incidência direta em redes sociais de suporte
Vantagens	• Abordam diretamente as necessidades dos Familiares da Pessoa doente. • Permitem trabalhar quando o doente recusa tratamento	• Abordam as necessidades de todos os membros da família. • Efetividade documentada no curso clínico da esquizofrenia.	• Abordam as necessidades de todos os membros da família • Boa relação custo-benefício • Efetividade documentada no curso clínico da Esquizofrenia
Desvantagens	• Fracas taxas de adesão • Não parecem modificar o curso clínico da esquizofrenia.	• Exigem flexibilidade no agendamento. • Sessões preferencialmente domiciliárias.	• A adesão pode ser mais difícil que uma IUF.

Adaptação da tabela de Gonçalves Pereira, et al. ,2006 – Intervenções Familiares na Esquizofrenia

ANEXO IV – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Eu, _____ (nome completo do participante), entendi a explicação sobre a minha participação na intervenção proposta. Esclareci todas as dúvidas que considerei importantes e obtive respostas apropriadas.

Fui informado(a) sobre o tipo de intervenção, os objetivos, a metodologia utilizada, os benefícios antecipados, potenciais riscos e possíveis desconfortos relacionados. A participação é totalmente voluntária, sendo ressaltado que tenho direito a recusar a minha participação a qualquer momento sem sofrer qualquer prejuízo pessoal. A confidencialidade e o sigilo profissional em relação a todas as informações serão garantidos em todo o processo.

O tratamento dos dados está garantido e protegido e a participação é anónima. Todas as informações recolhidas durante a intervenção serão mantidas em sigilo e utilizadas exclusivamente para fins académicos. Os resultados serão divulgados de forma a garantir o anonimato dos participantes.

Desta forma, procedo ao meu consentimento para a realização da intervenção proposta.

DATA: _____ de _____ (mês), de _____ (ano)

Assinatura do utente: _____

Consentimento informado segundo a "Declaração Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996 e Edimburgo, 2000)

ANEXO V – Planos de Sessão da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de Internamento

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR Unifamiliar				
		Sessão 1 – ENTREVISTA FAMILIAR INICIAL				
		Avaliação Familiar Diagnóstica, baseada no MCAF				
Data		30/09/2024	Horário	15:30h	Local	Serviço de Internamento
Realizada por		● Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ● Enfermeira Tutora				
Objetivos Gerais		● Promover o envolvimento e suporte familiar. ● Promover Funcionamento familiar efetivo, ● Promover a Resiliência familiar. ● Melhorar a Comunicação familiar. ● Minimizar os efeitos disruptivos do PF desencadeados pela transição saúde-doença e transição situacional provocada pelo internamento.				
Recursos		● Físicos: Gabinete, ambiente acolhedor ● Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação		● Questionário sócio-demográfico. ● Indicador NOC “Funcionamento Familiar” ● Indicador NOC “Resiliência Familiar” ● Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
		Conteúdos programáticos				Metodologia
Fase Inicial	10 min	● Acolhimento da Família. ● Iniciar aliança terapêutica e de confiança. ● Estabelecer <i>rapport</i> . ● “Quebra-Gelo”. ● Garantir sigilo e confidencialidade. ● Informar família sobre a Intervenção, objetivos e enquadramento académico da mesma. ● Solicitar assinatura do Consentimento Informado. ● Avaliar humor através da descrição subjetiva dos elementos familiares. ● Mostrar disponibilidade e interesse. ● Explicar os papéis assumidos, salientando o papel principal e ativo da Família e a importância da participação ativa e envolvimento. ● Explicar estrutura prevista para a sessão. ● Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida.				Expositiva Interrogativa Participativa
		Fase Intermédia	40 min	➤ Realizar AVALIAÇÃO FAMILIAR DIAGNÓSTICA . ○ Incentivar a Família a expressar abertamente os seus sentimentos e narrativas pessoais, ao longo da sessão. ○ Encorajar a comunicação aberta entre os membros da família. ○ Escuta ativa. ○ Iniciar a colheita de dados: ○ Solicitar preenchimento de: ○ Questionário sócio-demográfico. ○ Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV, por cada elemento familiar. ● Avaliação Familiar (baseado no MCAF) – caracterização da família: ○ Estrutural		

		○ Desenvolvimento ○ Funcional ● Elaborar de genograma e ecomapa familiar, em conjunto com a família. ● Explorar valores e aspirações pessoais e conjuntos dos membros familiares. ● Identificar os valores e referências estruturantes da família. ● Explorar a compreensão de cada elemento do evento disruptivo (transição saúde-doença), complementando a informação que a família necessitar. ● Caracterizar com a família o PF relacionado com as suas vontades, dificuldades e formas de responder às situações de saúde/ doença. ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Avaliar a relevância da presença de intervenção e apresentar as primeiras impressões do Diagnóstico de Enfermagem. ● Clarificar e negociar com a família a definição dos seus objetivos (realistas) para a intervenção. ● Negociar e assinar Contrato terapêutico. ● Negociar um Plano para a ação.	
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. ● Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e eventuais conquistas alcançadas durante a sessão. ● Solicitar feedback da sessão. ● Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos no contrato terapêutico. ● Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR Unifamiliar SESSÃO 2 Intervenção Familiar, baseada no MCIF			
Data	03/10/2024	Horário	14:30h	Local	Serviço de Internamento Regime ambulatório
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar acerca da PAB e recursos comunitários. - Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição/situação saúde-doença e situacional (internamento hospitalar + alta hospitalar)				
Recursos	- Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador NOC “Resiliência Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
Conteúdos programáticos					Metodologia
Fase Inicial	10 minutos	- Acolhimento da Família. - Restabelecer rapport e confiança. “Quebra-Gelo”. - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO – Uso de estratégias de coping/ autocuidado mental por parte dos elementos familiares: conquistas, barreiras - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Validar e normalizar respostas emocionais dos membros. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	INTERVENÇÃO FAMILIAR, baseada no MCIF: - Monitorizar as preocupações pessoais dos diferentes elementos da família relacionadas com a proximidade da Alta clínica do elemento familiar internado (dia seguinte). - Encorajar a comunicação e partilha aberta entre os membros da família. - Escuta ativa. - Utilizar, estrategicamente, Silêncio e PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO para promover a partilha e comunicação efetiva entre membros. - Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos. - Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias. - Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

	<u>COGNITIVO</u> ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Elogiar as Forças da família e seus membros. ● Oferecer informações e opiniões: ➤ Intervenção PSICOEDUCATIVA breve: ○ Ensinar sobre Psicopatologia e sintomatologia da PAB. ○ Ensinar sobre fatores de risco e protetores relativamente à PAB, referindo o modelo de vulnerabilidade-stress e salientando os fatores de risco (stress profissional, uso de substâncias - canábis) e protetores relacionamentos sociais favoráveis e apoio familiar. ○ Ensinar sobre evidência científica da existência NEGAÇÃO / ausência de <i>Insight</i> em fase aguda de doença, especialmente no caso de experiências familiares da doença: por motivos de experiências traumática vivenciadas\ existência de crenças/ significado negativo atribuído à patologia. ○ Apresentar Recursos Comunitários: Associação de Apoio aos doentes depressivos e Bipolares – delegação PORTO ○ Consciencializar para o padrão de comunicação actual e sensibilizar para um padrão de comunicação mais eficaz. <u>AFETIVO</u> ● Validar ou normalizar respostas emocionais ➤ Explicar que muitas vezes as famílias se sentem fora de controle e aterrorizadas por algum tempo, após evento crítico (saúde-doença) e reforçar que isso é normal e que muitas vezes, no devido tempo, ajustam, aprendem e criam formas de enfrentar a situação. ➤ Validar emoções fortes, para tranquilizar e promover a esperança. ● Incentivar as Narrativas da Doença, vivências pessoais: ➤ Apoiar na criação de um contexto que proporcione a partilha de experiências relacionadas com a doença entre os membros da família, legitimando emoções intensas. ➤ Encorajar a fazer narrativas das doenças, que não se limitem à história clínica e de sofrimento, mas também a histórias de pontos fortes e tenacidade. ➤ Incentivar a expressão do impacto da doença sobre a família e a influência desta sobre a doença, sob a perspetiva de cada elemento, promovendo a validação das experiências. Estimular Suporte Familiar: ➤ Incentivar e auxiliar os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos. ➤ Assistir/ Capacitar os membros a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. ➤ Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e resiliência e mobilizáveis para o momento presente. <u>COMPORTAMENTAL</u> ➤ Incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los: ➤ Incentivar os familiares a criarem <i>um plano de cuidados após alta da cliente</i>: Questionar as necessidades (físicas e emocionais) de cada membro. ➤ Assistir os membros da família na criação do PLANO DE CUIDADOS: na definição das tarefas, definição de horários e estratégias facilitadoras, de modo que todos os membros consigam cuidar-se e cuidar o outro, após a alta hospitalar e até à próxima sessão. (Medicação, Refeições, outras ajudas) ● Incentivar familiares a procurarem ajuda profissional no caso de necessidade. ➤ Incentivar o descanso: ● Incentivar o planeamento de pausas e momentos de autocuidado, de acordo com a preferência de cada um, para cada um dos elementos. ➤ Planear rituais: ● Incentivar a manutenção de rotinas, rituais em conjunto, significativos para os elementos familiares.	
--	--	--

		• Incentivar a manutenção de momentos de partilha e comunicação e momentos de decisão (incentivar a negociação e balancear os prós e contras em cada decisão para os elementos envolvidos) • Definir um Plano para a ação: ➢ Assistir na definição de três momentos/ rituais conjuntos, significativos para a família e avaliar o grau de compromisso/ possíveis barreiras e/ou dificuldades. ➢ Incentivar a família a encontrar estratégias para contornar dificuldades.	
Fase Final	10 min	• Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. • Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. • Solicitar feedback da sessão. • Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos dos PLANOS DE AÇÃO. • Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR (Unifamiliar) SESSÃO 3 Intervenção Familiar, baseada no MCIF			
Data	10/10/2024	Horário	10:30h	Local	Serviço de Internamento Regime ambulatorio
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar acerca da PAB e recursos comunitários. - Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição/situação saúde-doença e situacional (internamento hospitalar + alta hospitalar)				
Recursos	- Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC "Funcionamento Familiar" - Indicador NOC "Resiliência Familiar" - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
Conteúdos programáticos					Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Restabelecer rapport e confiança. "Quebra-Gelo". - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO – Plano de Cuidados + Plano de Rituais familiares: conquistas /barreiras - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Validar e normalizar respostas emocionais dos membros. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	INTERVENÇÃO FAMILIAR, baseada no MCIF: - Monitorizar as preocupações pessoais dos diferentes elementos da família relacionadas com o regresso a casa ou outras situações indutoras de preocupação. - Encorajar a comunicação e partilha aberta entre os membros da família. - Escuta ativa. - Utilizar, estrategicamente, Silêncio e PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO para promover a partilha e comunicação efetiva entre membros. - Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos. - Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias. - Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família. COGNITIVO - Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. - Elogiar as Forças da família e seus membros.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

	● Oferecer informações e opiniões: ➤ Intervenção PSICOEDUCATIVA breve: ○ Consciencializar para a presença de padrão circular de comunicação mãe-filha, EE e Estigma Familiar presente no seio familiar. ○ Ensinar sobre a relação entre a qualidade da comunicação familiar e o funcionamento familiar para melhorar a empatia, resiliência familiar e maior coesão entre os membros. ○ Ensinar sobre Técnicas de Comunicação Assertiva e Não Violenta (Rosenberg, 2021). ○ Ensinar sobre estratégias de <i>coping</i> de combate ao estigma. <u>AFETIVO</u> ● Validar ou normalizar respostas emocionais ➤ Explicar que muitas vezes as famílias se sentem fora de controle e aterrorizadas por algum tempo, após evento crítico (saúde-doença) e reforçar que isso é normal e que muitas vezes, no devido tempo, ajustam, aprendem e criam novas maneiras de enfrentar a situação. ➤ Validar emoções fortes, para tranquilizar e promover a esperança. ● Incentivar as Narrativas da Doença, vivências pessoais: ➤ Apoiar na criação de um contexto que proporcione a partilha de experiências relacionadas com a doença entre os membros da família, legitimando emoções intensas. ➤ Encorajar a fazer narrativas das doenças, que não se limitem à história clínica e de sofrimento, mas também a histórias de pontos fortes e tenacidade. ➤ Incentivar a expressão do impacto da doença sobre a família e a influência desta sobre a doença, sob a perspetiva de cada elemento, promovendo a validação das experiências. Estimular Suporte Familiar: ➤ Incentivar e auxiliar os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos. ➤ Assistir/ Capacitar os membros a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. ➤ Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e resiliência e mobilizáveis para o momento presente. <u>COMPORTAMENTAL</u> ➤ Realizar exercício baseado na técnica comportamental de <i>ROLE-PLAY</i> (troca de papéis) – para promover empatia e apoio mútuo. ➤ Incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los: ➤ Assistir a família no ajuste necessário ao <i>plano de cuidados após alta estabelecido</i>: definição de novas tarefas, definição de horários e estratégias facilitadoras (regime terapêutico, etc), de modo que todos os membros consigam cuidar-se e cuidar o outro, a curto e médio prazo. Questionar as necessidades (físicas e emocionais) de cada membro. ● Incentivar familiares a procurarem ajuda profissional, no caso de necessidade. ➤ Incentivar o descanso: ● Incentivar o planeamento de pausas e momentos de autocuidado, de acordo com a preferência de cada um, para cada um dos elementos. ➤ Planear rituais: ● Incentivar a manutenção de rotinas, rituais em conjunto, significativos para os elementos familiares. ● Incentivar a manutenção de momentos de partilha e comunicação e momentos decisão (incentivar a negociação e balancear os prós e contras em cada decisão para os elementos envolvidos) ● Definir um Plano para a ação: ➤ Assistir na definição de três momentos/ rituais conjuntos, significativos para a família e avaliar o grau de compromisso/ possíveis barreiras e/ou dificuldades. ➤ Incentivar a família a encontrar estratégias para contornar dificuldades.	
--	--	--

Fase Final	10 min	• Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. • Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. • Solicitar feedback da sessão. • Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos dos PLANOS DE AÇÃO. • Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa
-------------------	---------------	---	--

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR (Unifamiliar) SESSÃO 4 – Avaliação Final			
Data	16/10/2024	Horário	10:30h	Local	Serviço de Internamento Regime ambulatorio
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar acerca da PAB e recursos comunitários. - Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição/situação saúde-doença e situacional (internamento hospitalar + alta hospitalar)				
Recursos	- Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador NOC “Resiliência Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
		Conteúdos programáticos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Restabelecer <i>rappor</i>t e confiança. - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO. - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	- Estabelecer a “ponte” entre o início da intervenção e o momento atual: os novos recursos/ estratégias, as conquistas, as dificuldades superadas e a melhoria de bem-estar individual e familiar; - Enfatizar a maior consciencialização acerca do problema e a competência adquirida da família, através de exemplos efetivos; - Ajudar a família na gestão de expectativas e antecipar possíveis momentos de retrocesso temporários; - Explicar que se trata de um processo contínuo. - Relembrar todas as estratégias, técnicas comunicacionais e de resolução de conflito aprendidas e relembrar conteúdos ensinados; - Informar que devem recorrer a ajuda adicional, nomeadamente profissional de saúde mental, se necessário; - Analisar os objetivos familiares definidos na sessão 1 e avaliar seu atingimento/superação – ganhos em saúde; - Realçar a diferença (positiva entre os dois momentos) e as conquistas. Elogiar as forças da família.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

		Solicitar novo preenchimento da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar - FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017). e preencher novamente indicadores NOC selecionados.	
Fase Final	10 min	- Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. - Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. - Solicitar feedback da sessão. - Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos dos PLANOS DE AÇÃO. - Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/Ativa

ANEXO VI - Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de Internamento

Tabela 1 – Tabela comparativa dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – Faces IV pré-intervenção (avaliação inicial) e pós-intervenção (avaliação final)

Resultados na Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Filha (PNCSM)		
Coesão	82	82
Flexibilidade	36	58
Desagregada	13	15
Aglutinada	90	60
Rígida	70	26
Caótica	80	60
Rácio de Coesão	1,59	2,18
Rácio de Flexibilidade	0,48	1,35
Rácio Total	1,04	1,77
Escala de Comunicação	Percentil 10 » 1	Percentil 32 » 2
Escala de Satisfação	Percentil 10 » 1	Percentil 23 » 2
Mãe		
Coesão	62	70
Flexibilidade	40	64
Desagregada	34	26
Aglutinada	26	34
Rígida	34	32
Caótica	64	50
Rácio de Coesão	2,06	2,33
Rácio de Flexibilidade	0,81	1,56
Rácio Total	1,44	1,95
Escala de Comunicação	Percentil 28 » 2	Percentil 65 » 4
Escala de Satisfação	Percentil 15 » 1	Percentil 40 » 3
Pai		
Coesão	50	65
Flexibilidade	36	58
Desagregada	34	20
Aglutinada	20	20
Rígida	26	26
Caótica	60	40
Rácio de Coesão	1,85	3,25
Rácio de Flexibilidade	0,84	1,76
Rácio Total	1,35	2,5
Escala de Comunicação	Percentil 14 » 1	Percentil 44 » 3
Escala de Satisfação	Percentil 10 » 1	Percentil 25 » 2

Tabela 2 – Tabela comparativa dos resultados obtidos da aplicação dos indicadores de resultado NOC “Funcionamento Familiar” pré-intervenção (avaliação inicial) e pós-intervenção (avaliação final)

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Cuida dos membros dependentes.	4	5
Regula o comportamento dos membros.	2	4
Aloca responsabilidade entre os membros.	2	4
Mantém um núcleo estável de tradições.	1	3
Adapta-se às transições de desenvolvimento.	2	4
Adapta-se a crises inesperadas.	3	4
Obtém os recursos necessários para atender às necessidades dos membros.	3	4
Cria um ambiente onde os membros podem expressar abertamente os seus sentimentos.	2	4
Aceita a diversidade entre os membros.	4	4
Envolve os membros na resolução de problemas.	3	4
Envolve os membros na resolução de conflitos.	3	4
Membros recetivos a novas ideias.	2	4
Os membros desempenham o papel esperado.	2	4
Os membros apoiam-se mutuamente.	4	5
Os membros auxiliam-se mutuamente.	3	5
Os membros passam tempo juntos.	2	4
Os membros manifestam compromisso com a família.	2	4
Os membros expressam lealdade à família.	3	4
Os membros participam de atividades na comunidade.	2	4

Tabela 3 – Tabela comparativa dos resultados obtidos da aplicação dos indicadores de resultado NOC “Resiliência Familiar” pré-intervenção (avaliação inicial) e pós-intervenção (avaliação final)

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Resiliência Familiar” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Mobiliza-se rapidamente após a adversidade.	4	5
Propõe soluções práticas e construtivas para os desentendimentos.	2	4
Adapta-se à adversidade como desafios.	2	4
Tolera separações quando necessário.	3	5
Discute o significado da crise.	3	5
Expressa confiança na superação das adversidades.	2	4
Mantém valores, metas e sonhos.	3	4
Apoia os membros.	4	4
Coopera para enfrentar desafios.	2	4
Cuida dos membros.	3	4
Protege os membros.	3	3
Comunica-se claramente entre os membros.	1	3
Esclarece comunicação ambígua.	1	4
Utiliza estratégias de resolução de conflitos.	1	4
Compartilha o humor.	2	3
Relata a aprendizagem e o crescimento.	3	4
Mantém rotinas familiares habituais.	2	5
Prepara-se para desafios futuros.	2	4
Apoia a individualidade e a independência entre os membros.	2	3
Busca apoio emocional da família.	3	4
Busca apoio emocional de amigos.	3	4
Utiliza recursos da comunidade para a assistência.	3	4
Utiliza grupos comunitários de apoio emocional.	2	4
Ajusta horários para apoiar e ajudar os membros.	4	5
Utiliza a equipa de saúde para obter informações e assistência.	3	5

ANEXO VII – Apresentação *Power-Point* da Intervenção Psicoeducativa no Grupo de Ajuda Mútua



BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

- Os Cuidadores Familiares → assumem, em primeira linha, o papel de cuidador do seu familiar com necessidades de cuidados em Saúde Mental.
- Os cuidadores atribuem diferentes significados à tarefa de cuidar de um familiar (Philips et al., 2021)



BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

- A prestação de cuidados pode transformar-se num Processo desafiante a nível físico, mental e provocar uma MONTANHA-RUSSA EMOCIONAL.



- Há evidência de que os Cuidadores Familiares têm risco acrescido de **NEGLIGENCIAREM O SEU AUTOCUIDADO** e, também por isso, sofrerem **↑**risco de **PERTURBAÇÃO MENTAL**

(Ansiedade/ Stress/ Depressão/ Insónia/ Sobrecarga/ Uso excessivo de Álcool, Tabaco e outras drogas)

SAÚDE MENTAL

"Estado de bem-estar mental que permite à pessoa realizar o seu potencial, lidar com o stress, trabalhar e contribuir para a vida comunitária."

(OMS, 2022)



AUTOCUIDADO MENTAL

Conjunto práticas conscientes e intencionais que visam melhorar e manter a saúde mental e emocional da pessoa. Engloba: conjunto de estratégias, atividades e atitudes que promovem o bem-estar psicológico. (Riegel et al., 2021)



Quanto melhor o nível de Autocuidado Mental do Cuidador:

- Maior nível de Bem-estar emocional, físico e mental.
- Maior nível de autoconfiança, satisfação com a vida, pessoal e Autoestima.
- Melhor desempenho e eficácia na tarefa de Cuidar do Outro.
- Melhor capacidade de adaptação às mudanças e perante dificuldades.
- Maior Resiliência.
- Maior Regulação Emocional...Melhor Comunicação...Maior Criatividade

Cuidar de Mim



É essencial para :

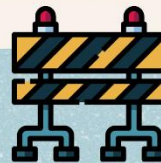
Cuidar do Outro



Barreiras para o Autocuidado Mental do Cuidador

(KARIMIRAD et al., 2022)

- Sentimento de Culpa e/ou sentir que está a ser egoísta
- Falta de tempo.
- Constrangimentos Financeiros.
- Não ter apoio na tarefa de cuidar do seu familiar
- Falta de estruturas de suporte e apoio externo.
- Falta de conhecimento: estratégias + importância do Autocuidado.
- Cansaço físico e emocional.
- ESTIGMA ou vergonha.
- outros...



PARTILHA:

- Quais as estratégias de Autocuidado Mental que utilizam?
- Quais Barreiras que enfrentam para a prática de Autocuidado?



ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL

Escolhas e Estilos de Vida saudáveis têm um grande impacto.



ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

Manter Hidratação.
Alimentos variados.
Limitar ingestão de alimentos processados, açúcares e gorduras.
Planear refeições com tempo.



HIGIENE DE SONO

Adulto: 7-9h/ noite
Rotina de sono consistente.
Ambiente propício ao sono.
Evitar dispositivos eletrônicos 1h/ antes de dormir.
Limitar consumo cafeína/álcool.

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL

Escolhas e Estilo de Vida saudáveis têm um grande impacto.



ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

DGS recomenda:
150 min./ semana – atividade física leve a moderada
75 min/ semana – atividade física intensa
Escolher as suas preferências.



GESTÃO DE TEMPO

Manter um Plano diário/ semanal escrito, com as tarefas
Manter flexibilidade.
Priorizar, Priorizar, Priorizar!
Agendar momentos de autocuidado

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO MENTAL



MINDFULNESS & MEDITAÇÃO

Meditação diária.
Técnicas de respiração.
Yoga, Tai-Chi, etc.



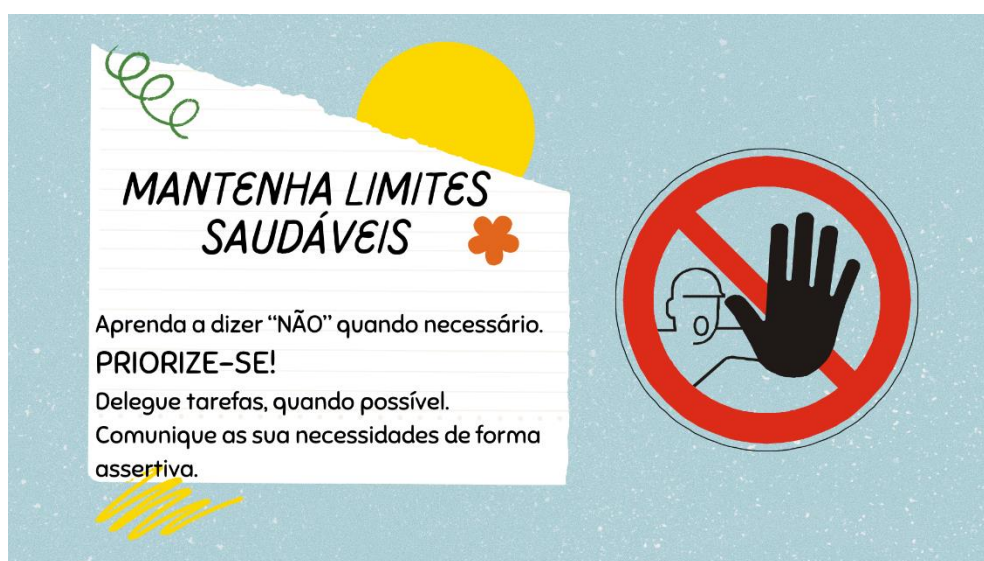
MANTER-SE MENTALMENTE ATIVO

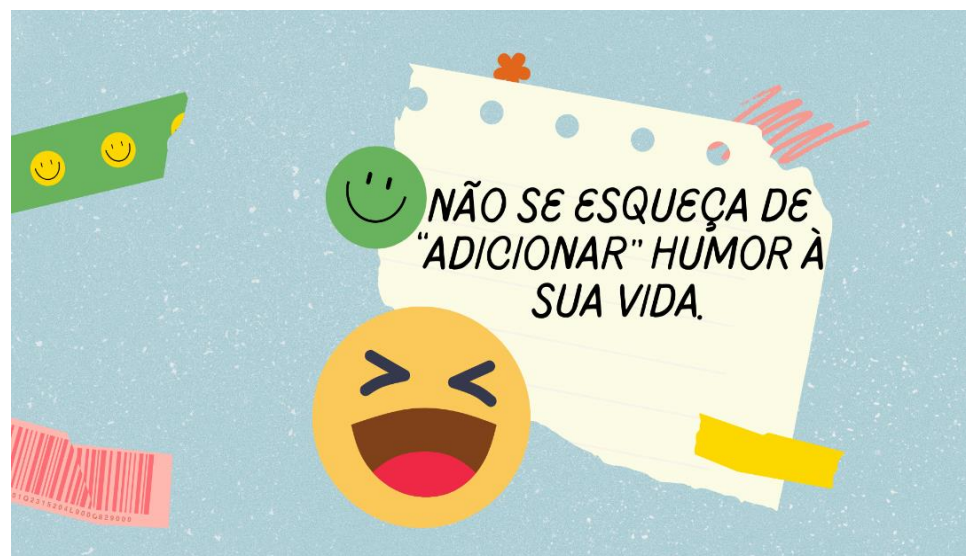
Ler, Estudar, Aprender uma Tarefa nova.
Participar em cursos, etc.



HOBBIES E ATIVIDADES PRAZEROSAS

Encontre tempo para atividades de prazer.





ESTIGMA

Quando relacionado à doença mental, o estigma pode ser entendido como uma percepção negativa que as pessoas têm em relação àqueles que sofrem de distúrbios mentais (OE, 2021).



ESTIGMA

PENSAMENTOS	→	SENTIMENTOS	→	COMPORTAMENTOS
↓		↓		↓
ESTÉREOTIPOS	→	PRECONCEITO	→	DISCRIMINAÇÃO

Estereótipo – Pessoa com doença mental é violenta
Preconceito – Tenho medo da pessoa com doença mental
Discriminação – Não me vou aproximar dessas pessoas

ESTIGMA SOCIAL

Estereótipo – Pessoa com doença mental é violenta
Preconceito – Tenho medo da pessoa com doença mental
Discriminação – Não me vou aproximar dessas pessoas

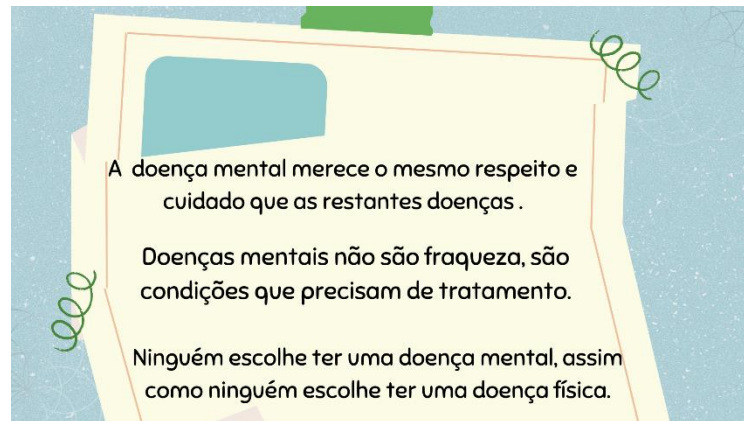


ESTIGMA FAMILIAR

Estereótipo – Pessoas com doença mental são perigosas
Preconceito – Tenho medo do meu familiar que tem doença mental
Discriminação – Não me vou aproximar do meu familiar

- Não falar da doença do familiar
- Ocultar a doença do familiar
- Sentir vergonha do familiar
- Evitar a exposição social com o familiar
- Criticar o familiar por algo resultante da doença

(Hasan & Musleh, 2017; Krupchanka et al. 2016).



ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O ESTIGMA SOCIAL

1. EDUCAR E ENSINAR OUTROS

Ensinar e consciencializar as pessoas sobre a doença mental, explicando o que ela é, combatendo mitos e ideias estigmatizantes;

• Pode ser feito de uma forma descontraída, sem rigidez ou imposição.

2. PROCURAR APOIO SOCIAL

Os familiares ao procurarem apoio emocional e prático de amigos, grupos de apoio e profissionais de saúde, pode ajuda a reduzir o isolamento e proporciona um espaço seguro para partilhar experiências.

3. SER ASSERTIVO

Expressar os pensamentos e sentimentos de forma clara, sem ser agressivo ou passivo.

Enfrentar comentários estigmatizantes e, quando necessário, corrigir mal-entendidos sobre doenças mentais.

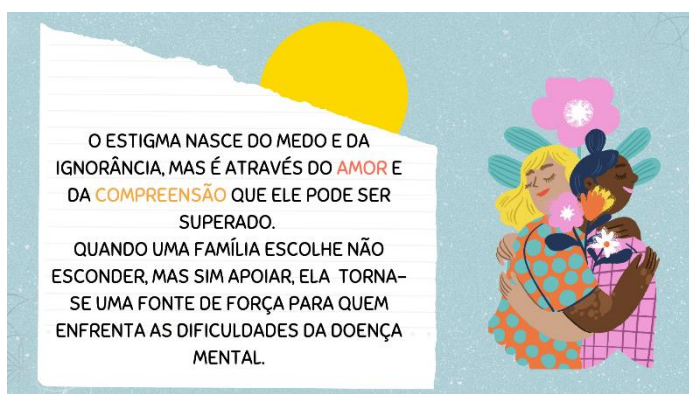
4. MANTER UMA POSTURA DE INDIFERENÇA

Em certos momentos, pode ser útil simplesmente não reagir ou distanciar-se de comentários ou atitudes estigmatizantes, mantendo o foco no bem-estar da família.

5. UTILIZAR HUMOR

O humor pode ser uma ferramenta eficaz para lidar com situações estigmatizantes, ajudando a diminuir a tensão e a tornar a situação menos pesada.

(Díaz-Mandado, 2015)



ANEXO VIII – Resultados comparativos obtidos na Intervenção Psicoeducativa dirigida aos Familiares Cuidadores do Grupo de Ajuda Mútua

Tabela 1 – Tabela comparativa de resultados obtidos na aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos pré e pós intervenção

Questionário de Avaliação de Conhecimentos		
Perguntas:	Avaliação Inicial Respostas adequadas	Avaliação Final Respostas adequadas
1.Dizer “Não” e falar assertivamente pode ser uma estratégia de Autocuidado Mental?	10 (83%)	12 (100%)
2.Priorizar o meu autocuidado mental contribui para que eu preste melhores cuidados ao outro?	11 (91,6%)	12 (100%)
3.Tempo de convívio social com pessoas significativas pode ser uma estratégia de Autocuidado mental?	10 (83%)	12 (100%)
4. Participar nas sessões do Grupo de Ajuda mútua pode ser uma estratégia de autocuidado?	12 (100%)	12 (100%)
5.Eu me viria como inferior se tivesse uma perturbação mental?	Falso – 10 (83%)	Falso – 10 (83%)
6.Tentar esconder a doença mental do meu familiar é uma estratégia de combate ao estigma?	7 (58%)	11 (91,6%)
7.O Humor é simultaneamente uma estratégia de autocuidado mental e de combate ao estigma?	8 (66,6%)	12 (100%)

ANEXO IX – Exemplos de *slides* da apresentação da intervenção psicoeducativa individual, culturalmente competente, no contexto de internamento



Let's talk about...

PSYCHOTIC DISORDER

دعونا نتحدث عن الذهان

Intervenção Psicoeducativa: Perturbação Psicótica (SESSÃO 1)
Estudante Mestrado Enfermagem de SMP: Melânia Rocha



WHAT IS A PSYCHOTIC DISORDER?

It is a chronic and severe mental disorder that affects the way a person:

- THINKS
- FEELS
- BEHAVES

إنه اضطراب عقلي مزمن وشديد يؤثر على طريقة تفكير الشخص وشعوره وسلوكه

WHAT IS THE (MOST COMMON) COURSE OF THE DISEASE?

1. The common age of onset (adolescence or early adulthood) - 15 a 25 y
2. Symptoms can vary in intensity and duration.
3. There may be episodes of severe deterioration or mild symptoms that occur intermittently.

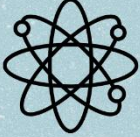
ما هو المسار الأكثر شيوعًا للمرض؟ سن البداية الشائع (المراهقة أو بداية مرحلة البلوغ) - من 15 إلى 25 سنة. يمكن أن تختلف الأعراض في شدتها ومدتها. قد تكون هناك نوبات من التدهور الشديد أو أعراض خفيفة تحدث بشكل متقطع.

WHAT ARE THE CAUSES OF THE DISEASE?

MULTIFACTORIAL CAUSES



GENETICS
↑ Vulnerable to the condition



BRAIN CHEMICALS
Influence how the brain processes information



ENVIRONMENTAL FACTORS



STRESS

ما هو سبب الذهان؟ السبب متعدد العوامل ويشمل العوامل الجينية والوراثية، والكيميائيات الدماغية، والعوامل البيئية الناجمة عن الصدمات والإساءات والضغوط الشديدة، والإجهاد المستمر أو نوبات الإجهاد الشدي

WHAT ARE THE SYMPTOMS OF THE DISEASE?



Dellusions

- Fixed beliefs that the person holds, even if they are irrational ou bizarre. No matter how much evidence is presented, the person won't change their mind.

Hallucinations

- Involve perceiveing things that don't actually exist, affecting one or more of the five senses, such as hearing voices or seeing objectos that aren't there.



ما هو سبب الذهان؟ السبب متعدد العوامل ويشمل العوامل الجينية والوراثية، والكيميائيات الدماغية، والعوامل البيئية الناجمة عن الصدمات والإساءات والضغوط الشديدة، والإجهاد المستمر أو نوبات الإجهاد الشدي

WHAT ARE THE SYMPTOMS OF THE DISEASE?





- Emotional and social withdrawal
- Loss of interest in daily activities
- Apathy (a state of indifference or suppression of emotions)
- Lack of motivation, attention dysfunction and reduced initiative

الأعراض السلبية هي: الانسحاب العاطفي والاجتماعي فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية (حالة من عدم الاكتراث أو كبت المشاعر) نقص الدافع، خلل في الانتباه وانخفاض المبادرة

FACTORS THAT CAN INFLUENCE THE COURSE OF THE DISEASE:

Risk factors:



Obstetric complications, birth in winter months, prenatal infection, maternal malnutrition, maternal stress, neurodevelopmental alterations, hereditary factors, genetic alterations, changes in neurotransmitters, gender, adverse upbringing, head trauma, pathological family relationships, aberrant interpersonal communication patterns, substance use (cannabis, cocaine, and amphetamines), migration, urbanicity, social adversity, and life events.

المضاعفات التوليدية، الولادة في أشهر الشتاء، العدوى قبل الولادة، سوء التغذية الأمومية، الإجهاض الأمومي، التغيرات في النمو العصبي، العوامل الوراثية، التغيرات الجينية، التغيرات في الناقلات العصبية، الجنس، التربية السلبية، إصابات الرأس، العلاقات الأسرية المرضية، أنماط التواصل الشخصي الشاذة، تعاطي المواد المخدرة (القنب والكوكايين والأمفيتامينات)، الهجرة، التحضر، المحن الاجتماعية، وأحداث الحياة.

FACTORS THAT CAN INFLUENCE THE COURSE OF THE DISEASE:

Protective Factors:



Strong family functioning, strong social networks, personal characteristics, (high self esteem, emotional intelligence, resilience, autonomy, positive social orientation), positive school experiences, strong bond to teachers, lifestyle factors (**ABSTINENCE FROM SUBSTANCES, especially cannabis**), balanced diet, regular physical exercise, religious practices and faith).

العوامل الوقائية: الأداء الأسري القوي، شبكات اجتماعية قوية، الخصائص الشخصية (تقدير الذات العالي، الذكاء العاطفي، المرونة، الاستقلالية، التوجه الاجتماعي الإيجابي)، التجارب المدرسية الإيجابية، الروابط القوية مع المعلمين، عوامل نمط الحياة (الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة، وخاصة القنب)، نظام غذائي متوازن، ممارسة الرياضة بانتظام، الممارسات الدينية والإيمان.

ANEXO X – Planos de Sessão da Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento no contexto de cuidados diferenciados

Tema		ESTUDO DE CASO INDIVIDUAL – Sessão 0			
		Avaliação Inicial (Entrevista Clínica)			
Data	25/10/2024	Horário	10:30h	Local	Equipa de Tratamento - CRI
Realizada por:	● Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica				
Objetivos	● Colheita de dados inicial; ● Iniciar a relação terapêutica com o cliente. ● Formular o caso clínico e criar uma conceptualização cognitiva inicial do cliente. ● Identificar necessidades para formular diagnóstico/s de Enfermagem e definir a intervenção.				
Recursos	- Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação	● Escala de Autoconceito de Rosenberg ● Mini Mental State Examination (MMSE) ● Escala de Ansiedade de Zung ● Indicador NOC “Autocontenção da Raiva” ● Indicador NOC “Autocontenção da Agressividade” ● Questionário de Agressividade de Buss-Pery (Cunha & Costa, 2012)				
Preparação do Setting	● Organizar o Gabinete de Enfermagem: ● Duas cadeiras posicionadas a 90°, secretária ao lado ● Luminosidade e Temperatura amena;				
		Conteúdos programáticos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	● Acolhimento do cliente. ● Estabelecer <i>rappor</i>t e confiança. ● Garantir sigilo e confidencialidade ● “Quebra-Gelo”. ● Avaliar humor através da descrição subjetiva do cliente, questionando-o como se tem sentido. ● Explicar estrutura prevista para a sessão.			Interrogativo Participativa

Fase Intermédia	40 min	Realizar AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA: - Incentivar o cliente a expressar abertamente os seus sentimentos e narrativas pessoais, ao longo da sessão. - Escuta ativa. - Iniciar a colheita de dados: Dados sociodemográficos, Problemas atuais, História de doença/problema atual e fatores precipitantes, História de doença mental, História de uso de substâncias e estado atual, História não psiquiátrica/ outros problemas de saúde, História familiar e atual, História social, ocupacional e vocacional. Solicitar preenchimento de: • Escala de Autoconceito de Rosenberg • Escala de Ansiedade de Zung • Questionário de Agressividade de Buss-Pery (Cinha & Costa, 2012) • Aplicar MMSE. - Elaborar de genograma e ecomapa do cliente, em colaboração com este - Explorar estratégias de coping. - Explorar Forças, valores e aspirações pessoais do cliente. - Identificar os valores e referências estruturantes do cliente. - Explorar dia atual do cliente – potenciais variações de humor, interações do cliente com família, amigos, colegas, sociais. - Ocupação de tempos livres. - Explorar a funcionalidade em case e familiar.	Interrogativa Participativa/ Ativa Interativa
Fase Final	10 min	- Questionar se há algo importante para si que não tenha sido abordado ou esclarecido. - Apresentar as primeiras impressões de Diagnostico de Enfermagem, face aos dados colhidos. - Definir e propor a intervenção. - Assinar consentimento informado. - Agradecer a participação ativa e colaboração. - Realizar breve Síntese da sessão. - Agendar sessão seguinte.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		ESTUDO DE CASO – SESSÃO 1 - Iniciação				
		Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento				
Data		28/10/2024	Horário	10:30h	Local	CRI - Equipa de Tratamento
Realizada por:	●Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:					
Diagnóstico de Enfermagem	●Comportamento agressivo					
Objetivos	●Iniciar aliança terapêutica. ●Determinar objetivos pessoais para a intervenção e estabelecer contrato terapêutico. ●Promover a modificação de comportamento (comportamento agressivo)					
Critérios de Exclusão	●Estado de descompensação / agudização da doença mental (Drake et al., 2020, como citado em Sampaio et al., 2023) ●Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave (Drake et al., 2020; Gautam et al., 2020; Grant et al., 2005, como citado em Sampaio et al., 2023) ●Perturbação antissocial da personalidade (Gautam et al., 2020; Newman et al., 1997, como citado em Sampaio et al., 2023) ●Uso de técnicas de exposição imediata ao estímulo fóbico em estados de ansiedade intensa (implosão) (Townsend, 2011, como citado em Sampaio et al., 2023)					
Critérios de Inclusão	●Presença de diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) ●Pessoa em estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação (Sequeira & Sampaio, 2020) ●Capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) ●A pessoa não se encontrar em crise emocional (Sequeira & Sampaio, 2020)					
Recursos	●Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor ●Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas					
Preparação do Setting	●Organizar o Gabinete de Enfermagem: - Duas cadeiras posicionadas a 90º, secretária ao lado (Enf^a fica próxima, mas não de frente para o cliente) - Luminosidade e Temperatura amena.					
		Conteúdos				Metodologia
Fase Inicial	10 min	●Acolhimento do cliente. ●Estabelecer <i>rapport</i> e confiança. ●Garantir sigilo e confidencialidade ●“Quebra-Gelo”. ●Avaliar humor. ●Questionar o cliente se existe algum problema, preocupação ou questão importante que não tenha ainda sido mencionada na avaliação inicial e que possa ser prioritário para a sessão. ●Escuta ativa. ●Apresentar o Diagnóstico de Enfermagem e discuti-lo com o cliente. ●Determinar a consciencialização do problema do cliente relacionado com o seu comportamento e os estímulos que o provocam. ●Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela pessoa que reforçam o comportamento atual. ●Identificar especificamente qual o comportamento a mudar. ●Determinar qual o comportamento desejado, de forma pormenorizada e assistir o cliente a estabelecer objetivos realistas para as sessões. ●Apresentar ao cliente a intervenção planeada: Técnica de Modificação de Comportamento (nº de sessões, duração, etc.) ●Determinara a motivação para a mudança.				- Expositiva - Interrogativo - Participativa

		● Explicar os papéis assumidos, salientando o papel principal e ativo do cliente e a importância da participação ativa e envolvimento. ● Estabelecer contrato terapêutico com o cliente. ● Explicar estrutura prevista para a sessão.	
Fase Intermédia	30 min	● Incentivar o cliente a definir os prós e contras do seu comportamento. ● Encorajar o cliente a avaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências. ● Incentivar o cliente a explorar os seus recursos internos para ajudar no processo de mudança. ● Auxiliar o cliente a progressivamente identificar e compreender em que medida as suas necessidades afetam o seu pensamento e este afeta as suas emoções e reações (comportamento). ● Incentivar a pessoa a identificar os estímulos (“gatilhos”) para o comportamento agressivo e a tentar hierarquizá-los. ● Assistir na consciencialização dos mecanismos ligados ao início do comportamento desadaptivo. ● Assistir o cliente a decompor o comportamento não desejado em: ● SITUAÇÃO - EMOÇÃO - PENSAMENTO – COMPORTAMENTO. (Solicitar exemplos específicos). ● Apresentar ao cliente o Diário de Automonitorização - Registo Diário de Comportamentos e a importância para o processo de consciencialização e autoconhecimento. ● Questionar sobre a inclusão de pessoas significativas no processo de mudança.	- Expositiva - Participativa/ Ativa - Interativa
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante para si que não foi abordado ou esclarecido. ● Elogiar participação ativa e conquistas durante a sessão. ● Propor Plano para a ação (TPC): Registrar três momentos de comportamento agressivo: SITUAÇÃO – PENSAMENTO – EMOÇÃO - COMPORTAMENTO ● Solicitar Feedback da sessão. ● Realizar Síntese breve da sessão. ● Agradecer e elogiar participação. ● Agendar sessão seguinte: data, hora	- Expositiva - Participativa/ Ativa

Tema		ESTUDO DE CASO			
		Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento			
		SESSÃO 2: EXPLORAÇÃO			
Data	30/10/2024	Horário	10:30h	Local	CRI - Equipa de Tratamento
Realizada por:	Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:				
Diagnóstico de Enfermagem	• Comportamento agressivo				
Objetivos	• Promover a modificação de comportamento (comportamento agressivo)				
Recursos	• Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor • Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Preparação do Setting	• Organizar o Gabinete de Enfermagem: - Duas cadeiras posicionadas a 90°, secretária ao lado • Luminosidade e Temperatura amena.				
		Conteúdos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	• Acolhimento do cliente. • Estabelecer <i>rappor</i>t e confiança. • Confirmar sigilo e confidencialidade • “Quebra-Gelo”. • Avaliar humor. • Reavaliar motivação para a mudança. • Possibilitar a expressão de preocupações ou reflexões aos longos dos dias anteriores. • Escuta ativa. • Breve síntese da sessão anterior. • Questionar o cliente acerca do Plano para a ação anterior. • Realçar o progresso realizado. • Definir a estrutura prevista para a sessão atual. • Relembrar a importância da participação ativa.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	30 min	• Pedir ao cliente que escolha um problema comportamental específico (exemplo de uma situação vivida – pode ser um exemplo do PPA). • Assistir na consciencialização ao início deste comportamento desadaptativo: • Encorajar o cliente a descrever a situação e a decompor o comportamento não desejado em pequenos e mensuráveis passos: pensamentos e as emoções que levaram à reação (comportamento). • Auxiliar o cliente a identificar qual o “gatilho” implicado na situação. • Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela pessoa ao longo deste processo de • Mudança. • Incentivar o cliente a descrever um comportamento alternativo desejável e mais adaptativo, perante a mesma situação. • Exemplificar um comportamento assertivo desejável possível, perante a situação e pedir ao cliente para ele próprio exemplificar. (Técnica de MODELAGEM) • Assistir o cliente a explorar os seus recursos internos e estratégias de autocontrolo para ajudar no processo de mudança. • Ensinar sobre técnicas de relaxamento: Técnica de respiração diafragmática.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

		• Ensinar sobre a técnica TREINO DE AUTOCONTROLO, salientando a importância de continuar com o Diário de Automonitorização de Comportamentos, para maior consciencialização, auto-observação e auto-instrução para comportamentos alternativos desejáveis. • Questionar sobre a inclusão de pessoas significativas no processo de mudança.	
Fase Final	10 min	• Questionar se há alguma dúvida ou algo importante para si que não foi abordado ou esclarecido. • Elogiar o esforço e participação ativa e as conquistas durante a sessão. • Negociar • Plano para a ação (TPC): Registrar três momentos de comportamento agressivo: SITUAÇÃO – PENSAMENTO – EMOÇÃO – COMPORTAMENTO, acrescentando agora uma coluna: COMPORTAMENTO ALTERNATIVO DESEJÁVEL. • Solicitar Feedback da sessão e o que foi mais marcante para si. • Realizar Síntese breve da sessão. • Agradecer e elogiar participação. • Agendar sessão seguinte (data, hora, local)	Expositiva Participativa/Ativa

Tema		ESTUDO DE CASO			
		Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento			
		SESSÃO 3: Compreensão			
Data	4/11/2024	Horário	10:30h	Local	CRI - Equipa de Tratamento
Realizada por:	● Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica				
Diagnóstico de Enfermagem	● Comportamento agressivo				
Objetivos	● Promover a modificação de comportamento (comportamento agressivo)				
Recursos	● Físicos: Gabinete, ambiente acolhedor ● Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Preparação do Setting	● Organizar o Gabinete de Enfermagem: - Duas cadeiras posicionadas a 90º, secretária ao lado - Luminosidade e Temperatura amena.				
		Conteúdos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	● Acolhimento do cliente. ● Estabelecer <i>rapport</i> e confiança. ● Confirmar sigilo e confidencialidade ● Avaliar humor. ● Reavaliar motivação para a mudança. ● Possibilitar a expressão de preocupações ou reflexões aos longos dos dias anteriores. ● Escuta ativa. ● Breve síntese da sessão anterior. ● Questionar o cliente acerca do Plano para a ação anterior e uso de estratégias de autocontrolo. ● Realçar o progresso realizado. ● Definir a estrutura prevista para a sessão de hoje. ● Relembrar a importância da participação ativa.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	30 min	● Pedir ao cliente que escolha um problema comportamental específico (exemplo de uma situação vivida). Encorajá-lo a escrever a situação e a decompor o comportamento não adaptativo. ● Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela pessoa ao longo deste processo de Mudança. ● Elogiar conquistas e salientar progressos. ● Ensinar sobre técnica de <i>Role-Play</i> : Perante esta situação criar um cenário comportamental assertivo. (Perguntar ao cliente a sua preferência sobre quem deverá representar primeiro- a enfermeira ou o próprio) ● Exemplificar um comportamento assertivo, explicando os passos inerentes – pensamento – emoção- comportamento). Pedir ao cliente para exemplificar. ● Treinar técnica com outras situações, sugeridas pelo cliente. ● Encorajar cliente a continuar a envolver a companheira e questionar como tem corrido? ● Preparar o cliente para a ALTA.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante para si que não foi abordado ou esclarecido. ● Elogiar o esforço e participação ativa e as conquistas durante a sessão. ● Negociar Plano para a Ação. ● Solicitar Feedback da sessão e o que foi mais marcante para si. ● Realizar Síntese breve da sessão. ● Agradecer e elogiar participação. ● Agendar sessão seguinte (data, hora, local)			Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		ESTUDO DE CASO				
		Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento				
		SESSÃO 4: TREINO				
Data	8/11/2024	Horário	10:30h	Local	CRI - Equipa de Tratamento	
Realizada por:	Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica					
Diagnóstico de Enfermagem	Comportamento agressivo					
Objetivos	Promover a modificação de comportamento (comportamento agressivo)					
Recursos	- Físicos: Gabinete, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas					
Preparação do Setting	- Organizar o Gabinete de Enfermagem: - Duas cadeiras posicionadas a 90º, secretária ao lado - Luminosidade e Temperatura amena.					
		Conteúdos			Metodologia	
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento do cliente. - Estabelecer <i>rappor</i>t e confiança. - Confirmar sigilo e confidencialidade - Avaliar humor. - Reavaliar motivação para a mudança. - Possibilitar a expressão de preocupações ou reflexões aos longos dos dias anteriores. - Escuta ativa. - Breve síntese da sessão anterior. - Questionar o cliente acerca do Plano para a ação anterior e uso de estratégias de autocontrolo. - Realçar o progresso realizado. - Definir a estrutura prevista para a sessão de hoje. - Relembrar a importância da participação ativa.			Expositiva Interrogativo Participativa	
Fase Intermédia	30 min	- Analisar lista de PRÓS E CONTRAS + GATILHOS +ATIVIDADES PRAZEROSAS - Relembrar importância de estratégias de <i>coping</i> para lidar com emoções difíceis. - Relembrar técnica de respiração diafragmática. - Pedir ao cliente que escolha um problema comportamental específico (exemplo de uma situação vivida – pode ser um exemplo do PPA). - Encorajar o cliente a descrever a situação e a decompor o comportamento não adaptativo – como pode resolver autonomamente? - Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela pessoa ao longo deste processo de Mudança - Elogiar conquistas e salientar progressos. - Realizar novo exercício baseado na técnica de MODELAGEM. Enfermeira cria primeiro um comportamento assertivo e cliente repete. - Treinar Comunicação Assertiva (Comunicação Não Violenta – Rosenberg, 2021), através de exemplos específicos. - Treinar, através de ROLE PLAY, situações embaraçosas relacionadas com “novo emprego possível”. Criar alguns cenários de Stress ou Pressão – pedir a cliente para ser assertivo. - Treinar técnica com outras situações, sugeridas pelo cliente. - Encorajar cliente a continuar a envolver a companheira e questionar como tem corrido? - Preparar o cliente para a ALTA.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa	

Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante para si que não foi abordado ou esclarecido. ● Elogiar o esforço e participação ativa e as conquistas durante a sessão. ● Negociar Plano para a acção. ● Solicitar Feedback da sessão e o que foi mais marcante para si. ● Realizar Síntese breve da sessão. ● Agradecer e elogiar participação. ● Agendar sessão seguinte (data, hora, local)	Expositiva Participativa/ Ativa
-------------------	---------------	--	---------------------------------------

Tema		ESTUDO DE CASO				
		Intervenção Psicoterapêutica Técnica de Modificação de Comportamento				
		SESSÃO 5: CONCLUSÃO				
Data		13/11/2024	Horário	10:00h	Local	CRI - Equipa de Tratamento
Realizada por:	● Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Melânia Rocha					
Diagnóstico de Enfermagem	● Comportamento agressivo					
Objetivos	● Promover a modificação de comportamento (comportamento agressivo)					
Recursos	● Físicos: Gabinete, ambiente acolhedor ● Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas					
Preparação do Setting	● Organizar o Gabinete de Enfermagem: - Duas cadeiras posicionadas a 90°, secretária ao lado (Enfª fica próxima, mas não de frente para o cliente) - Luminosidade e Temperatura amena.					
		Conteúdos				Metodologia
Fase Inicial	10 min	● Acolhimento do cliente; ● Estabelecer <i>rappor</i>t e confiança; ● Confirmar sigilo e confidencialidade; ● “Quebra-Gelo”; ● Avaliar humor; ● Reavaliar motivação para a mudança; ● Possibilitar a expressão de preocupações ou reflexões aos longos dos dias anteriores; ● Escuta ativa; ● Breve síntese da sessão anterior; ● Questionar o cliente acerca do Plano para a ação anterior, uso de estratégias de autocontrolo e incentivar o cliente a verbalizar experiências positivas que tenha tido; ● Avaliar os progressos desde a última sessão; ● Reforçar positivamente os recursos mobilizados; ● Definir a estrutura prevista para a sessão.				Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	30 min	● Estabelecer a “ponte” entre o início da intervenção e o momento atual: os novos recursos/ estratégias, as conquistas, as dificuldades superadas e a melhoria de bem-estar; ● Enfatizar a maior consciencialização acerca do problema e a competência adquirida do cliente, através de exemplos efetivos; ● Ajudar o cliente na gestão de expectativas e possíveis momentos de retrocesso temporários; ● Antecipar, em conjunto com o cliente, possíveis situações stressantes (“gatilho”) futuras para o comportamento agressivo e também para o consumo; ● Relembrar todas as estratégias e técnicas comportamentais que o cliente aprendeu e treinou ao longo das sessões e que pode utilizar em resposta a estas situações; ● Informar quais as situações em que deve recorrer a ajuda adional, nomeadamente profissional de saúde mental – comportamentais agravados e/ou de recaída de consumo; ● Analisar os objetivos pessoais definidos na sessão 1 e avaliar seu atingimento/superação – ganhos em saúde; ● Pedir ao cliente para escrever, na mesma folha da sessão 1, como se sente agora (uma palavra ou frase). - Realçar a diferença (positiva entre os dois momentos).				Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

		• Preencher o questionário de agressividade de Buss-Perry, questionário de Autoestima de Rosenberg, escala de Ansiedade de Zung.	
Fase Final	10 min	• Enfatizar o esforço e participação do cliente; • Clarificar qualquer dúvida ou questão adicional; • Pedir feedback ao cliente sobre a intervenção e interação: resumir o que foi mais importante /marcante/ útil para si e como se sentiu no processo; • Realizar síntese da intervenção; • Sublinhar a disponibilidade da Equipa de Tratamento para o apoiar em caso de necessidade. • Despedida e Separação física.	Expositiva Participativa/ Ativa

ANEXO XI – Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Técnica

Modificação de Comportamento no contexto de cuidados diferenciados

Tabela 1 – Tabela comparativa dos resultados obtidos do Questionário de Agressividade de *Buss-Perry* – Versão Curta (*BPAQ-SF*) (Bryant & Smith, 2001; versão portuguesa de Cunha et al, 2021)

BPAQ – SF		
(Bryant & Smith, 2001, versão portuguesa de Cunha et al., 2021)		
INSTRUÇÕES: Em baixo vai encontrar uma lista de afirmações. Em relação a cada uma delas, indique, numa escala de 1 a 5, o quanto se adequam a si e o/a descrevem. Para responder, utilize as seguintes opções: 1 - Nunca ou quase nunca; 2 – Poucas vezes; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes e 5 – Sempre ou quase sempre.		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
TOTAL	27	28
	• <i>Agressividade física</i>: 6 (itens: 3, 5, 10) • <i>Agressividade verbal</i>: 6 (itens: 1, 8, 11) • <i>Raiva</i>: 6 (itens: 4, 7, 12) • <i>Hostilidade</i>: 9 (itens: 2, 6, 9)	• <i>Agressividade física</i>: 3 (itens: 3, 5, 10) • <i>Agressividade verbal</i>: 8 (itens: 1, 8, 11) • <i>Raiva</i>: 7 (itens: 4, 7, 12) • <i>Hostilidade</i>: 10 (itens: 2, 6, 9)

Tabela 2 – Tabela comparativa dos resultados obtidos através da aplicação da Escala de Ansiedade de Zung

Escala de Ansiedade de Zung		
(Zung, 1971, validada para a população portuguesa por Ponciano et al., 1982)		
	Avaliação inicial	Avaliação Final
TOTAL	23	26

Tabela 3 – Tabela comparativa dos resultados obtidos através da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg

Escala de Autoestima de Rosenberg		
(Rosenberg (1979, 1989), validada para a população portuguesa por Pechorro et al., 2011)		
	Avaliação inicial	Avaliação Final
TOTAL	30	35

Tabela 4 – Tabela comparativa dos resultados obtidos através da aplicação dos Indicadores NOC “Autocontenção da Agressividade”

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Autocontenção da Agressividade” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Identifica quando está com raiva.	2	4
Identifica quando está frustrado.	2	4
Identifica situações que precipitam hostilidade.	3	4
Identifica a responsabilidade de manter o controlo.	1	4
Identifica quando se está a sentir agressivo.	2	3
Identifica alternativas para a agressão.	1	3
Identifica alternativas para rompantes verbais.	1	3
Utiliza habilidades eficazes de resolução do conflito.	1	3
Expressa necessidades de uma forma não destrutiva.	2	3
Demonstra sentimentos negativos de uma maneira não destrutiva.	1	2
Abstém-se de rompantes verbais.	1	2
Controla os impulsos.	1	3
Utiliza atividade física para reduzir energia acumulada.	1	3
Utiliza técnicas para controlar a raiva.	1	2
Mantém o autocontrolo sem supervisão.	1	3

Tabela 5 – Tabela comparativa dos resultados obtidos através da aplicação dos Indicadores NOC “Autocontrolo do Comportamento Impulsivo”

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Autocontrolo do Comportamento Impulsivo” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais.	2	4
Identifica comportamentos que levam a ações compulsivas.	1	3
Identifica consequências de comportamentos impulsivos.	2	3
Controla os impulsos.	1	2
Utiliza apoio social disponível.	1	3
Mantém consultas de encaminhamento.	1	4
Mantém acordo de controlar o comportamento.	1	3

Tabela 6 – Tabela comparativa dos resultados obtidos através da aplicação dos Indicadores NOC “Autocontenção da Raiva”

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Autocontenção da Raiva” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Identifica sinais precoces da raiva.	1	3
Identifica situações que precipitam raiva.	2	3
Aborda situações imprevisíveis com mente aberta.	1	2
Identifica quando se está a sentir agressivo.	2	3
Demonstra sentimentos negativos de forma não ameaçadora.	1	3
Monitoriza manifestações comportamentais da raiva.	1	2
Monitoriza manifestações físicas da raiva.	1	3
Evita impor seus próprios valores sobre os outros.	1	3
Demonstra sentimentos negativos de uma maneira não destrutiva.	1	2
Obtém aconselhamento quando necessário.	1	3

ANEXO XII – Planos de Sessão da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de cuidados diferenciados

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR Unifamiliar			
		Sessão 1 – ENTREVISTA FAMILIAR INICIAL			
		Avaliação Familiar Diagnóstica, baseada no MCAF			
Data:		31/10/2024	Horário	10:00h	Local
Realizada por:		- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermeira Tutora			
Objetivos Gerais:		- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover Funcionamento familiar efetivo, - Promover a Resiliência familiar. - Melhorar a Comunicação familiar. - Minimizar os efeitos disruptivos do PF desencadeados pelo comportamento agressivo verbal e Estigma Familiar			
Recursos:		- Físicos: Gabinete, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas			
Instrumentos de Avaliação:		- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador NOC “Resiliência Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)			
		Conteúdos programáticos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Iniciar aliança terapêutica e de confiança. - Estabelecer <i>rapport</i>. “Quebra-Gelo”. - Garantir sigilo e confidencialidade. - Informar família sobre a Intervenção, objetivos e enquadramento académico da mesma. - Solicitar assinatura do Consentimento Informado. - Avaliar humor através da descrição subjetiva dos elementos familiares. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Explicar os papéis assumidos, salientando o papel principal e ativo da Família e a importância da participação ativa e envolvimento. - Explicar estrutura prevista para a sessão. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida.			Expositiva Interrogativo Participativa

Fase Intermédia	40 min	➤ Realizar AVALIAÇÃO FAMILIAR DIAGNÓSTICA. ○ Incentivar a Família a expressar abertamente os seus sentimentos e narrativas pessoais, ao longo da sessão. ○ Encorajar a comunicação aberta entre os membros da família. ○ Escuta ativa. ○ Iniciar a colheita de dados: ○ Solicitar preenchimento de: ○ Questionário sócio-demográfico. ○ Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV, por cada elemento familiar. ● Avaliação Familiar (baseado no MCAF) – caracterização da família: ○ Estrutural ○ Desenvolvimento ○ Funcional ● Elaborar de genograma e ecomapa familiar, em conjunto com a família. ● Explorar valores e aspirações pessoais e conjuntos dos membros familiares. ● Identificar os valores e referências estruturantes da família. ● Explorar a compreensão de cada elemento do evento disruptivo (transição saúde-doença), complementando a informação que a família necessitar. ● Caracterizar com a família o PF relacionado com as suas vontades, dificuldades e formas de responder à etapa do ciclo de vida familiar. ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Avaliar a relevância da presença de intervenção e apresentar as primeiras impressões do Diagnóstico de Enfermagem. ● Clarificar e negociar com a família a definição dos seus objetivos (realistas) para a intervenção. ● Negociar e assinar Contrato terapêutico. ● Negociar um Plano para a ação.	Expositiva Participativa/ Ativa Interativa
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. ● Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e eventuais conquistas alcançadas durante a sessão. ● Solicitar feedback da sessão. ● Realizar breve Síntese da sessão e itens definidos no contrato terapêutico. ● Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR Unifamiliar SESSÃO 2 Intervenção Familiar, baseada no MCIF				
Data	06/11/2024	Horário	10:00h	Local	Equipa de Tratamento	
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.					
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar acerca de estratégias de resilição de problemas e comunicação assertiva. - Minimizar os efeitos disruptivos do PF desencadeados pelo comportamento agressivo verbal e Estigma Familiar.					
Recursos	- Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas					
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador NOC “Resiliência Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)					
Conteúdos programáticos				Metodologia		
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Restabelecer <i>rappor</i>t e confiança. “Quebra-Gelo”. - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO – Uso de estratégias de coping/ autocuidado mental por parte dos elementos familiares: conquistas, barreiras - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Validar e normalizar respostas emocionais dos membros. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa	
		INTERVENÇÃO FAMILIAR baseada no MCIF - Monitorizar as preocupações pessoais dos diferentes elementos da família, com a comunicação familiar e o comportamento agressivo. - Encorajar a comunicação e partilha aberta entre os membros da família. - Escuta ativa. - Utilizar, estrategicamente, Silência e PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO para promover a partilha e comunicação efetiva entre os membros. - Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos. - Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias.				

Fase Intermédia	40 min	• Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família <u>COGNITIVO</u> • Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. • Elogiar as Forças da família e seus membros. • Oferecer informações e opiniões: • Consciencializar para o padrão de comunicação atual e sensibilizar para um padrão de comunicação mais eficaz – mais empático e aberto. Ensinar sobre técnicas de comunicação assertiva: necessidades, pedidos, negociação (WIN-WIN). • Alertar para a existência de Recursos (que ainda não estejam a ser mobilizados) disponíveis (institucionais, amigos e família) e incentivar a família a entrar em contacto e solicitar mais informação de Recursos Locais existentes: Procura de emprego para o Sr. C. • Intervenção PSICOEDUCATIVA breve: • Perturbação de uso de substâncias – doença crónica – r/c regulação emocional disfuncional e mantém necessidade de autocontrolo dos comportamentos. • O Passado de cada um – é o que é – é INTOCÁVEL! • Estigma Familiar – EE e acusação sobre o passado. • Resolução de Conflitos - Estratégia WIN-WIN/ Negociação • Informação sobre componentes de comunicação não violenta (Rosenberg, 2021) <u>AFETIVO</u> • Validar ou normalizar respostas emocionais • Explicar que muitas vezes as famílias, principalmente quando não coabitam, por motivos financeiros e/ou outros, sentem momentos de instabilidade emocional e insegurança relativamente ao companheiro. Isso é normal e implica muitas vezes uma comunicação mais aberta e clara para melhorar o relacionamento. • Validar emoções fortes, para tranquilizar e promover a esperança. • Incentivar as Narrativas da Doença, vivências pessoais: • Apoiar na criação de um contexto que proporcione a partilha de experiências relacionadas com os comportamentos e comunicação entre os membros da família, legitimando emoções intensas. • Encorajar a fazer narrativas das doenças, que não se limitem à história clínica e de sofrimento, mas também a histórias de pontos fortes e tenacidade. • Incentivar a expressão do impacto do problema comportamental sobre a família e a influência desta sobre o relacionamento, sob a perspetiva de cada elemento, promovendo a validação das experiências. Estimular Suporte Familiar: • Incentivar e auxiliar os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos. • Assistir/ Capacitar os membros a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. • Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e resiliência e mobilizáveis para o momento presente. <u>COMPORTAMENTAL</u> • Incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los: • Incentivar e assistir os familiares na criação de um Plano de Ação para trazerem melhorias ao seu relacionamento: Questionar as necessidades (físicas e emocionais) de cada membro. • Assistir os familiares na definição das tarefas, definição de horários e estratégias facilitadoras, de modo que todos os membros consigam autocuidar-se e cuidar da relação, até à próxima sessão. • Incentivar familiares a procurarem ajuda profissional no caso de necessidade. • Incentivar o descanso: • Incentivar o planeamento de pausas e momentos de autocuidado, de acordo com a preferência de cada um, para cada um dos elementos – INDIVIDUAL. • Planear rituais:	Expositiva Participativa/ Ativa Interativa
-------------------------------	---------------	--	--

		● Incentivar a manutenção de rotinas, rituais em conjunto, significativos para os elementos familiares. ● Incentivar a manutenção de momentos de partilha e comunicação e momentos de decisão (incentivar a negociação e balancear os prós e contras em cada decisão para os elementos envolvidos) ● Incentivar a realização de rituais individuais. ● Definir um Plano para a ação. ● Assistir na definição de três momentos/ rituais conjuntos, significativos para a família e avaliar o grau de compromisso/ possíveis barreiras e/ou ou dificuldades. ● Incentivar momentos de autocuidado mental e lazer individual: escrita e caminhadas.	
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. ● Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. ● Solicitar feedback da sessão. ● Realizar breve Síntese da sessão e itens definidos dos PLANOS DE AÇÃO. ● Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR (Unifamiliar) SESSÃO 3 Intervenção Familiar, baseada no MCIF			
Data	19/11/2024	Horário	10:00h	Local	Equipa de Tratamento
Realizada por:	• Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. • Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	• Promover o envolvimento e suporte familiar. • Promover a Resiliência familiar. • Promover o Funcionamento familiar. • Melhorar o conhecimento familiar acerca de estratégias de resilição de problemas e comunicação assertiva. • Minimizar os efeitos disruptivos do PF desencadeados pelo comportamento agressivo verbal e Estigma Familiar.				
Recursos	• Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor • Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação	• Questionário sócio-demográfico. • Indicador NOC “Funcionamento Familiar” • Indicador NOC “Resiliência Familiar” • Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
Conteúdos programáticos					Metodologia
Fase Inicial	10 min	• Acolhimento da Família. • Restabelecer <i>rappor</i>t e confiança. • “Quebra-Gelo”. • Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. • Avaliar humor dos membros familiares. • Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. • Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO – Plano de Cuidados + Plano de Rituais familiares: conquistas /barreiras • Escuta ativa. • Mostrar disponibilidade e interesse. • Prestar suporte emocional. • Validar e normalizar respostas emocionais dos membros. • Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. • Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativa Participativa

Fase Intermédia	40 min	INTERVENÇÃO FAMILIAR, baseada no MCIF: ● Monitorizar as preocupações pessoais dos diferentes elementos da família relacionadas com o regresso a casa ou outras situações indutoras de preocupação ● Encorajar a comunicação e partilha aberta entre os membros da família. ● Escuta ativa. ● Utilizar, estrategicamente, Silêncio e PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO para promover a partilha e comunicação efetiva entre membros. ● Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos. ● Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias. ● Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família. <u>COGNITIVO</u> ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Elogiar as Forças da família e seus membros. ● Oferecer informações e opiniões: ➢ Intervenção PSICOEDUCATIVA breve: <u>AFETIVO</u> ● Validar ou normalizar respostas emocionais ➢ Validar emoções fortes, para tranquilizar e promover a esperança. ● Incentivar as Narrativas da Doença, vivências pessoais: ➢ Apoiar na criação de um contexto que proporcione a partilha de experiências relacionadas com o problema comportamental e comunicacional entre os membros da família, legitimando emoções intensas. ➢ Encorajar a fazer narrativas das doenças, que não se limitem à história de sofrimento, mas também a histórias de pontos fortes e tenacidade. ➢ Incentivar a expressão do impacto da doença sobre a família e a influência desta sobre a doença, sob a perspetiva de cada elemento, promovendo a validação das experiências. Estimular Suporte Familiar: ➢ Incentivar e auxiliar os membros a ouvirem as preocupações e os sentimentos mútuos. ➢ Assistir/ Capacitar os membros a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. ➢ Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e resiliência e mobilizáveis para o momento presente. <u>COMPORTAMENTAL</u> ➢ EXERCÍCIO DE ROLE-PLAY – inversão de papéis! ➢ Incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los: ● Incentivar familiares a procurarem ajuda profissional, no caso de necessidade. ➢ Incentivar o descanso: ● Incentivar o planeamento de pausas e momentos de autocuidado, de acordo com a preferência de cada um, para cada um dos elementos. ➢ Planear rituais: ● Incentivar a manutenção de rotinas, rituais em conjunto, significativos para os elementos familiares. ● Incentivar a manutenção de momentos de partilha e comunicação e momentos decisão (incentivar a negociação e balancear os prós e contras em cada decisão para os elementos envolvidos) ● Definir um Plano para a ação: ➢ Assistir na definição de três momentos/ rituais conjuntos, significativos para a família e avaliar o grau de compromisso/ possíveis barreiras e/ou ou dificuldades. ➢ Incentivar a família a encontrar estratégias para contornar dificuldades.	Expositiva Participativa/ Ativa Interativa
-----------------	--------	---	---

Fase Final	10 min	• Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. • Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. • Solicitar feedback da sessão. • Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos dos PLANOS DE AÇÃO. • Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa Interativa
-------------------	---------------	---	---

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR (Unifamiliar) SESSÃO 4 – Avaliação Final			
Data	20/11/2024	Horário	15:15h	Local	Equipa de Tratamento
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar acerca de estratégias de resilição de problemas e comunicação assertiva. - Minimizar os efeitos disruptivos do PF desencadeados pelo comportamento agressivo verbal e Estigma Familiar.				
Recursos	- Físicos: Gabinete com Marquesa, ambiente acolhedor - Materiais: Cadeiras, Mesa, Papel, Canetas				
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador NOC “Resiliência Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
Conteúdos programáticos					Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Restabelecer <i>rappor</i>t e confiança. - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO. - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	- Estabelecer a “ponte” entre o início da intervenção e o momento atual: os novos recursos/ estratégias, as conquistas, as dificuldades superadas e a melhoria de bem-estar individual e familiar; - Enfatizar a maior consciencialização acerca do problema e a competência adquirida da família, através de exemplos efetivos; - Ajudar a família na gestão de expectativas e antecipar possíveis momentos de retrocesso temporários; - Explicar que se trata de um processo contínuo. - Relembrar todas as estratégias, técnicas comunicacionais e de resolução de conflito aprendidas e relembrar conteúdos ensinados; - Informar que devem recorrer a ajuda adicional, nomeadamente profissional de saúde mental, se necessário; - Analisar os objetivos familiares definidos na sessão 1 e avaliar seu atingimento/superação – ganhos em saúde; - Realçar a diferença (positiva entre os dois momentos) e as conquistas. Elogiar as forças da família. - Solicitar novo preenchimento da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar - FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017) e preencher novamente os Indicadores NOC selecionados.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

Fase Final	10 min	• Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. • Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. • Solicitar feedback da sessão. • Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos dos PLANOS DE AÇÃO. • Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa
-------------------	---------------	---	--

ANEXO XIII - Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto de cuidados diferenciados

Tabela 1 – Tabela comparativa dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – Faces IV pré-intervenção (avaliação inicial) e pós-intervenção (avaliação final)

Resultados na Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Sr. C. (PNCSM)		
Coesão	50	70
Flexibilidade	58	62
Desagregada	34	20
Aglutinada	32	32
Rígida	60	70
Caótica	26	20
Rácio de Coesão	1,51	2,69
Rácio de Flexibilidade	1,34	1,38
Rácio Total	1,43	2,03
Escala de Comunicação	Percentil 50 » 3	Percentil 61 » 4
Escala de Satisfação	Percentil 35 » 2	Percentil 40 » 3
Sra. S. (companheira)		
Coesão	40	65
Flexibilidade	36	50
Desagregada	40	20
Aglutinada	26	20
Rígida	32	20
Caótica	16	32
Rácio de Coesão	1,21	3,25
Rácio de Flexibilidade	1,5	1,9
Rácio Total	1,36	2,58
Escala de Comunicação	Percentil 30 » 2	Percentil 40 » 3
Escala de Satisfação	Percentil 10 » 1	Percentil 23 » 2

Tabela 2 – Tabela comparativa dos resultados obtidos da aplicação dos indicadores de resultado NOC “Funcionamento Familiar” pré-intervenção (avaliação inicial) e pós-intervenção (avaliação final)

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Cuida dos membros dependentes.	4	5
Regula o comportamento dos membros.	2	3
Aloca responsabilidade entre os membros.	3	4
Mantém um núcleo estável de tradições.	1	3
Adapta-se às transições de desenvolvimento.	2	4
Adapta-se a crises inesperadas.	2	4
Obtém os recursos necessários para atender às necessidades dos membros.	2	4
Cria um ambiente onde os membros podem expressar abertamente os seus sentimentos.	2	3
Aceita a diversidade entre os membros.	1	3
Envolve os membros na resolução de problemas.	2	4
Envolve os membros na resolução de conflitos.	1	3
Membros recetivos a novas ideias.	1	3
Os membros desempenham o papel esperado.	2	3
Os membros apoiam-se mutuamente.	2	4
Os membros auxiliam-se mutuamente.	3	5
Os membros passam tempo juntos.	3	4
Os membros manifestam compromisso com a família.	2	4
Os membros expressam lealdade à família.	2	3

Tabela 3 – Tabela comparativa dos resultados obtidos da aplicação dos indicadores de resultado NOC “Resiliência Familiar” pré-intervenção (avaliação inicial) e pós-intervenção (avaliação final)

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Resiliência Familiar” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Propõe soluções práticas e construtivas para os desentendimentos.	1	3
Adapta-se à adversidade como desafios.	2	3
Tolera separações quando necessário.	2	4
Discute o significado da crise.	1	3
Expressa confiança na superação das adversidades.	2	4
Mantém valores, metas e sonhos.	3	4
Apoia os membros.	3	4
Coopera para enfrentar desafios.	2	4
Cuida dos membros.	3	4
Protege os membros.	2	3
Comunica-se claramente entre os membros.	1	3
Esclarece comunicação ambígua.	1	4
Utiliza estratégias de resolução de conflitos.	1	3
Compartilha o humor.	2	4
Relata a aprendizagem e o crescimento.	3	4
Mantém rotinas familiares habituais.	3	4
Prepara-se para desafios futuros.	2	4
Apoia a individualidade e a independência entre os membros.	1	3
Utiliza recursos da comunidade para a assistência.	2	4
Ajusta horários para apoiar e ajudar os membros.	4	5
Utiliza a equipa de saúde para obter informações e assistência.	3	5

ANEXO XIV – Material de apoio para a Sessão de Sensibilização da Equipa de Enfermagem no contexto de cuidados diferenciados

Quadro 1 – Plano de sessão para a Ação de Sensibilização da Equipa de Enfermagem

Ação de Sensibilização da Equipa de Enfermagem “A importância da Intervenção Familiar e o Combate ao Estigma no âmbito dos comportamentos aditivos”			
Atividade Diagnóstica		Preenchimento de Formulário <i>Microsoft Forms (Microsoft 365)</i> • Questionário sócio-demográfico • Questionário de Avaliação dos Conhecimentos	
		Conteúdos	Metodologia
Fase inicial	10 min	• Apresentação da Enfermeira dinamizadora e do grupo; • Dinâmica “Quebra-Gelo” no âmbito da temática. • Apresentação da sessão: Tema, Objetivos, Estrutura, Duração. Brainstorming sobre a temática	Expositiva Interrogativo
Fase intermédia	40 min	• Conceito de Família • Abordagem sobre impacto dos comportamentos aditivos a nível da vida e dinâmicas familiares. (Evidência). • Barreiras ao envolvimento e intervenção familiar no contexto dos comportamentos aditivos e dependências. • Intervenções Familiares de Enfermagem no âmbito dos comportamentos aditivos: Modalidades de Intervenção. • Benefícios da Intervenção familiar no âmbito dos CAD. • Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar • Estigma Social, Familiar e Autoestigma. • Apresentação do Estudo de Caso Familiar: Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar <u>Dinâmicas de Grupo:</u> - Jogo - Reflexão e debate grupal sobre a temática. - Partilha de experiências entre os participantes.	Participativa/ Ativa
Fase intermédia	10 min	• Esclarecimento de dúvidas; • Solicitação de feedback; • Agradecimentos. • Despedida e Separação física.	
Avaliação final da intervenção		Preenchimento de Formulário <i>Microsoft Forms (Microsoft 365)</i> : • Questionário de Avaliação dos Conhecimentos; • Questionário de satisfação.	

Exemplos de Slides da Apresentação *Power Point*:

Experiência da Família no contexto dos CAD

- Elevados níveis de Stress e Sobrecarga (exaustão emocional+++);
- Raiva e frustração;
- Maior risco de Perturbação Mental: Depressão, Ansiedade, Perturbação de uso de substância (especialmente Álcool e Tabaco), entre outras.
- Dificuldades Financeiras.
- Isolamento social - restrição de atividades sociais pela necessidade de vigilância contínua, Estigma e vergonha.
- Uso de estratégias de coping mal adaptativas.
- Desesperança e perda de visão futura.
- Culpa e Vergonha;
- Redução dos níveis de Autocuidado e vigilância de Saúde (estilos de vida de risco, ausência de acompanhamento médico, etc)
- Medo (recaídas, agressão, depleção de património, do desconhecido etc.).
- Efeitos disruptivos do processo familiar: conflito familiar, dinâmicas familiares prejudiciais.
- Dificuldades comunicacionais (com elevados níveis de Emoção Expressa).



(Selotole, et al., 2022; McCann et al., 2019; Soklaridis et al, 2019))

A Família e o Estigma

Quando relacionado à doença mental, o estigma pode ser entendido como uma percepção negativa que as pessoas têm em relação àqueles que sofrem de distúrbios mentais (OE, 2021).

PENSAMENTOS	→	SENTIMENTOS	→	COMPORTAMENTOS
↓		↓		↓
ESTÉREOTIPOS	→	PRECONCEITO	→	DISCRIMINAÇÃO



Exemplo ESTIGMA SOCIAL:

Estereótipo - Pessoa com doença mental é violenta.
Preconceito - Tenho medo da pessoa com doença mental.
Discriminação - Não me vou aproximar dessas pessoas.

A Família e o Estigma

Quando o Estigma Social experienciado por indivíduos com perturbação de uso de substância se estende aos outros membros da sua família ou a amigos que lhe prestam cuidados ou apoio, designa-se por **Estigma "por cortesia ou associação"**. Este tipo específico pode ter um forte impacto e graves consequências mentais e sociais para os familiares.

(Gual, 2019; Jones et al., 2024)

Exemplo ESTIGMA POR CORTESIA:

Estereótipo - Os consumidores são pessoas perigosas e que são educadas em famílias problemáticas e disfuncionais.
Preconceito - Os pais/ familiares/ amigos são culpados pelo seu vício e são igualmente problemáticos.
Discriminação - O professor evita interagir diretamente com os pais, tratando-os com distanciamento; O Enfermeiro evita interagir com os familiares e não os engloba no projeto terapêutico do utente; Os vizinhos deixam de convidar para festas e eventos sociais.



A Família e o Estigma

É frequente ainda, no âmbito dos comportamentos aditivos, surgir **Estigma Familiar**. Este ocorre quando os próprios familiares de uma pessoa com comportamentos aditivos internalizam preconceitos e atitudes negativas em relação ao membro familiar. Isso pode resultar em julgamento, vergonha ou afastamento dentro do núcleo familiar, dificultando o apoio ao utente.

(Jones et al., 2024; Vatanasin, 2021)

Exemplo ESTIGMA FAMILIAR

Estereótipo - Pai que tem o estereótipo: Pessoas que consomem drogas são mentirosas e são sempre problemáticas.

Preconceito - Eu sei que ele (filho) nunca mais vai melhorar e me vai-me decepcionar sempre.

Discriminação - Não vai ao almoço de família, porque só vai causar problemas e estragar tudo.



Este tipo de Estigma é uma forte causa para **Emoção Expressa** (crítica, hostilidade e super- proteção) por parte dos familiares, que aumenta significativamente **AUTOESTIGMA** do utente e gera **Conflito familiar**.

(Min et al.,2024)

O papel do Enfermeiro na abordagem à Família



“O Enfermeiro tem o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de Saúde (...)”
(Wright & Leahey, 2009)



Modelo Teórico de Enfermagem

MODELO DE CALGARY DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

Sempre que um membro da família apresenta um problema que possa ter impacto nos outros membros é indicada uma intervenção ao nível da família, desde que a **família concorde com a mesma**.

É um Modelo **baseado nos PONTOS FORTES e FORÇAS** da Família e **orientado à RESILIÊNCIA**.
(Wright & Leahey, 2012)

Objetivo da Intervenção:
Promover ou facilitar a mudança.

Enfermeiro é Mediador e oferece intervenções à Família:
Conversas Terapêuticas, baseadas em PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO e ELOGIOS
Boas maneiras (postura e atitudes)

NAO: Instrui, Dirige, Exige, Julga, Insiste num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar.

		INTERVENÇÕES OFERECIDAS:
Domínios do Funcionamento Familiar	COGNITIVO	- Elogiar Pontos Fortes da Família e seus membros. - Oferecer informações e opiniões.
	AFETIVO	- Validar ou normalizar as respostas emocionais. - Incentivar as narrativas das doenças e/ou problemas. - Estimular o apoio familiar.
	COMPORTAMENTAL	- Incentivar os membros da família a serem cuidadores. - Incentivar o descanso. - Planear rituais.

Tabela 1- Adaptada de Wright & Leahey (2012))





"(...) Nós somos apenas fragmentos de famílias a flutuar, a tentar viver a vida.

Toda a vida e toda a patologia são interpessoais.

Centrar-se sobre um processo intrapsíquico numa pessoa em particular é meramente simplificar a vida além da realidade. A partir desta perspetiva escolhi trabalhar com famílias. É aí que se encontra o verdadeiro poder e a energia da vida (...)."

(Carl Whitaker, 1990)

ANEXO XV – Resultados comparativos obtidos da Sessão de Sensibilização da Equipa de Enfermagem no contexto de cuidados diferenciados

Tabela 1 – Resultados comparativos obtidos da aplicação do Questionário de avaliação de conhecimentos pré e pós intervenção

Questionário de Avaliação de Conhecimentos		
	<u>Avaliação Inicial</u> Respostas corretas	<u>Avaliação Final</u> Respostas corretas
Conceito de Família.	20%	100%
Experiência da Família no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências.	60%	100%
Distinção dos tipos de Estigma.	0%	100%
Estigma Familiar.	20%	80%
Modalidades de Intervenção do Enfermeiro na abordagem à Família.	60%	100%
Importância do uso de modelos de avaliação e intervenção familiar.	80%	100%
Indicações para o uso do MCAIF.	60%	100%
Papel do Enfermeiro no uso do MCAIF.	0%	80%
Princípios do MCAIF.	60%	100%
Benefícios da Intervenção Familiar	40%	100%
Autoconhecimento do Enfermeiro.	40%	100%

ANEXO XVI - Material de apoio para a Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental no período perinatal – Pré-Parto

Quadro 1 – Planos de Sessão da Intervenção de Promoção da LSM – Pré-Parto

Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental no Período Perinatal			
Sessões Pré-Parto			
Sessões	Sessões	Duração	Metodologia
Avaliação Inicial Link com Formulário de preenchimento	Formulário Microsoft Forms (Microsoft 365): - Apresentar Projeto de Intervenção e Objetivos. - Validar critérios de Inclusão e Exclusão. - Solicitar consentimento Informado. Avaliação diagnóstica: - Breve questionário sócio-demográfico. - Aplicação do(s) Instrumento(s) de Avaliação: ○ Escala de Satisfação com a vida (Diener et al., 1985 adaptada para a população portuguesa por Laranjeira, 2009) ○ Questionário de sintomas depressivos/ ansiosos ○ Breve questionário de avaliação de conhecimentos sobre LSM Pré-Parto.		Online
1ª Sessão “Perturbações Mentais e Período Perinatal” Presencial	- Ensinar e sensibilizar para a temática do risco acrescido de perturbações mentais no período perinatal. - Instruir sobre estratégias de Autocuidado promotoras de Saúde Mental no período perinatal; <i>Baby blues</i> e da depressão pós-parto (DPP); - Ensinar as mulheres grávidas e companheiros sobre os sinais e sintomas de perturbações mentais no período perinatal e formas de reconhecimento precoce; - Ensinar sobre Estigma Social, como barreira ao pedido de ajuda. - Ensinar sobre a importância de Pedir Ajuda e recursos locais.	60 min.	Expositiva Participativa/ Ativa
2ª Sessão “Cuidar de mim. Cuidar de nós” Presencial	- Ensinar sobre emoções e sentimentos; - Ensinar sobre Mediadores e estratégias de expressão emocional. - Ensinar sobre estilos de comunicação e instruir técnicas de comunicação assertiva. - Dinâmica: “Primeiro EU” - Síntese dos temas abordados. - Agradecimento e Despedida.	60 min.	Expositiva Participativa/ Ativa
Avaliação Final Link com Formulário de preenchimento	Formulário Microsoft Forms (Microsoft 365) - Nova aplicação dos Instrumentos de avaliação, aplicados na Avaliação Inicial. - Questionário de Satisfação.		

Exemplos de *Slides* das apresentações de *Power Point* utilizados nas sessões de Intervenção Promoção Literacia em Saúde Mental - Pré-Parto

ESTAMOS GRÁVIDOS... E AGORA?

PARA O CASAL/ FAMÍLIA...

O nascimento de um FILHO pode ser um dos momentos mais **MARCANTES** para uma família.

Mas também exige a **reorganização do funcionamento familiar e do casal**, em particular.

Relação ~~Dual~~ Relação Triangular ✓

3 TAREFAS PRINCIPAIS:

- Ajustar sistema conjugal para dar **ESPAÇO** ao filho
- União das Tarefas de Educação do Casal.
- Realinhamento de Relacionamentos com a Família Extensa.

(Wright & Leahey, 2012)

SAÚDE MENTAL NO PERÍODO PERINATAL

"Estado de bem-estar mental que permite à pessoa realizar o seu potencial, lidar com o stress, trabalhar e contribuir para a vida comunitária."
(OMS, 2022)

Transição para a Parentalidade

Potencial de causar aumento do nível de Stress e dificuldades de ajuste:

- Psicológico
- Físico
- Satisfação Conjugal

Maior Risco de Perturbação Mental

MULHERES: 15-25%
HOMENS: 8%
+ BÉBÉ

(Coates & Foveur, 2019; Wong et al., 2016; Cameron et al., 2016)

BLUES PÓS PARTO

Disforia Puerperal = *Baby Blues* = Melancolia Pós-Parto

- **Não** é uma Doença ou Perturbação Mental.
- É **NORMAL** e ocorre em **50-85%** das puérperas. **Transcultural**.
- Pode surgir entre o **3º dia** e o **10º dia pós parto** (até ao 14º dia).

Conjunto de alterações do Humor, que se relacionam com o **reequilíbrio hormonal** que ocorre após o Parto.



DEPRESSÃO PÓS-PARTO



MATERNA

- 15-20% das mulheres



PATERNA

- 8% dos homens

- Surge entre o **2º mês e o fim do 1º ano** após o Parto.
- É uma **PERTURBAÇÃO MENTAL (Doença)**.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: SINTOMAS



- Tristeza **PERSISTENTE**
- Baixa Autoestima, Culpa e Vergonha
(Sensação de fracasso)
- Desinteresse
(sexual e pelo bebé)
- **AVOLIA**
(Falta de vontade ou incapacidade de realizar tarefas do dia-a-dia)
- Insónia
- **ANEDONIA**
(Ausência de Prazer, para atividades anteriormente prazerosas)
- Ideias de Fazer Mal a si mesmo ou a Terceiros
(Incluindo pensamentos de Morte e Suicídio)
- Alteração do apetite
- **APATIA**
(Falta de energia para realizar tarefas)

PROLONGADO NO TEMPO!

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: TRATAMENTO



• Existe **TRATAMENTO EFICAZ!** 🍓



- **MEDICAÇÃO**
- **PSICOTERAPIA + Intervenção Psicoterapêutica (EESMP)**
- **PSICOEDUCAÇÃO**
- **APOIO SOCIAL E FAMILIAR**

Como em todas as doenças:
Quanto mais cedo diagnosticada, Melhor o Prognóstico!



AS EMOÇÕES

Influenciam a forma como nos **comportamos** / **reagimos** às experiências de vida.

"O CORPO É PALCO DAS EMOÇÕES."

Geralmente, mostradas no
Corpo (sintomas físicos) e
nas
Reações/Comportamentos.

Interferem com:

Bem-
Estar

Saúde
Física e
Mental

Relaciona-
mentos/
Interações

Capacidade
Resolução
Problemas

CURTA DURAÇÃO

OS SENTIMENTOS

EMOÇÕES geram **SENTIMENTOS**

São **PRIVADOS** e **ÍNTIMOS**.
(as outras pessoas não conseguem perceber)
ACONTECE DE NÓS PARA NÓS!

EXIGE:
RACIONALIZAÇÃO.

Amizade

ÓDIO

AMOR



Só nós percebemos.
Os outros só sabem se:
contarmos ou
demonstrarmos

Menos Intensos.
LONGA DURAÇÃO

COMO LIDAR COM COMENTÁRIOS ASSERTIVAMENTE:

1º Mantenha contacto visual
Postura calma e tranquila

2º Fale de uma forma clara e específica

"Não me sinto confortável em falar sobre
Amamentação/ Roupa da bebé/ outro..., é
um assunto muito delicado para mim."

3º Use Frases começadas por "EU"

"Eu sinto-me triste quando me diz
como cuidar da minha filha."

4º Mostre Consideração pelos outros.

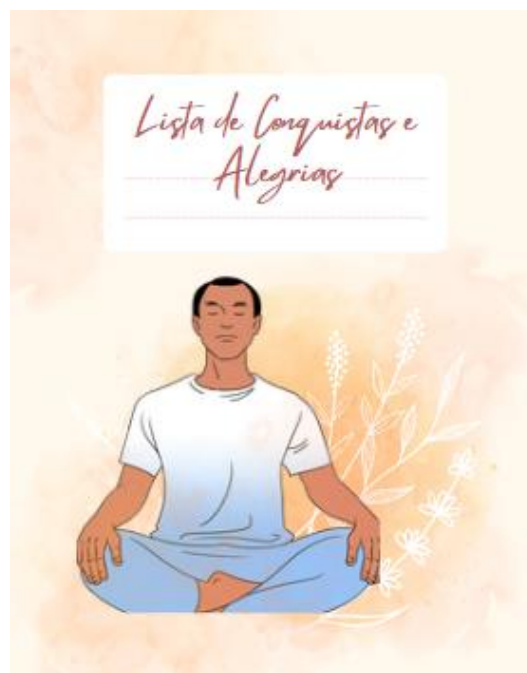
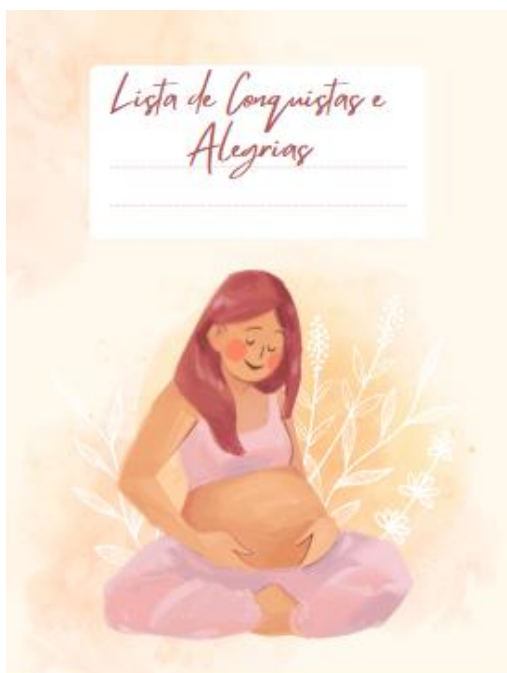
"Agradeço a sua atenção e preocupação,
mas neste momento não estou a
precisar de ajuda, conselhos, etc.."

5º Use A técnica do Disco Riscado (DJ)

"Agradeço a sua atenção e preocupação,
mas neste momento não estou a
precisar de ajuda, conselhos, etc.."



Materiais entregues aos pais durante a sessões:



ANEXO XVII – Material de Apoio à Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental no período perinatal – Pós-Parto

Quadro 1 – Planos de Sessão da Intervenção de Promoção da LSM – Pós-Parto

Intervenção de Promoção da LSM no período perinatal Sessões Pós-Parto			
Sessões	Sessões	Duração	Metodologia
Avaliação Inicial Link com Formulário de preenchimento	Formulário Microsoft Forms (Microsoft 365): • Apresentar Projeto de Intervenção e Objetivos. • Validar critérios de Inclusão e Exclusão. • Solicitar consentimento Informado. Avaliação diagnóstica: • Breve questionário sócio-demográfico. • Aplicação do(s) Instrumento(s) de Avaliação: ○ Escala de Depressão pós-parto Edimburgo (Cox et al., 1987 adaptada para população portuguesa por Augusto et al., 1996). ○ Breve questionário de avaliação de conhecimentos sobre LSM no período perinatal ○ Mental Health Continuum – Short Form (Keyes et al., 2008, validado para população portuguesa por Monteiro et al., 2021)		Online
1ª Sessão Stress e Ansiedade Presencial	• Consciencializar sobre Expectativas da Maternidade VS realidade do pós-parto; • Ensinar sobre a importância de estratégias de autocuidado mental. • Ensinar sobre a influência das distorções cognitivas no Humor Autoconceito no pós-parto. • Ensinar sobre estratégias cognitivas para lidar com pensamentos automáticos negativos no pós-parto; • Ensinar sobre técnicas de autocontrolo de Ansiedade.	60 min.	Expositiva Participativa/ Ativa
2ª Sessão “Eu, nós e os outros” Presencial	• Ensinar sobre a mudança de papéis e novos valores. • Ensinar sobre a importância das Relações interpessoais e Rede de suporte social no pós-parto; • Ensinar sobre o Pedido de ajuda e os diferentes tipos de ajuda. • Ensinar sobre satisfação conjugal no período pós-parto e estratégias de melhoria. • Síntese dos temas abordados. • Agradecimento e Despedida.	60 min.	Expositiva Participativa/ Ativa
Avaliação Final Link com Formulário de preenchimento	Avaliação dos resultados da Intervenção: • Nova aplicação dos Instrumentos de Avaliação, aplicados na Sessão Zero: • Preenchimento de Questionário de Avaliação.		

Exemplos de Slides das Apresentações *Power Point* utilizadas nas sessões de Intervenção Promoção Literacia em Saúde Mental no período Pós-Parto



PERANTE PENSAMENTOS NEGATIVOS...

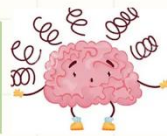
Podemos ter tendência a tentar **CONTROLAR** os nossos Pensamentos...

Exercício 1 min.
PENSE
"Carro amarelo com pintinhas brancas"



Exercício 1 min.
NÃO PENSE
"Carro amarelo com pintinhas brancas"

Quando pensa "**NAÕ POSSO PENSAR...**"...
está **aumentar a INTENSIDADE** desse Pensamento!



COMO DESAFIAR OS PENSAMENTOS PREJUDICIAIS?

QUESTIONAMENTO

- Este pensamento está a ser útil para mim?
- Há alguma outra forma de eu interpretar esta situação?
- Outra pessoa, na mesma situação...que interpretação poderia ter?
- O que é que eu diria a uma amiga, que na mesma situação, pensasse a mesma coisa que eu pensei/ estou a pensar?

Pensamentos alternativos

Diário de Pensamentos



COMO DESAFIAR OS PENSAMENTOS PREJUDICIAIS?

OBSERVAÇÃO e DISTANCIAMENTO

Distanciar-se dos seus pensamentos, identificando-os como aquilo que realmente são:
UMA HISTÓRIA QUE CONTO A MIM MESMA sobre uma situação ou factos.



Noto que estou a ter um pensamento...
Aceitação e Curiosidade.
Deixá-lo fluir...



COMO DESAFIAR OS PENSAMENTOS PREJUDICIAIS?

AUTOINSTRUÇÃO

Largar a **AUTOCRÍTICA** e falar de forma mais **gentil e bondosa** sobre nos mesmas...
É dar instruções úteis.

↓
Diálogo interno



TÉCNICAS DE AUTOCONTROLO DE ANSIEDADE

RELAXAMENTO



Progressive Muscle Relaxation



PAUSA



MINDFULNESS (Atenção Plena)



6 BENEFÍCIOS DA MEDITAÇÃO MINDFULNESS

- Redução do stress
- Aumento da atenção
- Redução da ansiedade
- Aumento da empatia
- Redução da depressão
- Aumento da autoconsciência







Materiais entregues aos pais durante a sessões:





SITUAÇÃO PENSAMENTO EMOCÃO COMPORTAMENTO

SITUAÇÃO

Exemplo> Vim ao shopping com a minha bebé, para passear um pouco e distrair-me e verifico que está muito cheio de pessoas hoje.

PISTA EMOCIONAL

Exemplo> Sinto-me ansiosa/ culpa

PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Exemplo> Vou apanhar muito trânsito a caminho de casa e assim o bebé não vai mamar à hora prevista. Eu sou má mãe e fui egoísta, pois coloquei o meu bem estar à frente do meu bebé.

COMPORTAMENTO

Exemplo> Venho logo embora e não consigo usufruir deste momento de Autocuidado Mental.

PENSAMENTO ALTERNATIVO

Exemplo> Ao cuidar de mim, estou mais disponível para a minha filha. Estou a ser boa mãe ao cuidar da minha saúde mental. Antes de sair do shopping dou de mamar e.

ANEXO XVIII – Resultados comparativos obtidos no Questionário de Avaliação de Conhecimentos na Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde Mental - Pós-Parto

Tabela 1– Resultados comparativos obtidos através da aplicação do Questionário de Avaliação de conhecimentos

Questionário de Avaliação de conhecimentos		
Perguntas:	Avaliação Inicial Respostas corretas	Avaliação Final Respostas corretas
Apenas a Saúde Física deve ser uma preocupação no pós-parto?	80%	100%
A Parentalidade é uma Transição que exige adaptação e aprendizagem?	100%	100%
Os nossos pensamentos influenciam as nossas emoções e comportamentos?	80%	100%
O questionamento é uma estratégia de gestão de pensamentos automáticos negativos?	40%	100%
A Respiração diafragmática e as práticas de <i>Mindfulness</i> são técnicas de autocontrolo de Ansiedade?	40%	100%
Uma vez que toda a gente sabe que o pós-parto é desafiante, não vale a pena pedir ajuda. Quem quiser ajudar, oferece ajuda.	60%	100%
As estratégias de Autocuidado Mental são importantes na Promoção da saúde e Prevenção das perturbações mentais?	100%	100%
O nascimento do bebé pode mudar a forma de relacionamento conjugal e familiar?	80%	100%
A Comunicação clara e honesta e a Criatividade são estratégias passíveis de melhorarem a satisfação conjugal no período perinatal?	60%	100%
Adaptação é uma palavra-chave no período perinatal?	80%	100%

ANEXO XIX – Planos de sessão da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto comunitário

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR Unifamiliar			
		Sessão 1 – ENTREVISTA FAMILIAR INICIAL			
		Avaliação Familiar Diagnóstica, baseada no MCAF			
Data:	06/12/2024	Horário	16:30h	Local	Teams (Microsoft Office 365)
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermeira Tutora				
Objetivos Gerais:	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover Funcionamento familiar efetivo, - Promover a Resiliência familiar. - Melhorar a Comunicação familiar. - Minimizar os efeitos disruptivos do PF desencadeados pela transição (de desenvolvimento e familiar) para a Parentalidade.				
Recursos:	Materiais: Computador				
Instrumentos de Avaliação:	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador NOC “Resiliência Familiar” - Indicador NOC “Coping Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
		Conteúdos programáticos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Iniciar aliança terapêutica e de confiança. - Estabelecer <i>rapport</i>. “Quebra-Gelo”. - Garantir sigilo e confidencialidade. - Informar família sobre a Intervenção, objetivos e enquadramento académico da mesma. - Solicitar assinatura do Consentimento Informado. - Avaliar humor através da descrição subjetiva dos elementos familiares. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Explicar os papéis assumidos, salientando o papel principal e ativo da Família e a importância da participação ativa e envolvimento. - Explicar estrutura prevista para a sessão. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	➤ Realizar AVALIAÇÃO FAMILIAR DIAGNÓSTICA. - Incentivar a Família a expressar abertamente os seus sentimentos e narrativas pessoais, ao longo da sessão. - Encorajar a comunicação aberta entre os membros da família. - Escuta ativa. - Iniciar a colheita de dados: - Solicitar preenchimento de: - Questionário sócio-demográfico. - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV, por cada elemento familiar. - Avaliação Familiar (baseado no MCAF) – caracterização da família: - Estrutural - Desenvolvimento			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

		○ Funcional ● Elaborar de genograma e ecomapa familiar, em conjunto com a família. ● Explorar valores e aspirações pessoais e conjuntos dos membros familiares. ● Identificar os valores e referências estruturantes da família. ● Explorar a compreensão de cada elemento do evento disruptivo (transição saúde-doença), complementando a informação que a família necessitar. ● Caracterizar com a família o Processo Familiar relacionado com as suas vontades, dificuldades e formas de responder às situações de saúde/ doença. ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Avaliar a relevância da presença de intervenção e apresentar as primeiras impressões do Diagnóstico de Enfermagem. ● Clarificar e negociar com a família a definição dos seus objetivos (realistas) para a intervenção. ● Negociar e assinar Contrato terapêutico. ● Negociar um Plano para a ação.	
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. ● Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e eventuais conquistas alcançadas durante a sessão. ● Solicitar feedback da sessão. ● Realizar breve Síntese da sessão e itens definidos no contrato terapêutico. ● Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR Unifamiliar SESSÃO 2 Intervenção Familiar, baseada no MCIF			
Data	11/12/2024	Horário	16:30h	Local	Teams (Microsoft Office 365)
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar sobre estratégias de comunicação assertiva, autocuidado mental, <i>coping</i> familiar e recursos comunitários. - Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição (de desenvolvimento e familiar) para a Parentalidade.				
Recursos	Materiais: Computador				
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador de resultado NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador de resultado NOC “Resiliência Familiar” - Indicador de Resultado NOC “<i>Coping</i> Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
		Conteúdos programáticos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Restabelecer rapport e confiança. “Quebra-Gelo”. - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO – Uso de estratégias de coping/ autocuidado mental por parte dos elementos familiares: conquistas, barreiras - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Validar e normalizar respostas emocionais dos membros. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	INTERVENÇÃO FAMILIAR, baseada no MCIF: - Monitorizar as preocupações pessoais dos diferentes elementos da família relacionadas com a comunicação familiar, tarefas com a bebé e comportamentos de arrumação excessiva. - Encorajar a comunicação e partilha aberta entre os membros da família. - Escuta ativa. - Utilizar, estrategicamente, Silêncio e PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO para promover a partilha e comunicação efetiva entre membros. - Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos. - Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias. - Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família: Fase dinâmica com necessidade de adaptação e flexibilidade.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

	<u>COGNITIVO</u> ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Elogiar as Forças da família e seus membros. ● Oferecer informações e opiniões: ○ Consciencializar para o padrão de comunicação actual e sensibilizar para um padrão de comunicação mais eficaz – mais empático e aberto. ○ Alertar para a existência de Recursos (que ainda não estejam a ser mobilizados) disponíveis (institucionais, amigos e família) e incentivar a família a entrar em contacto e solicitar mais informação de Recursos Locais existentes: Serviços de engomadoria, compras, etc... ➤ Intervenção PSICOEDUCATIVA breve: ○ Ensinar sobre Perturbações mentais perinatais: Blues Pós-parto VS Depressão pós-parto, Ansiedade (materna e paterna) ○ Ensinar sobre estratégias de Resolução de Conflitos - Estratégia WIN-WIN/ Negociação ○ Ensinar sobre técnicas de comunicação assertiva. ○ Estabelecer os pontos NÃO NEGOCIÁVEIS, por parte de cada membro familiar! <u>AFETIVO</u> ● Validar ou normalizar respostas emocionais ➤ Explicar que muitas vezes as famílias, principalmente nesta fase de Transição para a Parentalidade, cheia de necessidade de adaptação e readaptação constante (dinâmico), sentem momentos de instabilidade emocional e insegurança relativamente à sua capacidade de autoeficácia (capacidade de cuidar) e Insegurança relativamente à Satisfação Conjugal. Isso é normal e implica muitas vezes uma comunicação mais aberta e clara para melhorar o relacionamento. ➤ Validar emoções fortes, para tranquilizar e promover a esperança. ● Incentivar as Narrativas da Doença, vivências pessoais: ➤ Apoiar na criação de um contexto que proporcione a partilha de experiências relacionadas com os problemas comunicacionais entre os membros da família, legitimando emoções intensas. ➤ Explicar que muitas vezes as famílias, principalmente nesta fase de Transição para a Parentalidade, que requer necessidade de adaptação e readaptação constante (dinâmica), sentem momentos de instabilidade emocional e insegurança relativamente à sua capacidade de autoeficácia (capacidade de cuidar) e Insegurança relativamente à Satisfação Conjugal. Isso é normal e implica muitas vezes uma comunicação mais aberta e clara para melhorar o relacionamento. ➤ Incentivar a expressão do impacto da forma de comunicação disfuncional sobre a família e a influência desta sobre o seu funcionamento, sob a perspetiva de cada elemento, promovendo a validação das experiências. Estimular Suporte Familiar: ➤ Incentivar e auxiliar os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos. ➤ Assistir/ Capacitar os membros a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. ➤ Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e resiliência e mobilizáveis para o momento presente. <u>COMPORTAMENTAL</u> ➤ Incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los. ➤ ROLE-PLAY – TROCA DE PAPÉIS- para aumentar Empatia! ➤ Incentivar e assistir os familiares na criação de um Plano de Ação para trazerem melhorias ao seu relacionamento neste momento de NOVIDADE E ADAPTAÇÃO: Questionar as necessidades (físicas e emocionais) de cada membro.	
--	--	--

		➤ Assistir os familiares na definição das tarefas, definição de horários e estratégias facilitadoras, de modo a que todos os membros consigam autocuidar-se e cuidar da relação, até à próxima sessão. ➤ Incentivar familiares a procurarem ajuda profissional no caso de necessidade. ➤ Incentivar o descanso: ● Incentivar o planeamento de pausas e momentos de autocuidado, de acordo com a preferência de cada um, para cada um dos elementos – INDIVIDUAL. ➤ Planear rituais: ● Incentivar a manutenção de rotinas, rituais em conjunto, significativos para os elementos familiares. ● Incentivar a manutenção de momentos de partilha e comunicação e momentos decisão (incentivar a negociação e balancear os prós e contras em cada decisão para os elementos envolvidos) ● Definir um Plano para a ação.	
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. ● Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. ● Solicitar feedback da sessão. ● Realizar breve Síntese da sessão e ítems definidos dos PLANOS DE AÇÃO. ● Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa
Hipóteses em estudo		● Pouca compreensão das dificuldades sentidas pelo outro – por parte de cada membro do casal – necessidade de MAIS EMPATIA E COMPREENSÃO (ROLE PLAY) ● Falta de conhecimento sobre Riscos inerentes ao período perinatal para a saúde mental do casal. ● Comunicação familiar, por vezes, pouco ASSERTIVA! ● Necessidade de ventilação emocional DIFICULDADE em flexibilizar tarefas de dia-a-dia – DEMASIADO CONTROLE, RIGIDEZ e Ansiedade!	

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR (Unifamiliar) SESSÃO 3 Intervenção Familiar, baseada no MCIF			
Data	18/12/2024	Horário	16:30h	Local	Teams (Microsoft Office 365)
Realizada por:	- Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. - Enfermeira Tutora.				
Objetivos Gerais	- Promover o envolvimento e suporte familiar. - Promover a Resiliência familiar. - Promover o Funcionamento familiar. - Melhorar o conhecimento familiar sobre estratégias de comunicação assertiva, autocuidado mental, <i>coping</i> familiar e recursos comunitários. - Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição (de desenvolvimento e familiar) para a Parentalidade.				
Recursos	Materiais: Computador				
Instrumentos de Avaliação	- Questionário sócio-demográfico. - Indicador de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” - Indicador de Resultado NOC “Resiliência Familiar” - Indicador de Resultado NOC “Coping Familiar” - Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)				
Conteúdos programáticos					Metodologia
Fase Inicial	10 min	- Acolhimento da Família. - Restabelecer <i>rappor</i>t e confiança. “Quebra-Gelo”. - Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. - Avaliar humor dos membros familiares. - Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. - Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO – Plano de Cuidados + Plano de Rituais familiares: conquistas /barreiras - Escuta ativa. - Mostrar disponibilidade e interesse. - Prestar suporte emocional. - Validar e normalizar respostas emocionais dos membros. - Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. - Explicar estrutura prevista para a sessão.			Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	INTERVENÇÃO FAMILIAR, baseada no MCIF: - Monitorizar as preocupações pessoais dos diferentes elementos da família relacionadas com a comunicação familiar, tarefas com a bebé e comportamentos de arrumação excessiva. - Encorajar a comunicação e partilha aberta entre os membros da família. - Escuta ativa. - Utilizar, estrategicamente, Silêncio e PERGUNTAS DE INTERVENÇÃO para promover a partilha e comunicação efetiva entre membros. - Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos. - Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias. - Apoiar consciencialização da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família – FASE DINÂMICA com necessidade constante de adaptação/ FLEXIBILIDADE.			Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

		<u>COGNITIVO</u> ● Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família. ● Elogiar as Forças da família e seus membros. ● Oferecer informações e opiniões: ➢ Intervenção PSICOEDUCATIVA breve: ○ Ensinar sobre Técnicas de Comunicação Assertiva e Não Violenta (Rosenberg, 2021). ○ Ensinar sobre estratégias de <i>coping</i> familiar. <u>AFETIVO</u> ● Validar ou normalizar respostas emocionais ➢ Validar emoções fortes, para tranquilizar e promover a esperança. ➢ Explicar que muitas vezes as famílias, principalmente nesta fase de Transição para a Parentalidade, cheia de necessidade de adaptação e readaptação constante (dinâmico), sentem momentos de instabilidade emocional e insegurança relativamente à sua capacidade de autoeficácia (capacidade de cuidar) e insegurança relativamente à Satisfação Conjugal.. Isso é normal e implica muitas vezes uma comunicação mais aberta e clara para melhorar o relacionamento. ● Incentivar as Narrativas da Doença, vivências pessoais: ➢ Explicar que muitas vezes as famílias, principalmente nesta fase de Transição para a Parentalidade, cheia de necessidade de adaptação e readaptação constante (dinâmico), sentem momentos de instabilidade emocional e insegurança relativamente à sua capacidade de autoeficácia (capacidade de cuidar) e Insegurança relativamente à Satisfação Conjugal. Isso é normal e implica muitas vezes uma comunicação mais aberta e clara para melhorar o relacionamento. ● Estimular Suporte Familiar: ➢ Incentivar e auxiliar os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos. ➢ Assistir/ Capacitar os membros a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. ➢ Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e resiliência e mobilizáveis para o momento presente. <u>COMPORTAMENTAL</u> ➢ Incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los: ➢ Incentivar o descanso: ● Incentivar o planeamento de pausas e momentos de autocuidado, de acordo com a preferência de cada um, para cada um dos elementos. ➢ Planear rituais: ● Incentivar a manutenção de rotinas, rituais em conjunto, significativos para os elementos familiares. ● Incentivar a manutenção de momentos de partilha e comunicação e momentos decisão (incentivar a negociação e balancear os prós e contras em cada decisão para os elementos envolvidos) ● Definir um Plano para a ação: ➢ Assistir na definição de três momentos/ rituais conjuntos, significativos para a família e avaliar o grau de compromisso/ possíveis barreiras e/ou ou dificuldades. ➢ Incentivar a família a encontrar estratégias para contornar dificuldades.	
Fase Final	10 min	● Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. ● Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. ● Solicitar feedback da sessão. ● Realizar breve Síntese da sessão e itens definidos dos PLANOS DE AÇÃO. ● Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

Tema		INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR (Unifamiliar) SESSÃO 4 – Avaliação Final				
Data	07/01/2025	Horário	16:30h	Local	Teams (Microsoft Office 365)	
Realizada por:	● Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. ● Enfermeira Tutora.					
Objetivos Gerais	● Promover o envolvimento e suporte familiar. ● Promover a Resiliência familiar. ● Promover o Funcionamento familiar. Promover o <i>Coping</i> Familiar ● Melhorar o conhecimento familiar sobre estratégias de comunicação assertiva, autocuidado mental, <i>coping</i> familiar e recursos comunitários. ● Minimizar os efeitos disruptivos do Processo Familiar desencadeados pela transição (de desenvolvimento e familiar) para a Parentalidade.					
Recursos	● Materiais: Computador					
Instrumentos de Avaliação	● Questionário sócio-demográfico. ● Indicador de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” ● Indicador de Resultado NOC “Resiliência Familiar” ● Indicador de Resultado NOC “ <i>Coping</i> Familiar” ● Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)					
		Duração	Conteúdos programáticos			Metodologia
Fase Inicial	10 min	● Acolhimento da Família. ● Restabelecer <i>rapport</i> e confiança. ● Reavaliar motivação e envolvimento para a mudança. ● Avaliar humor dos membros familiares. ● Possibilitar a expressão de reflexões, méritos e preocupações que tenham surgido, desde a sessão anterior. ● Questionar relativamente ao PLANO DE AÇÃO. ● Escuta ativa. ● Mostrar disponibilidade e interesse. ● Prestar suporte emocional. ● Questionar a família se existe alguma questão ou dúvida. ● Explicar estrutura prevista para a sessão.				Expositiva Interrogativo Participativa
Fase Intermédia	40 min	● Estabelecer a “ponte” entre o início da intervenção e o momento atual: os novos recursos/ estratégias, as conquistas, as dificuldades superadas e a melhoria de bem-estar individual e familiar; ● Enfatizar a maior consciencialização acerca do problema e a competência adquirida da família, através de exemplos efetivos; ● Ajudar a família na gestão de expectativas e antecipar possíveis momentos de retrocesso temporários; ● Explicar que se trata de um processo contínuo. ● Relembrar todas as estratégias, técnicas comunicacionais e de resolução de conflito aprendidas e relembrar conteúdos ensinados; ● Informar que devem recorrer a ajuda adicional, nomeadamente profissional de saúde mental, se necessário; ● Analisar os objetivos familiares definidos na sessão 1 e avaliar seu atingimento/superação – ganhos em saúde;				Expositiva Participativa/ Ativa Interativa

		• Realçar a diferença (positiva entre os dois momentos) e as conquistas. Elogiar as forças da família. • Solicitar novo preenchimento da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar - FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017) e preencher novamente indicadores NOC selecionados.	
Fase Final	10 min	• Questionar se há alguma dúvida ou algo importante que não foi abordado ou esclarecido. • Enfatizar e elogiar o esforço, participação ativa e méritos alcançados durante a sessão. • Solicitar feedback da sessão. • Realizar breve Síntese da sessão e itens definidos dos PLANOS DE AÇÃO. • Agendar sessão seguinte e breve explicação sobre a estrutura prevista.	Expositiva Participativa/ Ativa

ANEXO XX – Resultados obtidos da Intervenção Psicoterapêutica Promotora do Processo Familiar no contexto comunitário

Tabela 1 – Resultados obtidos da aplicação da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar FACES IV
(Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)

Resultados na Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES IV (Olson et al., 2006 adaptada para a população portuguesa por Gomes et al., 2017)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Sra. M. (Esposa)		
Coesão	80	85
Flexibilidade	65	82
Desagregada	15	10
Aglutinada	40	32
Rígida	15	20
Caótica	40	26
Rácio de Coesão	2,9	4,05
Rácio de Flexibilidade	2,35	3,56
Rácio Total	2,63	3,8
Escala de Comunicação	Percentil 74 » 4	Percentil 90 » 4
Escala de Satisfação	Percentil 58 » 3	Percentil 71 » 4
Sr. C. (Marido)		
Coesão	65	85
Flexibilidade	65	82
Desagregada	20	26
Aglutinada	50	15
Rígida	32	32
Caótica	26	20
Rácio de Coesão	1,85	4,15
Rácio de Flexibilidade	2,24	3,15
Rácio Total	2,01	3,65
Escala de Comunicação	Percentil 70 » 4	Percentil 86 » 5
Escala de Satisfação	Percentil 45 » 3	Percentil 97 » 5

Tabela 2 – Resultados obtidos da aplicação dos Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar”

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Funcionamento Familiar” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Cuida dos membros dependentes.	5	5
Regula o comportamento dos membros.	3	4
Aloca responsabilidade entre os membros.	4	4
Mantém um núcleo estável de tradições.	4	5
Adapta-se às transições de desenvolvimento.	3	5
Adapta-se a crises inesperadas.	2	5
Obtém os recursos necessários para atender às necessidades dos membros.	4	5
Cria um ambiente onde os membros podem expressar abertamente os seus sentimentos.	3	4
Aceita a diversidade entre os membros.	3	4
Envolve os membros na resolução de problemas.	4	4
Envolve os membros na resolução de conflitos.	3	4
Membros recetivos a novas ideias.	3	4
Os membros desempenham o papel esperado.	3	4
Os membros apoiam-se mutuamente.	4	5
Os membros auxiliam-se mutuamente.	4	5
Os membros passam tempo juntos.	4	5
Os membros manifestam compromisso com a família.	5	5
Os membros expressam lealdade à família.	5	5

Tabela 3 – Resultados obtidos da aplicação dos Indicadores de Resultado NOC “Resiliência Familiar”

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “Resiliência Familiar” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Propõe soluções práticas e construtivas para os desentendimentos.	3	4
Adapta-se à adversidade como desafios.	4	4
Tolera separações quando necessário.	3	4
Discute o significado da crise.	3	4
Expressa confiança na superação das adversidades.	3	4
Mantém valores, metas e sonhos.	4	4
Apoia os membros.	4	5
Coopera para enfrentar desafios.	4	5
Cuida dos membros.	4	5
Protege os membros.	3	5
Comunica-se claramente entre os membros.	3	4
Esclarece comunicação ambígua.	2	4
Utiliza estratégias de resolução de conflitos.	2	4
Compartilha o humor.	3	4
Relata a aprendizagem e o crescimento.	3	4
Mantém rotinas familiares habituais.	2	4
Prepara-se para desafios futuros.	3	4
Apoia a individualidade e independência entre os membros.	3	4
Aceita auxílio no atendimento direto da família distante.	2	3
Aceita auxílio no atendimento direto dos amigos.	2	4
Aceita auxílio nas atividades instrumentais da vida diária da família.	2	3
Busca apoio emocional da família estendida.	3	4
Busca apoio emocional de amigos.	3	5
Utiliza recursos da comunidade para a assistência.	4	5
Ajusta horários para apoiar e ajudar os membros.	4	5
Utiliza a equipa de saúde para obter informações e assistência.	5	5

Tabela 4 – Resultados obtidos da aplicação dos Indicadores de Resultado NOC “*Coping Familiar*”

Resultados obtidos nos Indicadores de Resultado NOC “<i>Coping Familiar</i>” (Moorhead et al., 2020)		
Índice de Resultados: NUNCA DEMONSTRADO (1); RARAMENTE DEMONSTRADO (2); ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO (3); FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO (4); CONSISTETEMENTE DEMONSTRADO (5)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Estabelece flexibilidade do seu papel.	1	4
Permite flexibilidade do papel dos membros.	2	4
Confronta problemas familiares	2	4
Gere os problemas familiares.	1	4
Envolve os membros da família na tomada de decisões	2	5
Expressa sentimentos e emoções abertamente entre os membros.	3	4
Utiliza estratégias para gerir conflitos familiares.	3	4
Cuida das necessidades de todos os membros da família.	2	5
Estabelece as prioridades da família.	3	4
Estabelece agenda para rotinas e atividades da família.	2	4
Compartilha responsabilidades pelas tarefas da família.	1	5
Mantém estabilidade financeira.	1	5
Obtém assistência familiar.	3	5
Utiliza sistema de apoio familiar disponível.	3	3
Utiliza recursos comunitários disponíveis.	2	4
Utiliza recursos da comunidade para a assistência.	2	5

ANEXO XXI – Certificados de Participação em Eventos Científicos e de atribuição de Prémios



Certificado

Certifica-se que **Melânia Soares Almeida Rocha** assistiu via digital aos trabalhos do **IX Encontro Nacional das Famílias**, subordinado ao tema **"DIREITO À PARTICIPAÇÃO"**, realizado no dia 12 de Julho de 2024, no Centro de Congressos de Lisboa, organizado pela FamiliarMente, Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental e a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde.

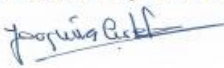
Lisboa, 15 de Julho de 2024

Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental,
do Ministério da Saúde



Miguel Xavier

Presidente da FamiliarMente, Federação Portuguesa das Associações
das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental



Joaquina Castelhão



código de validação: 8a69919125a0

Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Melania Soares Almeida Rocha** participou no **Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem**, realizado a 6 e 7 de maio de 2024, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a duração de 18 horas.

Atividades em que participou:

Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MELANIA SOARES ALMEIDA ROCHA

membro nº 51414 desta Ordem, participou no(a) "Webinar Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade", realizado no dia 22 de Janeiro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Coimbra, 22 de Janeiro de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

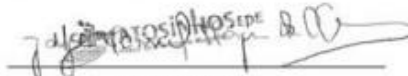


CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE O POSTER "**PROBLEMÁTICAS ATUAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL**"
DAS AUTORAS **ANA VINHAS, ANA SANTOS, MELÂNIA ROCHA E PAULA COUTINHO**, FOI
APRESENTADO E OBTVEU O 3º PRÉMIO NO "IV ENCONTRO DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA DA ULSM" QUE DECORREU NO
AUDITÓRIO DA ULSM. E.P.E., REALIZADO NO DIA 17 DE MAIO DE 2024.

MATOSINHOS, 17 DE MAIO DE 2024

O Diretor do Serviço de Gestão do Conhecimento


Doutor Jorge Oliveira