



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

**Treino da Assertividade com a Pessoa com Doença  
Mental: Intervenção de Enfermagem**

**João Paulo Antunes**

---

**Lisboa  
2022**



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

**Treino da Assertividade com a Pessoa com Doença  
Mental: Intervenção de Enfermagem**

**João Paulo Antunes**



Orientador: Professora Maria Isabel da Costa e Silva



**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Costa e Silva pela dedicação e apoio na sua orientação, pela partilha de conhecimento e, acima de tudo, por me ter demonstrado que a formação contínua em enfermagem pode ser um dos pontos de partida para a excelência do cuidar na nossa profissão.

A todos os Professores do curso de mestrado pelos constantes desafios e *insights* que em muito contribuíram para o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos Enfermeiros Especialistas, orientadores do meu estágio, por acreditarem em mim, pelo suporte, pela resiliência e pelas oportunidades de aprendizagem que me possibilitaram um novo olhar sobre a pessoa com doença mental. Às equipas multidisciplinares que tão bem me acolheram e auxiliaram nos contextos de estágio.

Aos meus colegas de turma de mestrado pelos momentos de reflexão e partilha.

À Rita, amiga, colega de trabalho e de mestrado, por ter partilhado esta “viagem” comigo, pela presença e motivação constante.

Aos meus amigos pela paciência e pelas horas ausentes nesta jornada académica.

À minha família pelo amor, segurança e cuidado, por me fazerem feliz!

A todos os Clientes pela coragem e amabilidade ao me aceitarem nas suas vidas, por serem parceiros, por partilharem as suas “forças” e me ajudarem, também, na descoberta das minhas próprias “forças”. Sem eles não seria possível este processo de transição...

A todos vós, o meu eterno Obrigado!

## RESUMO

O presente relatório de estágio, descreve o percurso formativo realizado ao longo do estágio onde se implementou um projeto de intervenção de enfermagem com o intuito de promover a assertividade da pessoa com doença mental, demonstrando a aquisição das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

A pessoa com doença mental apresenta, muitas vezes, um evidente déficit de competências sociais, especialmente no que diz respeito à comunicação. Deste modo, o treino da assertividade, revela-se imprescindível uma vez que enfatiza interações sociais frutíferas, sentimentos de autoconfiança e de realização pessoal.

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

A metodologia consistiu na realização de um programa de treino da assertividade, composto por sete sessões, a um grupo de oito participantes internados num serviço de psiquiatria.

Ao analisar os resultados obtidos, verificou-se que o treino da assertividade promoveu a autoestima, a autoconfiança e as habilidades comunicacionais da pessoa com doença mental e, assim, o seu empoderamento e a sua qualidade de vida. O treino da assertividade é uma área do domínio de intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, podendo desenvolve-se em *settings* terapêuticos, onde enfermeiro e cliente caminham numa relação de parceria e colaboração ativa.

**Palavras-Chave:** Doente Mental, Doença Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Assertividade, Treino da Assertividade.

## **ABSTRACT**

This following internship report describes the training course carried out during the master period where a nursing intervention project was implemented with the aim of promoting the assertiveness of the person with mental illness, acquiring and reinforcing skills as a specialist nurse in mental health and psychiatric nursing.

People with mental illness reveal, very often, a lack of social skills, especially in communication field. Therefore, an assertiveness training may be essential to increase and develop social interaction, self-confidence and self-realization.

The internship aim to achieve a high level of self-knowledge and self-awareness, personally and professionally; perform a global evaluation of each person which allows to collect a clear health history where should emerge their own mental health issues; do an individualized mental health care plan for the clients, based on nursing diagnosis and expected results; perform advanced mental health nursing interventions, which may be reached from assertiveness training, leading to empowered clients.

The methodology consisted in an assertiveness training program, made by seven sessions, with eight clients from a psychiatric ward.

By analyzing the results, they tend to confirm that assertiveness training increased patients self-esteem and self-confidence, promoted their communication skills, as well as, their empowerment and quality of life. The assertiveness training reveals it self as an asset that should be performed by mental health nurses, within a therapeutic setting, where nurses and patients share a partnership and active collaboration.

**Keywords:** Mentally ill, Mental Illness, Psychiatric Nursing, Assertiveness, Assertiveness Training.

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

EE – Enfermeiro Especialista

EEO – Enfermeiro(a) Especialista Orientador(a)

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EFCP – Equipa Funcional Comunitária de Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

UILD – Unidade de Internamento de Longa Duração

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. QUADRO DE REFERÊNCIA.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. A Assertividade .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Treino da Assertividade na Pessoa com Doença Mental... ..</b>	<b>16</b>
1.2.1. Treino da Assertividade, uma intervenção de enfermagem .....	21
<b>1.3. O cuidar baseado nas forças de Laurie Gottlieb.....</b>	<b>24</b>
<b>2. PERCURSO DA APRENDIZAGEM: INTERVENÇÕES REALIZADAS .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Finalidade e objetivos do estágio .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2. Caraterização do contexto comunitário.....</b>	<b>30</b>
2.2.1. Descrição e análise das intervenções desenvolvidas.....	31
<b>2.3. Caraterização do contexto de internamento .....</b>	<b>41</b>
2.3.1. Descrição e análise das intervenções desenvolvidas.....	42
<b>2.4. Análise das competências desenvolvidas.....</b>	<b>51</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I - Planificação geral do programa “Treino da Assertividade”

APÊNDICE II - Normas e regras orientadoras do grupo terapêutico

APÊNDICE III - Grelha de avaliação das sessões com os indicadores NOC

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio tem como finalidade espelhar um percurso de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional, durante o qual se pretendeu a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

De acordo com Price (1979) a doença mental manifesta-se na comunicação inadequada e no défice de capacidade da pessoa em desenvolver interações significativas com os outros. Nesta linha de pensamento, a mesma autora (1979), apoiando-se em teóricos das relações interpessoais, afirma que não se pode desagregar o ser humano do meio social onde ele evoluiu. A pessoa com doença mental passa por múltiplos fenómenos psicossociais que a remetem a um espaço onde a sua capacidade de se afirmar perante si e o mundo se encontra comprometida.

A doença mental apresenta diversas implicações pessoais e sociais, destacando-se a perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação e de desempenho, com graves repercussões na qualidade de vida das pessoas que a experienciam (Gühne et al., 2015). Pereira et al. (2018) reforçam esta ideia afirmando que a pessoa com doença mental, pelo seu défice de aptidões cognitivas e comportamentais, manifesta muitas vezes diversos constrangimentos a nível das suas competências de comunicação.

Malky et al. (2016) consideram que as habilidades de comunicação são fundamentais para o bem-estar geral, criando uma atmosfera interpessoal positiva e capacidades de resolução de problemas. Koolae et al. (2016) afirmam que o treino das habilidades comunicacionais promove a resolução de problemas comportamentais e a qualidade de vida na pessoa com doença mental.

Assim, o treino da assertividade revela-se fundamental para a pessoa com doença mental visto que promove uma interação social satisfatória, a autoafirmação e a autoconfiança (Sequeira, 2020). A assertividade comporta igualmente poder, desenvolvimento e realização pessoal (Seifert, 2009). De acordo com Loureiro (2013) a assertividade, enquanto competência social, assume um papel relevante na promoção de relações interpessoais frutíferas e, assim, os EESMP são agentes ativos na conceção, implementação e avaliação de programas de treino da assertividade.

Deste modo, o treino da assertividade apresenta-se como um conjunto de técnicas e estratégias metódicas que promovem a aprendizagem e o desenvolvimento de aptidões interpessoais, pertinentes para a promoção da saúde mental e recuperação da pessoa com doença mental (Townsend, 2011; Pereira et al., 2018).

Face ao supracitado, considerei o treino da assertividade uma área do domínio de intervenção do EESMP pois, tal como refere a OE, este “executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” e “avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428). Assim, o EESMP, no seu campo de ação, desenvolve “estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21429).

A minha experiência profissional, em contexto de cuidados de saúde mental, permitiu-me observar uma evidente desvalorização no que diz respeito à promoção e desenvolvimento habilidades de comunicação assertiva da pessoa com doença mental, as quais se apresentam como promotoras da sua autonomia.

Concomitantemente, a prestação de cuidados de enfermagem assumiu-se, para mim, como um desafio constante, quer na vertente profissional como na dimensão pessoal. No meu contexto profissional, ao vivenciar as diversas experiências de sofrimento mental dos clientes por mim assistidos, compreendi que as minhas características pessoais e aptidões comunicacionais e relacionais, destacando o meu próprio défice de assertividade, influenciavam continuamente as minhas decisões e ações e, inevitavelmente, o resultado das intervenções por mim realizadas. Progressivamente, tomei consciência de que o desenvolvimento do exercício autorreflexivo, em busca do meu autoconhecimento, se tornou imperativo.

Nesta perspetiva, o desenvolvimento de competências no campo da relação terapêutica, enquanto intervenção autónoma de enfermagem e baseada em habilidades comunicacionais, verificou-se, igualmente, emergente. Tal como refere Chalifour (2008), a intervenção de um profissional de ajuda requer alguns propósitos, tais como: a aplicação de técnicas e de conhecimentos de comunicação, pressupondo uma conceção unificada da pessoa alvo de cuidados, da ajuda a ser fornecida e dos modos de “fazer” e de “estar” para oferecer a ajuda. Para além disso exige do profissional um bom conhecimento dos seus referenciais pessoais e teóricos,

influenciadores das suas observações, dos sentidos por si atribuídos e da escolha das intervenções que são executadas.

Por outro lado, percebi que os cuidados prestados, à pessoa cuidada, visam a pesquisa e descoberta das suas forças, tornando-a “capaz”, num processo de parceria e colaboração mútua, onde enfermeiro e cliente terão de desenvolver um papel ativo. A capacitação constitui o veículo para tornar a pessoa com doença mental conhecedora de si, promove a sua autonomia, funcionalidade, relações interpessoais e, conseqüentemente, a sua realização pessoal e qualidade de vida, sendo este o propósito da disciplina e *praxis* da enfermagem, premissa reforçada persistentemente ao longo do curso de mestrado em enfermagem. Também de acordo com a OE (2021), a intervenção do EESMP é fulcral em todos os contextos em que a pessoa com doença mental se insere, na sua estabilização clínica e na maximização da sua autonomia.

Diogo (2009) e Larsen e Sagvaag (2018) afirmam que capacitar passa por garantir o bem-estar contínuo da pessoa, tornando-a responsável e autónoma, a nível da sua saúde, decisões e no processo de se afirmar perante si e o meio onde se encontra.

Deste modo, optei por eleger a problemática da capacitação da pessoa com doença mental através do treino da assertividade, perspetivando um processo de parceria e colaboração, onde a pessoa necessitada de cuidados e eu próprio tivéssemos a oportunidade de desenvolver as nossas competências de comunicação e de relação interpessoal. Assim, o projeto de estágio foi elaborado tendo como base orientadora as minhas necessidades de aprendizagem, reconhecidas no meu contexto profissional e, acima de tudo, o meu desejo pessoal em desempenhar um papel ativo na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença mental.

O estágio, com dezoito semanas de duração, decorreu no período de 23 de Novembro de 2020 a 26 de Abril de 2021, em contexto comunitário, numa Unidade Funcional Comunitária de Psiquiatria (UFCP) e posteriormente, em contexto de internamento, numa Unidade de Internamento de Longa Duração (UILD), localizados ambos no distrito de Lisboa.

A metodologia utilizada neste relatório de estágio é descritiva e reflexiva, tendo como ponto de partida a evidência científica e as atividades e intervenções

desenvolvidas em contexto de estágio, articulando-as com os resultados obtidos e as competências adquiridas e desenvolvidas.

O relatório encontra-se, deste modo, estruturado em três partes. Inicialmente é apresentado o quadro de referência que norteou as atividades e intervenções desenvolvidas em contexto de estágio. Os conceitos apresentados resultaram da pesquisa e revisão da evidência científica sobre a problemática, sendo articulados com os contributos do modelo do cuidar em enfermagem baseado nas forças de Laurie Gottlieb.

A segunda parte dá enfoque ao percurso da aprendizagem em si, onde é enunciada a finalidade do estágio e os seus objetivos, caracterizados os contextos de estágio, descritas as atividades e intervenções desenvolvidas e analisados os resultados das mesmas. Este exercício é realizado continuamente com a articulação das competências específicas do EESMP. Ainda na segunda parte é apresentada uma breve análise de competências desenvolvidas com enfoque nas competências específicas do EESMP, nas competências comuns do EE e nas competências de mestre. Por fim, na terceira parte são apresentadas as considerações finais que espelham as aprendizagens, as limitações e as dificuldades sentidas, bem como possíveis sugestões para a prática de enfermagem.

# 1. QUADRO DE REFERÊNCIA

O presente capítulo tem início na exposição dos conceitos de assertividade e treino da assertividade. De seguida, aborda-se a temática do treino da assertividade na pessoa com doença mental, bem como as intervenções que o enfermeiro pode desenvolver para a sua implementação. Por último, apresenta-se a filosofia do modelo de enfermagem do cuidar baseado nas forças de Gottlieb.

Teve por base a pesquisa dos conceitos implicados na problemática, na plataforma *EBSCO HOST*, tendo sido selecionadas as bases de dados *CINAHL COMPLETE* e *MEDLINE COMPLETE* e utilizados os termos de pesquisa: “assertiveness training; treino da assertividade”, “*mental health*; saúde mental” e “nursing; enfermagem”. Foram utilizados os seguintes delimitadores: texto integral, artigos de investigação publicados entre os anos de 2016 a 2021 em língua inglesa e portuguesa, tendo sido obtidos vinte artigos. De seguida, foi realizada uma leitura dos mesmos, tendo sido selecionados sete artigos que dizem respeito ao treino da assertividade no âmbito da enfermagem psiquiátrica. Foi, igualmente, realizada uma pesquisa cinzenta na plataforma *Google Scholar*.

Como fonte de evidência científica procedeu-se, ainda, a uma pesquisa no centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## 1.1. A Assertividade

O estudo das competências sociais tem início na década de 40 com o precursor da terapia comportamental, Andrew Salter. No entanto, foi em 1958 que Joseph Wolpe se referiu à assertividade como competência social (Caballo, 2007).

A assertividade foi definida por Arnold Lazarus, em 1971, como “a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum” (Grilo, 2012, p. 283). Em 1976, Arthur Lange e Patricia Jakubwski, descreveram a assertividade como a defesa dos direitos pessoais e dos outros, onde a expressão de sentimentos e pensamentos ocorre de forma honesta e apropriada (Grilo, 2012). Posteriormente, na década de 80, a assertividade foi considerada como o comportamento que possibilita a pessoa a agir de acordo com os seus interesses, a defender-se sem ansiedade,

expressando os seus sentimentos, necessidades e direitos pessoais sem constrangimento (Alberti & Emmons, 2017).

Castanyer (2010) relata a associação da assertividade com a autoestima, reforçando que uma interação satisfatória resulta especialmente do facto de nos sentirmos valorizados e respeitados, não dependendo tanto dos outros, mas sim do facto de possuímos um conjunto de competências que nos permitam sentir bem connosco mesmos. A mesma autora (2010) justifica que o carinho, o respeito e o valor que a pessoa sente por si própria encontram-se intimamente relacionados com a capacidade de se relacionar com o mundo, estando assim associada a um desempenho social eficaz.

O comportamento assertivo promove na pessoa um sentimento de poder pessoal e, assim, a sua autoestima. As pessoas assertivas tendem a sentir mais controlo sobre as suas vidas e maior satisfação nos relacionamentos interpessoais, alcançando os seus objetivos com maior frequência (Shrestha, 2019). Ao desenvolver a assertividade promove-se, igualmente, a autorresponsabilização, o respeito e a empatia pelos outros (Hargie, 2011).

Sequeira (2020) define assertividade como a “capacidade, em termos de comunicação, que possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro” (p. 199).

A assertividade enfatiza a expressão de emoções, pensamentos e tendências no contexto interpessoal, sendo considerado um estilo de comunicação que desempenha um papel fundamental na relação eficaz com os outros. Consequentemente, as pessoas que apresentam maior nível de assertividade nas suas interações sociais manifestam maior probabilidade de desenvolverem mais e melhores relacionamentos com o outro (Morrissey & Callaghan, 2011; Sequeira, 2016).

No parecer de Arnold e Boggs (2016) o comportamento assertivo é definido tendo por base o estabelecimento de metas, através das quais o indivíduo age de modo claro e consistente, responsabilizando-se pelas consequências das suas ações. Estas autoras (2016) destacam, ainda, que a comunicação assertiva inclui quatro habilidades, sendo elas: dizer “não”; pedir o que se deseja; expressar adequadamente sentimentos e pensamentos positivos e negativos; iniciar, manter e terminar uma interação.

Na mesma perspectiva Sequeira (2020) descreve os direitos inerentes à comunicação assertiva, sendo eles: direito de expressar pensamentos, opiniões e sentimentos, assumindo a responsabilidade pelas consequências dessa expressão, direito a ser escutado, direito de cometer erros, direito de dizer “não sei qual a solução”, direito a não ser perfeito, direito a mudar de opinião, direito a fazer pedidos e direito a dizer “não” ou “não entendo”.

A assertividade é um conceito multidimensional e por esse motivo, ao longo do tempo, têm surgido diversas definições para a mesma. No entanto, são vários os autores que abordam a assertividade como uma competência que pode ser aprendida e não como um traço de personalidade (Pereira et al., 2018; Sequeira, 2020). Riley (2004) reforça esta ideia ao referir que a assertividade ou comunicação assertiva é uma arte, uma opção, desenvolvendo-se num processo contínuo de aprendizagem e de treino sistemático.

O défice de assertividade encontra-se relacionado com diversos fatores como a punição, a modelagem, a falta de oportunidade, as crenças pessoais, os padrões culturais e o desconhecimento dos direitos do próprio. Neste sentido, o treino da assertividade ou treino assertivo pode ser considerado um processo iniciado na identificação das dimensões onde existe défice assertivo e na análise dos fatores que impedem a pessoa de se exprimir de forma adequada. A operacionalização desses mesmos fatores desenvolve-se através do ensaio das respostas assertivas nas dimensões identificadas como problemáticas num ambiente protegido, confidencial e acompanhado por um profissional e, conseqüentemente, a pessoa executa esforços para aplicar as aprendizagens desenvolvidas em situações da sua vida (Galassi & Galassi, 1977, citados por Grilo, 2012).

Os programas de treino da assertividade visam auxiliar a pessoa a: desenvolver o seu autoconhecimento, identificar áreas problemáticas no que concerne à comunicação e interação social bem como, desenvolver a sua capacidade de expressão e a conhecer a habilidade da assertividade. Este processo é executado através da compreensão dos fundamentos do comportamento assertivo, da identificação dos vários estilos de comunicação, do desenvolvimento da capacidade de escuta, de avaliação, de recusa e execução de solicitações, da gestão da raiva e da expressão da aprovação e do afeto (Lin et al., 2008; Seifert, 2009; Alberti & Emmons, 2017).

Assim, o treino da assertividade apresenta como principais objetivos: mudar o modo como a pessoa se vê a si própria, promover a sua capacidade de autoafirmação, permitir que expresse adequadamente os seus pensamentos e sentimentos e, conseqüentemente, estabelecer a autoconfiança (Alberti & Emmons, 2017).

Por último, apresenta-se um outro conjunto das funções do treino assertivo, entre as quais se destacam: ajudar a pessoa a assegurar os seus direitos e reconhecer os direitos dos outros; comunicar opiniões com confiança; recusar pedidos não razoáveis; evitar conflitos desnecessários; desenvolver e manter um sentido pessoal eficaz (Townsend, 2011; Hargie, 2011). O treino da assertividade “encerra ainda outras vantagens de âmbito pessoal, nomeadamente, aumento de sentimentos de autoconfiança, reações positivas dos outros, e diminuição quer da ansiedade nas situações sociais, quer das queixas somáticas do indivíduo” (Galassi & Galassi, 1977, citados por Grilo, 2012, p. 285).

## **1.2. Treino da Assertividade na Pessoa com Doença Mental**

Segundo o Ministério da Saúde de Portugal (2018) a saúde mental é parte integrante da saúde e, apoiando-se na Organização Mundial de Saúde, refere que a saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere” (p. 35).

Sequeira e Sampaio (2020) referem que a saúde mental não implica apenas a ausência de doença, perturbações mentais ou alterações do comportamento. Para estes autores (2020) a saúde mental envolve a capacidade da pessoa para estabelecer relações adequadas com o outro, participar de forma ativa no meio onde se insere, gerir conflitos internos ou momentos de crise e investir em realizações pessoais. De acordo com a OE (2021) a doença mental é responsável por provocar severas alterações no funcionamento da pessoa, refletindo-se nas mais diversas áreas da sua vida, nomeadamente no modo como se relaciona com o outro e com o meio envolvente.

Nesta linha de pensamento, Sequeira e Sampaio (2020) defendem que a doença mental não deverá ser considerada como ausência de saúde, mas sim como

uma alteração em três domínios essenciais: a integração, a adaptação e a autonomia. Para isso a pessoa necessita de se relacionar e comunicar.

De acordo com Sequeira (2016) a comunicação é umas das principais fontes do desenvolvimento do ser humano. Ao comunicar, as pessoas expressam necessidades, partilham experiências, cooperam mutuamente, descobrem a sua essência, ampliam a sua consciência, estabelecem laços e revelam amor e afetos. O mesmo autor (2016) defende, assim, que a comunicação não é um evento simples, mas sim um processo complexo, dinâmico e permanente que contempla diversas variáveis. Para Phaneuf (2005) a comunicação

é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. (...) transmite-se de maneira consciente e inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela (p. 23).

Segundo Pereira et al. (2018) a comunicação é um modo de praticar a assertividade e as pessoas com doença mental, pelas alterações do seu comportamento e características da sua personalidade que progressivamente prejudicam em muito as suas relações interpessoais, necessitam de suporte para desenvolver e implementar a assertividade como forma de comunicar e integrar.

Ustun e Kucuk (2020) consideram que a esquizofrenia é uma das doenças mentais mais limitadoras e incapacitantes, pois acarreta grande impacto a nível ocupacional, social e interpessoal, caracterizando-se pela deterioração significativa do pensamento, da perceção, da afetividade, da atividade física e do comportamento da pessoa. A pessoa perde capacidades cognitivas e sociais que a impedem de viver de modo funcional e satisfatório. Consequentemente, surgem diversos problemas a nível da comunicação interpessoal, mas também ansiedade, frustração, depressão, entre outros. Por este motivo, Ustun e Kucuk (2020) referem que as pessoas com esta doença mental estão longe de serem assertivas, sendo observado no desempenho das suas atividades de vida diária e dos seus papéis sociais. Estas autoras (2020), através de um ensaio clínico, relatam que o treino da assertividade se relaciona com o desenvolvimento das relações interpessoais na pessoa com esquizofrenia.

Neste sentido, o treino da assertividade tem um significativo contributo na qualidade de vida destas pessoas, através da promoção da autocapacitação e de competências comunicacionais (Ustun & Kucuk, 2020).

De igual modo, Lee et al. (2013), num estudo experimental, referem que o treino da assertividade promove a satisfação dos processos de comunicação interpessoal e de interação social da pessoa com esquizofrenia. Os mesmos autores (2013) afirmam, ainda, que a prática das competências assertivas tem impacto significativo na redução da ansiedade e, por este motivo, o treino da assertividade deve ser incluído no plano de tratamento da pessoa com esquizofrenia como intervenção não farmacológica, e por isso considerada uma intervenção do EESMP.

Kurniati e Daulima (2019), através de um estudo de caso, referem que o treino da assertividade assume relevância na melhoria dos sinais e sintomas da agressividade, sendo um procedimento recomendado para clientes com esquizofrenia que apresentam risco de comportamento agressivo. Para estas autoras (2019) o treino assertivo executado por enfermeiros, composto por diversas sessões, releva francas melhorias a nível da recetividade do cliente com esquizofrenia face ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, apesar do seu défice de *insight*. As mesmas autoras (2019) referem que o treino da assertividade enfatiza: a identificação de elementos causadores de raiva e comportamentos agressivos, a expressão de necessidades e desejos de forma assertiva, a expressão do “não” para pedidos desajustados, a aceitação da discordância e a identificação dos benefícios de uma comunicação eficaz. Salientam, ainda, que o treino assertivo possibilita o desenvolvimento da autoperceção positiva do indivíduo.

Nihayati et al. (2020), num estudo quasi-experimental, avaliam a eficácia do treino assertivo em clientes com risco de agressividade em contexto comunitário. Para estes autores (2020) o treino da assertividade, tendo como linha orientadora a intervenção psicoterapêutica, auxilia os enfermeiros na prevenção da ocorrência de comportamentos agressivos na pessoa com esquizofrenia em contexto comunitário. Os mesmos autores (2020) sublinham, ainda, que o *role-playing*, como procedimento de treino da assertividade, fortalece a pessoa no ambiente heterogéneo da comunidade, onde os fatores de stress são mais complexos, através do desenvolvimento da capacidade de controlo da raiva ou da frustração e da aceitação da crítica por parte de terceiros.

Também Utami et al. (2021), de acordo com uma revisão da literatura, referem que o treino da assertividade pode ser aplicado por enfermeiros como estratégia de intervenção para a redução dos comportamentos agressivos na pessoa com esquizofrenia. O treino assertivo inclui estratégias de psicoeducação, de autoconsciência e exercícios de desenvolvimento de habilidades de comunicação. Estes autores (2021) concluem, assim, que este treino tem repercussões positivas nos clientes com risco de comportamento agressivo físico e verbal, ajudando-os na expressão e gestão da raiva e no seu autodesenvolvimento, através do impacto afirmativo que o treino tem a nível da autoestima e do poder de tomada de decisão. Os autores (2021) reforçam, ainda, que o treino da assertividade, está relacionado com a promoção da autoconfiança.

Segundo Lin et al. (2008) os benefícios do treino da assertividade, na pessoa com diagnóstico de depressão, perturbação afetiva bipolar (em fase depressiva) e perturbação da ansiedade, passam por promover a capacidade de autoafirmação, a autoestima e as relações interpessoais satisfatórias e frutíferas. Os mesmos autores (2008), através de um ensaio clínico, referem de igual modo que o programa de treino da assertividade, constituído por técnicas como o *role-play*, o aconselhamento, a modelagem e a reflexão partilhada em grupo, permite o desenvolvimento das habilidades expressivas e comunicacionais da pessoa com doença mental e, assim, o seu *empowerment*.

Wood et al. (2010) dão a conhecer o programa SIS (*Say It Straight*) – treino de competências comunicacionais para pessoas com comportamentos aditivos inseridas numa comunidade terapêutica. No referido programa são desenvolvidas diversas sessões de grupo onde os clientes têm a possibilidade de desenvolver os seus relacionamentos sociais e competências assertivas. Ao longo do programa de treino, composto por sessões de dramatização de papéis, os clientes percebem que são responsáveis pelas suas ações e comportamentos, tomando assim consciência que a responsabilidade pessoal se estende à responsabilidade social. Por outro lado, os clientes têm a oportunidade de compreender que comportamentos positivos e assertivos geram suporte, esperança e coesão no grupo, mas também a diminuição de comportamentos agressivos, aumento da autoestima e da qualidade de vida.

Também Townsend (2011) defende que o comportamento assertivo promove a autoafirmação, a autoconfiança, a autoestima e as relações interpessoais satisfatórias, componentes geralmente problemáticas na pessoa com doença mental.

Pereira et al. (2018) referem que “o treino de assertividade pode ser aplicado ao doente com patologia mental, sendo que este carece muitas vezes de capacidade de se autoafirmar e sofre consequências da sua falta de autoestima e de poder pessoal, sendo influenciado e manipulado por outras pessoas” (p. 35). Sequeira (2020) realça esta dimensão afirmando que o treino da assertividade “aumenta o potencial de as pessoas serem mais verdadeiras em função dos seus interesses e necessidades, atendendo ao contexto em que se encontram inseridas” (p. 199).

Considerando a dimensão do problema comportamental da pessoa com doença mental ou das suas carências de personalidade que podem levar ao isolamento social ou à comunicação prejudicada, o treino da assertividade pode apresentar diversos objetivos, entre os quais se destacam:

- A autoafirmação, capacidade de defender os interesses e opiniões pessoais;
- A expressão de sentimentos positivos, capacidade de expressar agrado e afeto, fazer e receber elogios;
- A expressão de sentimentos negativos, capacidade em manifestar desagrado ou desconforto (Pereira et al., 2018; Sequeira, 2020).

Assim, o treino da assertividade possibilita o desenvolvimento de determinadas capacidades no âmbito da comunicação, tais como: expressar o pensamento, desenvolver uma crítica “construtiva”, solicitar mudança de comportamento, discordar do outro, questionar o outro, fazer e receber elogios (Sequeira, 2020).

Em suma, o treino da assertividade revela-se fundamental para a pessoa com doença mental e no desenvolvimento das suas competências relacionais e, consequentemente, na sua autonomia e funcionalidade. São vários os autores que abordam os efeitos positivos do treino de habilidades sociais na recuperação da pessoa com doença mental, referindo que esta estratégia de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa pode e deve ser utilizada tanto na doença como na saúde (Pereira et al., 2018).

Um programa estruturado e sistemático de treino de competências sociais, no qual se inclui o treino de assertividade, pode ser aplicado no âmbito da promoção da saúde mental. Por outro lado, o treino da assertividade apresenta-se como uma atividade que possibilita ao profissional e cliente transmitirem o seu ponto de vista, através de uma comunicação verbal e não-verbal, sem invadir o espaço do outro (Pereira et al., 2018).

### 1.2.1. Treino da Assertividade, uma intervenção de enfermagem

A OE considera o diagnóstico de enfermagem “*Comportamento Interativo Comprometido*” imperativo no cuidado à pessoa com doença mental, uma vez que a doença mental pode acarretar algumas repercussões comportamentais que resultam em francas incapacidades comunicacionais e relacionais (Koolae et. al., 2016; OE, 2018). Townsend (2011) afirma que “o objetivo dos enfermeiros que trabalham com indivíduos que necessitam de assistência com a assertividade é ajudá-los a desenvolver relações pessoais mais satisfatórias” (p. 243).

O comportamento interativo comprometido é evidente quando o cliente apresenta: dificuldade em dar início, manter e finalizar uma interação social, reduzidos contactos sociais (inferior a um por semana), contactos interativos que prejudicam o cumprimento das suas atividades de vida diária ou manifesta comportamentos desadequados em determinado contexto (OE, 2018).

Perante este diagnóstico de enfermagem, a OE (2018) apresenta um conjunto de intervenções que deverão ser desenvolvidas pelo EESMP que passam por: instruir sobre o comportamento interativo, executar aconselhamento, estabelecer limites, realizar modificação de comportamento, treinar o comportamento assertivo e vigiar o comportamento interativo.

Assim, o enfermeiro pode desenvolver um conjunto diverso de atividades de ajuda e suporte na concretização do treino da assertividade que visem: ajudar o cliente a conhecer e a reduzir as distorções cognitivas bloqueadoras da assertividade; distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão passiva; auxiliar a identificar direitos, responsabilidades e normas; ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais; promover a expressão de ideias e sentimentos positivos e negativos; auxiliar a identificar pensamentos autodestrutivos; ajudar a distinguir entre imaginação e realidade; orientar para estratégias de comportamentos assertivos; facilitar para a prática, usando a discussão, a modelagem e o desempenho de papéis; ajudar na prática de habilidades sociais e de interação; elogiar tentativas de expressão de sentimentos e ideias e monitorizar o nível de ansiedade relacionado com a mudança de comportamentos (Bulechek, Butcher & Dochterman 2010; Ustun & Kucuk, 2020).

Segundo Sequeira (2020), no que diz respeito à assertividade, o enfermeiro pode fazer uso da mesma enquanto técnica de comunicação. Assim, o enfermeiro ao

executar o treino assertivo, depreende-se que integra a técnica de comunicação na sua intervenção, na medida em que não é possível executar o treino da assertividade sem recurso à assertividade enquanto técnica de comunicação.

Townsend (2011) refere que o enfermeiro que utiliza capacidades assertivas pode, por sua vez, ajudar a pessoa a efetuar mudanças comportamentais numa tentativa de promover o treino da sua assertividade e, assim, melhorar a sua autoestima e relações interpessoais.

Tal como já foi mencionado anteriormente, a assertividade é uma técnica que pode ser aprendida e treinada, uma vez que é possível aprender a dizer ao outro o que se pensa e sente, de modo adequado e sem o ofender (Townsend, 2011; Sequeira, 2016, 2020).

Assim, de acordo com Sequeira (2016, 2020), para a concretização do treino assertivo podem ser utilizadas diversas técnicas entre as quais se destacam:

- Técnica dos “5 Eu’s”: *eu vejo*, descreve a situação sem dar opinião; *eu quero*, tomada de decisão individual; *eu penso*, análise ou interpretação pessoal da situação; *eu pretendo*, descreve o objetivo; *eu sinto*, expressa um sentimento ou emoção.

- Técnica do “disco riscado” - passa por repetir o que se pretende diversas vezes, sem alterar o tom de voz.

- Técnica do “colete” - consiste em aceitar a opinião dos outros, mesmo sem concordar com a mesma. Permite aceitar a crítica sem contra-atacar, demonstrando disponibilidade para a analisar, por exemplo: “é a tua opinião e eu vou pensar nisso”.

- Técnica da ironia assertiva - passa por fornecer uma resposta positiva a uma crítica hostil.

- Técnica de mudança de tema - consta em desviar o foco da discussão para outro tema.

- Técnica do acordo assertivo - passa por concordar com uma crítica de carácter negativo, sem adotar uma postura defensiva ou de ansiedade.

- Técnica da pergunta assertiva - consiste na tentativa de explorar os motivos pelos quais alguém critica, isto é, compreender o que “incomoda” a outra pessoa, por exemplo: “queres falar sobre o que te incomodou tanto no meu trabalho?”.

Townsend (2011) relata, ainda, a técnica de “adiar assertivamente” a qual passa por adiar um diálogo ou discussão com uma pessoa até esta se acalmar.

Os estudos apresentados por Ustun e Kucuk (2020), Lee et al. (2013), Kurniati e Daulima (2019), Nihayati et al. (2020), Utami et al. (2021), Lin et al. (2008) e Wood

et al. (2010) concluem que o treino da assertividade tem por base a intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa, podendo ser aplicado em dinâmicas de grupo e que a enfermagem de saúde mental desempenha um importante papel neste âmbito.

Segundo o quadro de competências específicas do EESMP, este “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” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427).

Assim, de acordo com Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut (2018, 2020), a intervenção psicoterapêutica em enfermagem inclui a utilização esclarecida e propositada de técnicas de intervenção estruturadas e sequenciais. A intervenção psicoterapêutica centra-se, ainda, na relação terapêutica enfermeiro-cliente, onde ambos colaboram de modo ativo, têm consciência de si e da sua função no processo.

O EESMP implementa, igualmente, intervenções psicoeducativas que visam a promoção do conhecimento, a perceção e a gestão de problemas relacionados com a saúde mental do cliente, educando-o e ajudando-o na apreciação de alternativas terapêuticas apropriadas, organizando e conduzindo grupos psicoeducacionais (Regulamento nº 515/2018).

Tavares (2005), citado por Tomas e Carvalho (2014), refere que a psicoeducação assume-se como uma estratégia educativa que tem como intuito informar o cliente sobre a temática a ser abordada. No que concerne ao treino da assertividade é, assim, possível analisar a importância da conduta e comunicação assertiva em vários contextos, os estilos de comunicação e as consequências de cada um deles.

Face ao exposto, pode ser considerado que o modelo de intervenção indicado para a implementação do treino da assertividade pode passar pela intervenção terapêutica em grupo, uma vez que uma das suas finalidades passa pela

partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências entre os seus membros, tendo em vista a aprendizagem e descoberta mútua, quer enfatizando as interações sociais face a face quer promovendo a autoestima, a estabilidade emocional e o estabelecimento de relações de suporte (Amaral, 2020, p. 225).

Townsend (2011) refere, de igual modo, que em psiquiatria os enfermeiros podem liderar vários tipos de grupos terapêuticos, como os de treino da assertividade, de educação do cliente, de apoio, entre outros.

Em suma, no âmbito do treino da assertividade, o enfermeiro assume um papel de terapeuta e formador, capacitando o cliente através de mudanças comportamentais, numa tentativa de promover a sua autoestima e melhorar as suas relações interpessoais (Townsend, 2011). Neste sentido, o EESMP “planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social (...)”, concebendo assim “estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção” (Regulamento nº 515/2018, p. 21429), isto é, realçar as forças e potencialidades do cliente.

### **1.3. O cuidar baseado nas forças de Laurie Gottlieb**

Ao olhar para a problemática da capacitação da pessoa com doença mental e para os pressupostos do treino da assertividade anteriormente descritos, considereirei pertinente a mobilização da filosofia do modelo do cuidar em enfermagem baseado nas forças de Gottlieb. Este modelo perspetiva a valorização das forças e potencialidades do cliente bem como a construção de um processo terapêutico no âmbito de uma relação de parceria e colaboração ativa entre o profissional e o cliente. Por outro lado, considereirei que este modelo constitui uma ferramenta de aprendizagem para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EESMP.

O cuidar baseado nas forças é uma abordagem que reconhece a totalidade do cliente, centrando-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que ele faz de melhor, nos recursos de que dispõe, ajudando-o a lidar mais eficazmente com os seus desafios de vida (Gottlieb, 2016).

Assim, para esta teórica de enfermagem, o cuidado baseado nas forças apresenta-se como um modelo que concetualiza um novo sinónimo do cuidar de uma pessoa, onde o enfermeiro deixa de se centrar unicamente na intervenção à doença, problemas e dificuldades do cliente, iniciando uma jornada ao encontro da valorização

das suas forças, ou seja, das suas qualidades e competências, bem como da sua família e comunidade onde se insere. Gottlieb (2016) realça que “o diagnóstico envolve a compreensão da natureza e do significado dos sinais e sintomas. Contudo, focar apenas o diagnóstico tem os seus riscos: a pessoa será conhecida pelos seus sintomas e não pela sua personalidade” (p. 10).

Esta abordagem promove a capacitação do cliente, mas também a sua esperança, entusiasmo e coragem. Consequentemente, o cliente motiva-se para a mudança, explora diferentes possibilidades e novos significados da vida, num processo de busca pelo seu conhecimento e desenvolvimento pessoal (Gottlieb, 2016).

Deste modo, torna-se evidente que o treino da assertividade se insere na linha de pensamento do cuidar baseado nas forças, uma vez que a assertividade resulta em *empowerment*, transformação pessoal e qualidade de vida da pessoa com doença mental através da promoção da autoestima e da satisfação nas relações interpessoais (Seifert, 2009; Speed et al., 2018).

Ao trabalhar as forças do cliente, o enfermeiro irá promover o autoconhecimento e a resiliência do mesmo, minimizando os efeitos destrutivos causados pelos problemas, através de uma relação de parceria colaborativa. Esta relação estimula o cliente a envolver-se mais e a assumir mais responsabilidade pelos seus cuidados. O cliente sente-se fortalecido quando é encorajado a expressar-se e a acreditar que tem a aptidão para encontrar soluções para os seus problemas (Gottlieb, 2016). Também o treino da assertividade visa auxiliar a pessoa com doença mental na busca da sua autoafirmação e autorresponsabilização com o intuito de encontrar respostas adaptativas aos seus problemas de comunicação e interação social (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010; Sequeira, 2020).

De acordo com Gottlieb (2016) a relação que o enfermeiro desenvolve com a pessoa necessitada de cuidados pode ser tão poderosa e duradora como outras formas de intervenção, isto porque, através da relação é fornecida à pessoa cuidada a oportunidade de explorar ferramentas que visem a promoção da sua saúde e bem-estar. No âmbito do treino da assertividade, Lee et al. (2008) e Lin et al. (2013) reforçam a importância da relação terapêutica estabelecida entre profissional e cliente, a qual é essencial para o processo de desenvolvimento da assertividade.

Neste sentido, o cuidar baseado nas forças tem por base uma relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente, onde ambos colocam as suas próprias forças

de modo ativo. O enfermeiro deverá empenhar-se em procurar e perceber as forças do cliente, ajudando-o a mobilizá-las com a finalidade de satisfazer as suas necessidades e objetivos com vista a uma vida satisfatória (Gottlieb, 2016).

Na mesma linha de pensamento, Gottlieb (2016) afirma que quando um enfermeiro ensina ao cliente uma nova capacidade, está a desenvolver as forças do mesmo. As forças são as “aptidões da pessoa (...) qualidades únicas e especiais da pessoa e da família e os recursos que definem a sua personalidade” (p. 414) e podem apresentar-se de diversas formas: recursos, capacidades, habilidades, competências, dons e talentos. Todas as pessoas apresentam forças internas, que residem dentro de si, como a resiliência, a coragem ou a motivação, e forças externas como as relações, as finanças, o suporte, a religião ou a espiritualidade e podem ter origem biológica, social, emocional ou psicológica.

Para Gottlieb (2016),

as forças são a chave para a saúde, porque elas são os alicerces da criação do todo. As forças são o combustível que habilita a pessoa a tomar as rédeas da situação, a encontrar soluções para os seus problemas, a lidar com situações complicadas, a ultrapassar vulnerabilidades, e a encontrar o sentido da vida (p. 415).

No âmbito das competências do EESMP, este “executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” (Regulamento nº 515/2018) e para que esta dimensão se concretize o enfermeiro deverá aprender e adquirir competências comunicacionais e relacionais que visem a correta colheita de dados relativos ao cliente e, assim, tornar a sua intervenção eficaz e terapêutica.

Por outro lado, quando os enfermeiros investem nos clientes e mostram que se importam com eles, estabelece-se uma ligação vinculativa entre ambos e, conseqüentemente, os clientes comprometem-se com o seu próprio cuidado e cura, ou seja, o interesse e motivação do enfermeiro é o ponto de partida para a construção da relação terapêutica. Por este motivo, o cuidar baseado nas forças tem o poder de inspirar e de promover o crescimento e a transformação, pois apoia e facilita a cura, o *coping*, a autoconsciência, a autodescoberta e o desenvolvimento (Gottlieb, 2016).

Na perspetiva desta teórica de enfermagem a saúde e doença são entendidas à luz da situação do cliente, das suas experiências de vida, dos seus relacionamentos e do seu ambiente social, cultural, político e económico. Assim, neste modelo de

cuidados, a linguagem utilizada é positiva e de esperança, associando-se a palavras como energia, desafios, possibilidades e oportunidades.

Para Gottlieb (2016) a prestação de cuidados holísticos, centrados no cliente, apenas acontece

quando o “saber fazer” e o “saber ser” da enfermagem se reúnem em completa perfeição (...). No entanto, é na competência do “saber ser” dos enfermeiros com os doentes que reside a arte da enfermagem, que pode fazer a diferença entre o cuidado padronizado e o cuidado de excelência (p. 299).

Neste sentido, a autora (2016) evidencia várias qualidades ou forças do enfermeiro para o cuidar baseado nas forças, sendo elas: forças de mentalidade (*mindfulness*, humildade, abertura de espírito e aceitação), forças de conhecimento e saber (curiosidade e autorreflexão), forças de relação (empatia, respeito, confiança e compaixão) e forças de defesa (coragem e autoeficácia).

No que concerne ao treino da assertividade, o enfermeiro que compreende e utiliza capacidades assertivas pode, por sua vez, ajudar o cliente a desenvolver a sua assertividade (Townsend, 2011). Assim, considero que a assertividade pode ser considerada uma qualidade ou força do enfermeiro quando este pretende desenvolver um treino assertivo no âmbito da sua prática de cuidados.

São estas qualidades que permitem ao enfermeiro estar em sintonia com o cliente. A sintonia reside em sentir o estado interno do cliente, estando disponível para as suas necessidades e desejos e, também, para entrar na relação com o intuito de ajudar a aliviar ou amenizar o seu sofrimento (Gottlieb, 2016).

O modelo de cuidados de enfermagem apresentado por Laurie Gottlieb insere-se no âmbito da intervenção do EESMP uma vez que este utiliza técnicas psicoterapêuticas centradas nas respostas humanas aos processos de transição dos clientes, desenvolvendo o seu *insight*, elaborando novas razões para os problemas e novas respostas adaptativas para os mesmos e, deste modo, promove mudanças positivas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (Regulamento nº 515/2018).

Em suma, a filosofia do cuidar baseado nas forças permitiu-me desenvolver uma amplificada compreensão sobre o treino da assertividade, no qual a intervenção do enfermeiro visa dar resposta às necessidades de capacitação e de

desenvolvimento das competências de comunicação assertiva da pessoa com doença mental.

## 2. PERCURSO DA APRENDIZAGEM: INTERVENÇÕES REALIZADAS

Neste segundo capítulo é apresentada a metodologia utilizada no estágio, a sua finalidade e os objetivos propostos que visam ir ao encontro do ponto de partida e ao desenvolvimento das competências do EESMP. De seguida, caracterizam-se os contextos de estágios e são descritas e analisadas as intervenções e respetivos resultados obtidos em articulação com as competências comuns do EE e específicas do EESMP, espelhando o meu percurso da aprendizagem.

### 2.1. Finalidade e objetivos do estágio

O estágio teve como finalidade o desenvolvimento de competências como EESMP. O ponto de partida foi: *o contributo do treino da assertividade para o desenvolvimento das competências pessoais e sociais da pessoa com doença mental*. Para tal, foram definidos os seguintes objetivos:

- Demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e tomada de consciência de mim a nível pessoal e profissional nos contextos de estágio;
- Executar uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na saúde mental do cliente;
- Implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados;
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais com base num programa de treino da assertividade como contributo na capacitação da pessoa com doença mental.

O estágio teve lugar numa UFCP, no período de 23 de Novembro de 2020 a 5 de Fevereiro de 2021, e numa UILD, no período de 25 de Fevereiro de 2021 a 26 de Abril de 2021, da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Ao tratar-se de um trabalho académico, inserido num estágio com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, assumi ser fundamental assegurar os princípios éticos e deontológicos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem. Assim, neste relatório, não são identificadas as instituições e equipas onde decorreu o estágio e destaco que todos os clientes alvo dos meus cuidados fizeram-no de livre vontade. A minha atitude passou por “convidar” o cliente,

estabelecendo relações frutíferas, não forçando a sua participação para meu interesse ou benefício pessoal e acadêmico. Por último, sublinho que ao longo deste relatório os nomes atribuídos aos clientes são fictícios.

## **2.2. Caracterização do contexto comunitário**

O primeiro momento de estágio, com duração de nove semanas, teve lugar numa UFCP, inserida no departamento de saúde mental de um hospital do distrito de Lisboa. A missão deste departamento passa por assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais e a reabilitação e reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental na área populacional abrangida.

A equipa multidisciplinar da UFCP é constituída por duas EESMP, dois médicos psiquiatras assistentes e vários médicos internos da especialidade, uma assistente social, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma psicomotricionista e uma administrativa.

A UFCP tem como principal objetivo assegurar cuidados de saúde mental à população, através das seguintes atividades: consultas de psiquiatria, de enfermagem de saúde mental, de psicologia, de serviço social e de terapia ocupacional; visitas domiciliárias; acompanhamento de clientes e famílias, após a sua alta do serviço de psiquiatria de agudos do hospital onde se insere a UFCP; intervenções terapêuticas junto dos clientes e famílias que visem a adesão ao regime terapêutico e às consultas de seguimento; contacto com outras instituições de saúde; contacto com clientes por abandono ou incumprimento das consultas de seguimento ou do regime terapêutico e, por fim, a supervisão da administração da terapêutica em clientes com risco de abandono da mesma, assegurando a periodicidade da medicação *dépot*, monitorizando a administração de medicação oral e as caixas de medicação em clientes que apresentam essa necessidade. Todas estas atividades têm como intuito reduzir fatores de risco e potenciar fatores de proteção na pessoa com doença mental no seu seio comunitário ou familiar.

### **2.2.1. Descrição e análise das intervenções desenvolvidas**

Da primeira semana de estágio na UFCP destaco, essencialmente, a observação participativa em consultas de enfermagem com a enfermeira especialista orientadora (EEO), consulta dos processos clínicos dos clientes, momentos de reflexão partilhada e de interação com a EEO e com os diversos profissionais da equipa multidisciplinar. Esta semana permitiu-me integrar na dinâmica diária da UFCP e desenvolver um conhecimento abrangente do papel interventivo de cada profissional.

Após esta primeira semana, de observação e integração na UFCP, dei início à minha intervenção nas consultas de enfermagem que decorreu ao longo de todo o estágio, sob a supervisão clínica da EEO. Neste momento, foquei a minha atenção para as atividades relacionadas com o meu projeto de estágio e, assim, dei início à intervenção individualizada a uma cliente da consulta de enfermagem (a Ana), com o intuito primário de desenvolver a sua capacitação através do treino da assertividade.

Este processo terapêutico foi, igualmente, espelhado num estudo de caso. Saliento que a Ana aceitou ser acompanhada por mim, tendo tido conhecimento que o objetivo da minha intervenção seria a “ajuda profissional” inerente a um processo de formação académica e que ao fim de oito semanas o estágio terminaria. A cliente tomou ainda conhecimento de que, após o término do estágio, o seu seguimento bem como as intervenções desenvolvidas teriam continuidade com a EEO.

A Ana tem 48 anos de idade, casada, tem duas filhas adolescentes. Seguida pela UFCP com diagnóstico clínico de perturbação afetiva bipolar. O seu acompanhamento semanal pela UFCP inclui: intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa com a EESMP com a realização de caixa de medicação e seguimento médico pela psiquiatra assistente.

Na primeira e segunda consulta pretendi criar um espaço de escuta e aceitação entre dois “estranhos”, que visou dar início a um processo relacional para se (re)conhecerem os problemas e, assim, determinar quais as necessidades de ajuda. Por outro lado, pretendi ir ao encontro das forças da cliente com o intuito de promover a sua capacitação, atuando de acordo com o modelo de cuidados de Gottlieb (2016).

Para estas duas consultas preparei um breve guia de entrevista semiestruturada, como suporte da colheita de dados que pretendia obter. Estes dados permitiram-me realizar a história de vida, a caracterização familiar (genograma) e a

história atual de saúde da cliente bem como uma breve apreciação de diversas variáveis (fisiológica, psicológica/exame do estado mental, sociocultural, ecomapa, desenvolvimento). Identifiquei, também, fatores de stress de sofrimento mental, bem como forças internas e externas que se assumiam como fatores protetores para a Ana.

À luz do modelo teórico de Gottlieb (2016), as forças identificadas foram a família, o *insight* e a resiliência da cliente.

Nesta primeira apreciação, denotou-se que a doença mental acarreta severas implicações na qualidade de vida da Ana, nomeadamente a nível das suas atividades avançadas de vida com impacto no seu papel parental, compromisso da dinâmica familiar e recorrentes ausências laborais.

Esta avaliação global, enquadrada nas competências do EESMP<sup>1</sup>, foi possível pelas narrativas da Ana, mas também com o apoio da consulta do seu processo clínico.

A Ana relatou diversos episódios depressivos ao longo da sua vida, com início na adolescência: “*Sentia-me triste, isolava-me, sentia-me sempre cansada, com muitas dores de cabeça... um cansaço inexplicável...*” (sic).

Neste sentido, a cliente referiu agravamento da sintomatologia depressiva nos últimos meses, tais como: astenia, ansiedade, irritabilidade, baixa tolerância à frustração, isolamento social, ideias de desvalorização das suas capacidades sociais e desesperança face ao futuro, alteração do padrão de sono, da memória e da concentração. A cliente mencionou, ainda, dificuldade na gestão quer da sobrecarga de trabalho, quer da tensão interpessoal com os colegas no seu contexto profissional. Foram, igualmente, identificados momentos de tensão interpessoal nomeadamente com o marido que, segundo a cliente, têm sido “geridos” e “ultrapassados” ao longo dos anos. Apesar do mencionado, a Ana assumiu o marido como uma pessoa apoiante. Realçou a vergonha que sente face à sua doença mental, não conseguindo falar sobre a mesma no seu seio familiar e no contexto profissional. Não manifestou ideação ou planificação suicida, mantendo a adesão regular ao regime farmacológico.

---

<sup>1</sup> **Unidade de competência F2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. **Critério de avaliação F2.2.1.** Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente. **F2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. **F2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

Autoafirmou-se como uma pessoa: *“trabalhadora, perfeccionista no trabalho... Não gosto de falhar e de passar uma imagem de incompetência ou fraqueza”* (sic); *“Sou uma pessoa reservada e com o passar do tempo sou mais. Tenho poucos amigos, mas acho que os amigos que tenho são de confiança!”* (sic). Mantém contactos sociais esporádicos com alguns colegas do contexto profissional, mas mencionou que se sente cada vez mais “afastada” dos mesmos, referindo: *“Acho que a culpa é por causa da doença, daquilo que me tenho vindo a tornar...”* (sic). Verbalizou, também, preocupação e ansiedade face ao “afastamento” existente entre ela e as suas filhas e marido.

Ao perceber os problemas espelhados pela Ana, dei início a um processo de identificação de necessidades específicas que considerei serem pertinentes para a construção de um plano de cuidados de enfermagem personalizado. O levantamento destas necessidades foi ao encontro da temática do meu projeto de estágio e, deste modo, o treino da assertividade assumiu-se como a estratégia de intervenção.

No entanto, entre a terceira e a quarta semana de estágio, senti-me invadido por uma sensação de insatisfação e frustração. Não me sentia em “sintonia” com a Ana. Sublinho que estar em sintonia passa por sentir o estado interno do cliente, estando atento e recetivo às suas necessidades, contribuindo assim para uma relação que visa o alívio do sofrimento (Gottlieb, 2016).

Após um persistente processo autorreflexivo percebi que a dimensão relacional da enfermagem apresenta contornos extremamente complexos: a relação, que se pretende terapêutica, iria exigir de mim uma transformação pessoal. Ao *estar* em relação com a Ana senti que, por vezes, o meu juízo clínico foi impregnado por elementos da minha esfera pessoal e neste sentido considerei que, em certos momentos, eu e a cliente caminhávamos em sentidos opostos na relação.

Assim, considerei pertinente a realização de uma reflexão crítica e de um registo e análise de interação, como estratégias desbloqueadoras do meu mal-estar, as quais me permitiram:

- Reconhecer as emoções e sentimentos, como a frustração e a insatisfação, por mim vivenciados na relação com a cliente, procurando compreender os seus motivos;

- Reconhecer a necessidade de abrir o meu “leque” de observação e compreensão do outro, refletindo sobre alguns conceitos inerentes à relação de ajuda (autenticidade, respeito, empatia, aceitação, entre outros).

- Refletir sobre as minhas características pessoais e como elas definem as minhas apreciações e os meus atos, facto que me levou à necessidade de me “reconstruir” na relação.

Face ao exposto, considerei que este “dar conta de mim” na relação com o outro, competência do EESMP<sup>2</sup>, obrigou-me a “desacelerar” e a navegar em busca dos meus processos internos, compreendendo o modo como eles podem influenciar o meu *ser e estar* na relação. Senti que este exercício de tomada de consciência exigiu disponibilidade, motivação e desejo de transição do meu *self*.

Apostar no desenvolvimento do autoconhecimento apresentou-se como um desafio: a autoconfrontação foi árdua. No entanto, senti que me foi possibilitada uma valiosa oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento.

Verifiquei que o desenvolvimento pessoal é indissociável do desenvolvimento profissional, ambos partilham o mesmo “espaço”. Este processo é único e contínuo e, por esse motivo, o exercício autorreflexivo em busca do autoconhecimento assume contornos vitais durante a intervenção do EESMP, uma vez que no âmbito da enfermagem, o autoconhecimento traduz-se em maior competência, apresentando-se como um processo dinâmico e transformador, de autodescoberta, onde o profissional explora e tenta perceber aspetos do seu *self* com a intenção de desenvolver a sua compreensão pessoal e interpessoal (Eckroth-Butcher, 2010).

Também Gottlieb (2016) sublinha a pertinência do autoconhecimento do enfermeiro ao auxiliar o cliente no encontro das suas forças. Na linha de pensamento do modelo do cuidar baseado nas forças, depreende-se que o enfermeiro deve estar consciente de que as suas experiências de vida, valores e crenças são forças que influenciam o seu olhar sobre a relação e, conseqüentemente, a sua intervenção.

A reflexão crítica e o registo e análise de interação revelaram ser adequados instrumentos de identificação e apreciação do “aqui-e-agora” do meu *self*, da cliente e da relação enquanto essência da enfermagem de saúde mental. A realização diária e

---

<sup>2</sup> **Unidade de competência F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Critério de avaliação F1.1.1.** Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. **F1.1.4.** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

contínua de notas de campo assumiu, igualmente, grande interesse no registo de *insights* para posterior análise.

Dito isto, reorganizei o meu raciocínio, desafiei-me e, abraçando a filosofia do cuidar baseados nas forças, tentei transformar-me no enfermeiro-parceiro que caminhou lado-a-lado com a Ana na busca das suas forças e na resolução das suas dificuldades.

Consequentemente, ao assegurar um papel interventivo junto da cliente e com base na informação colhida, através da avaliação global já efetuada, identifiquei problemas, entre os quais destaco:

- Pensamentos negativos sobre si e sobre o seu desempenho, desvalorizando as perceções positivas referidas por outras pessoas - baixa autoestima;
- Isolamento social e incapacidade para estabelecer ou manter relacionamentos estáveis de apoio, bem como dificuldades interpessoais no trabalho;
- O sistema familiar não consegue estabelecer uma comunicação e expressão de sentimentos aberta e efetiva entre os membros;
- Ansiedade com repercussões na funcionalidade diária da cliente;
- Desesperança face ao contributo do regime farmacológico;
- Auto-estigma face à doença mental, bem como conhecimentos insuficientes sobre fatores protetores, de risco e recursos de apoio.

Face aos problemas enumerados identificaram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem: autoconceito comprometido; comportamento interativo comprometido; processo familiar comprometido; autocontrolo da ansiedade comprometido; iliteracia em saúde mental. De acordo com estes diagnósticos pretendeu-se, como resultados esperados: melhorar o padrão de ideias e perceções que a cliente tem sobre si mesma, promover relações interpessoais e familiares satisfatórias, reduzir os níveis de ansiedade da cliente, promovendo o bem-estar e melhorar o conhecimento da cliente sobre crenças relativas à doença mental, reduzindo sentimentos de desesperança e o auto-estigma.

As intervenções implementadas passaram principalmente por:

- Monitorizar o autoconceito, o padrão de comportamento interativo e o regime farmacológico;
- Executar intervenção de promoção da autoestima, baseado no treino assertivo, através do exercício “*Se eu fosse um animal...*” de Seifert (2009), com o intuito de encorajar a cliente a encontrar e reforçar as suas características e forças

personais, promovendo o autoconhecimento, a autoaceitação positiva e a autorrevelação de si – intervenção psicoterapêutica;

- Executar intervenção de promoção de autoconfiança, no âmbito do contexto laboral da Ana, tendo por base pressupostos do treino assertivo, com o objetivo de assistir a cliente na identificação de respostas positivas por parte dos outros, na gestão das provocações ou do *bullying*, na transmissão de confiança na sua capacidade de gestão de situações difíceis, na definição de metas realistas que permitam aumentar a sua autoestima, na reavaliação das perceções negativas sobre si mesma, explorando sucessos prévios e na aceitação de novos desafios, elogiando os progressos em direção às suas metas – intervenção psicoterapêutica;

- Executar treino de competências assertivas e instruir sobre técnicas de resolução de problemas. Neste âmbito foram apresentadas e discutidas com a cliente técnicas de treino assertivo: 5 EU's, "disco riscado", acordo assertivo, "colete", mudança de tema, entre outras, visando o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de modificação de comportamento – intervenção psicoeducativa;

- Encorajar as relações interpessoais familiares, reconhecendo as forças, os focos problemáticos e as expectativas da família face ao futuro e orientar para recursos terapêuticos externos, por exemplo terapia familiar na UFCP;

- Discutir estratégias de adaptação que visem normalizar a vida no seio familiar, incentivando a cliente a ter em consideração as necessidades e desejos pessoais de cada elemento da família, bem como a importância de uma comunicação eficaz - treino assertivo;

- Instruir sobre sinais e sintomas de ansiedade, assistindo a cliente na identificação dos "gatilhos" da ansiedade e orientando sobre estratégias de redução da ansiedade – intervenção psicoeducativa.;

- Promover junto da cliente espaços de discussão e reflexão sobre o conceito de doença mental, desmistificando ideias e crenças pessoais;

- Assistir no reconhecimento da importância do regime farmacológico; assistir na reformulação do significado atribuído ao regime farmacológico; treinar capacidades relacionadas com a gestão do regime farmacológico - intervenção psicoeducativa.

Após avaliação da implementação das intervenções verificou-se que a cliente:

- Conseguiu distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão, passividade e manipulação;

- Reconheceu os “direitos da pessoa assertiva”, comprometendo-se com os mesmos para a sua vida futura;

- Conseguiu realizar a catarse e ventilação de emoções e sentimentos, nomeadamente medos inerentes à socialização, tais como: a vergonha, o medo de falhar, ideias de menos valia e de desvalorização pessoal;

- Identificou qualidades pessoais como a honestidade, a lealdade e amizade e identificou sucessos prévios alcançados na sua vida, percebendo que é uma pessoa resiliente - força interna. No entanto manteve francas dificuldades em assumir essas qualidades como “forças”, verbalizando desesperança face à sua potencialidade pessoal no futuro. Apesar da negativa percepção de si, a cliente aceitou de forma positiva o reconhecimento do outro sobre o seu desempenho e capacidade de superação em momentos de crise, demonstrando-se receptiva para essa mesma percepção e refletindo sobre a mesma;

- Reconheceu distorções cognitivas que bloqueiam a sua assertividade, desenvolvendo a percepção de si e desconstruindo preconceitos face à doença mental. Conseguiu esclarecer áreas problemáticas nomeadamente referentes ao seu contexto profissional;

- Conseguiu assumir a responsabilidade por diversas situações de conflito no seio familiar e no contexto profissional como resultado do seu défice de assertividade, promovendo-se a autorresponsabilização;

- Reconheceu a família como fator protetor e como força externa para a sua recuperação e bem-estar, conseguindo enumerar as qualidades pessoais de cada elemento. Reconheceu a importância de uma comunicação eficaz e assertiva no seio familiar, no entanto não se apresentou disponível para desenvolver estratégias de mudança, referindo que é “*demasiadamente doloroso*” (sic), ou seja, identificou estratégias de adaptação, mas não se verificou a sua aplicabilidade no dia-a-dia da cliente;

- Identificou a necessidade de ajuda externa para a adaptação construtiva da família face à crise. Apesar disso, demonstrou-se renitente face à possibilidade de envolver a família no seu plano de cuidados. Paralelamente apresentou-se “indisponível” para a possibilidade de integrar um projeto de suporte familiar existente na UFCP. Este projeto, de articulação entre a pedopsiquiatria e a psiquiatria de adultos, acompanha clientes e suas famílias, nomeadamente filhos, tendo como objetivos: a compreensão do impacto da doença mental no seio familiar e a promoção

de espaços de partilha e diálogo entre pais e filhos, atuando em dimensões problemáticas e criando ambientes familiares saudáveis, através de uma intervenção individualizada em equipa multidisciplinar. Sublinho que o contexto pandémico constituiu um constrangimento para promover o envolvimento e a integração da família no plano de cuidados da cliente;

- Identificou sinais e sintomas bem como focos da sua ansiedade, demonstrando-se recetiva quando instruída sobre as estratégias de gestão da mesma, no entanto não as aplicou no seu domicílio.

Considero que o plano de cuidados implementado visou a promoção das habilidades de comunicação da cliente, promovendo a sua capacidade de integração familiar e profissional. O método de intervenção apresentado anteriormente enquadra-se no âmbito das competências do EESMP<sup>3</sup>.

Os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados apresentados foram norteados pelos padrões de intervenção do EESMP, apresentados pela OE (2018) e por Sampaio e Sequeira (2020), seguindo igualmente o raciocínio de enfermagem da taxonomia NANDA-NOC-NIC (Johnson et al., 2013), revelando, igualmente, competências do EESMP<sup>4</sup>.

Durante as semanas de estágio, o plano de cuidados e respetivas intervenções passaram por diversos processos de transformação, ao considerar a relação de ajuda como pedra basilar do processo terapêutico que eu pretendia construir.

Todas as intervenções implementadas tiveram por base a escuta ativa, o reforço positivo, o aconselhamento, a validação de informação, a confrontação, a autenticidade, a revelação do eu e o humor terapêutico. Estes elementos, inerentes à relação de ajuda, permitiram-me desenvolver o respeito e a cumplicidade que se manifestaram na minha capacidade de aceitação da cliente.

---

<sup>3</sup> **Unidade de competência F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critério de avaliação F3.1.1.** *Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.* **F3.1.2.** *Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.* **F3.2.2.** *Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.*

**Unidade de competência F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critério de avaliação F3.4.5.** *Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias.*

<sup>4</sup> **Critério de avaliação F3.1.9.** *Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.*

Assim, os resultados apresentados, com base nas narrativas da cliente, demonstraram que a relação de ajuda pode ser um processo contínuo, demorado e, por vezes, inacabado. Considerei que a minha intervenção, focada na resolução de problemas e centrada na cliente, não possibilitou a modificação do seu comportamento, tal como esperado. No entanto, proporcionou um “espaço” de catarse de sentimentos e emoções e de reflexão partilhada, de reconhecimento das suas vulnerabilidades e das suas forças que possibilitaram, por sua vez, o desenvolvimento do seu autoconhecimento, essencial para o seu processo de autoaceitação, sendo este um dos objetivos do treino da assertividade.

Neste sentido, no âmbito do treino da assertividade, a relação cliente-profissional em si pode ser considerada uma adequada resposta terapêutica, possibilitando a autodescoberta na pessoa com doença mental. No caso da Ana, verifiquei que a relação de parceria, no “aqui-e-agora”, permitiu a atribuição de novos significados e novas perceções face aos problemas, contribuindo para a recuperação da sua saúde mental. Este processo psicoterapêutico, insere-se no âmbito de intervenção do EESMP<sup>5</sup>.

A parceria desenvolvida com a Ana permitiu-me perceber que o treino da assertividade com a pessoa com doença mental não passa por oferecer soluções, mas sim acompanhá-la e orientá-la, facilitando-lhe a descoberta dos seus recursos internos e externos, ou seja, das suas forças, tal como preconiza Gottlieb (2016). Por outro lado, este processo permitiu-me assumir um papel de educador, de conselheiro e de pessoa de recurso, enquanto profissional de ajuda, através de um conjunto de intervenções não só psicoterapêuticas, mas também psicoeducativas que visaram a capacitação da cliente, espelhando igualmente competências do EESMP<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> **Unidade de competência F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critério de avaliação F4.2.1.** *Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições.* **F4.2.2.** *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.* **F4.2.4.** *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.* **F4.2.5.** *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.*

<sup>6</sup> **Critério de avaliação F3.4.1.** *Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.* **Critério de avaliação F4.1.3.** *Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.*

De igual modo, considero que durante o período de estágio assumi ser o enfermeiro de referência da Ana, uma pessoa com evidente necessidade de respostas adaptativas face ao seu sofrimento mental. Deste modo, durante o seu acompanhamento participei ativamente nas reuniões de equipa onde mobilizei os meus conhecimentos e pareceres sobre a cliente, os quais possibilitaram diversos momentos de reflexão partilhada que foram reconhecidos e integrados nas tomadas de decisão do seu projeto terapêutico. Ressalvo também que, por não ter conseguido incentivar e encaminhar a cliente para o projeto de suporte familiar, considerei pertinente evidenciar este facto junto da equipa multidisciplinar com intuito de incluir esta necessidade no seu plano de cuidados e, assim, promover e assegurar a continuidade de cuidados. Neste sentido, considero que intervim em concordância com as competências do EESMP<sup>7</sup>.

Por fim sublinho que o estágio na UFCP permitiu-me compreender que, em contexto comunitário, os focos de intervenção à pessoa com doença mental são bem distintos dos que são valorizados no meu contexto profissional, onde a abordagem dos cuidados de saúde é centrada essencialmente na doença. Foi evidente que na comunidade os cuidados de saúde mental procuram ir ao encontro da autonomia, funcionalidade, adaptação e integração da pessoa.

Simultaneamente, tive oportunidade de ser confrontado com inúmeras situações clínicas enquadradas numa população com características heterogéneas e com elevado número de fatores de risco psicossocial, como a pobreza, a negligência, o isolamento e a exclusão social. Assim, reconheci que a intervenção multidisciplinar é o ponto de partida para uma abordagem holística em saúde mental, pois cada profissional, no âmbito da sua área do saber e de competência, impregna o seu contributo nos diversos projetos e processos terapêuticos que resultam em avaliações

---

<sup>7</sup> **Critério de avaliação F3.3.1.** *Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando -se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.*

**Unidade de competência F3.5.** *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.* **Critério de avaliação F3.5.1.** *Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.* **F3.5.6.** *Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.* **F3.5.7.** *Elabora relatórios e/ou pareceres para influenciar os planos de cuidados dos clientes e estimular as capacidades de outros de fornecer cuidados e impulsionar alterações no sistema.*

mais integrativas das situações e em respostas mais adequadas, refletindo-se em ganhos para a saúde.

### **2.3. Caracterização do contexto de internamento**

O segundo contexto de estágio, também com duração de nove semanas, teve lugar numa UILD de uma instituição psiquiátrica no distrito de Lisboa. A missão da instituição passa por promover a qualidade de vida da pessoa com doença mental, através da inclusão social e treino da autonomia, estimular a autodeterminação, manutenção e estruturação da identidade pessoal e apoiar na integração em atividades socio-ocupacionais ou profissionais, através de programas de intervenção terapêutica. Esta instituição é composta por unidades de longo internamento, clínicas especializadas de psiquiatria aguda, de alcoologia, de psicogeriatría e unidades de reabilitação

A UILD é um serviço de internamento e tem capacidade física para cinquenta clientes, dos dezoito aos sessenta e cinco anos de idade, com baixo grau de dependência física e com risco acrescido de alteração do comportamento, nomeadamente risco de agressividade. A equipa multidisciplinar é composta por sete enfermeiros de cuidados gerais, dois EESMP, nove auxiliares de ação médica, um médico psiquiatra, um médico de clínica geral, um psicólogo e um assistente social. Atualmente, a equipa é ainda composta por um professor de educação física que, devido ao contexto pandémico, realiza diariamente atividades desportivas no período da manhã na UILD.

A equipa multidisciplinar tem como objetivo assegurar o treino e a supervisão das atividades de vida diária dos clientes e desenvolver estratégias adaptativas para a sua situação de vida, utilizando a metodologia de enfermeiro de referência, o qual é responsável pelo projeto individual de cada cliente, focando a identificação de necessidades, a definição de metas, a implementação de intervenções e a avaliação dos resultados. Por fim, destacam-se as intervenções terapêuticas individuais e de grupo que passam por atividades de treino de competências e de autonomia, reuniões comunitárias, conferências familiares, entre outras.

### 2.3.1. Descrição e análise das intervenções desenvolvidas

Iniciei o meu percurso, neste segundo campo de estágio, dando primazia à observação e acompanhamento do trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, em particular do EEO. De imediato tive oportunidade de compreender que o papel do enfermeiro se centra, acima de tudo, no recurso à relação terapêutica com o intuito de auxiliar os clientes na superação das suas dificuldades e no alívio do seu sofrimento mental.

Assim, com o intuito de me integrar nas diversas dinâmicas da UILD, participei em diversas atividades, tais como: administração de terapêutica, reuniões comunitárias com os clientes, atividades lúdico-terapêuticas como as aulas de exercício físico, passeios ao bar da instituição, reuniões de equipa multidisciplinar, entre outras. Tive, ainda, oportunidade de participar num projeto de intervenção da UILD que tem como objetivo o treino da autonomia dos clientes. Este projeto, organizado pela equipa de enfermagem, apoia-se em diagnósticos de enfermagem e permite a implementação de intervenções que visam a promoção da funcionalidade do cliente a nível das suas atividades de vida diária, entre as quais se destacam: o autocuidado e a gestão ou organização dos quartos e do refeitório dos clientes. Neste sentido, é assim promovida a autorresponsabilização dos clientes.

Destaco, igualmente, as reuniões comunitárias realizadas semanalmente e dinamizadas pelo EEO. Nestas reuniões são abordadas questões relacionadas com o dia-a-dia da UILD, proporcionando aos clientes oportunidades para partilharem experiências ou exprimirem emoções e sentimentos. Nas reuniões comunitárias são, ainda, desenvolvidas algumas atividades psicoeducativas centradas em estratégias de controlo da agressividade, na gestão de conflitos e outros problemas relacionados com as relações interpessoais dos clientes.

Durante estas reuniões comunitárias, a minha intervenção centrou-se, essencialmente, em incentivar a participação dos clientes, esclarecer dúvidas, fornecer escuta ativa, *feedback* e reforço positivo, enfatizando a catarse de emoções e a identificação de ferramentas adaptativas face aos problemas expostos pelos clientes.

Vivenciar as partilhas e *insights* dos clientes remeteu-me ao pensamento reflexivo face às repercussões que a doença mental acarreta a nível dos processos de socialização da pessoa que a experiencia. A doença mental não se resume

somente a um conjunto de sinais e sintomas clínicos, assim o sofrimento mental é muito mais que um diagnóstico clínico, pois envolve limitações, medos, incertezas, e também desejos, potencialidades e forças. Neste sentido, numa fase precoce do estágio e indo ao encontro do que é espelhado pela evidência científica, percebi que, no âmbito do comportamento agressivo, as intervenções de enfermagem, para além da execução de estratégias de gestão do comportamento agressivo, passam por orientar a pessoa sobre estratégias de modificação do comportamento, onde se inclui o treino da assertividade (Carvalho et al., 2020). Por esta razão, considerei que o treino da assertividade seria uma adequada estratégia de intervenção junto dos clientes da UILD.

Ao apoiar-me na evidência científica apresentada no quadro de referência deste relatório, procurei elaborar um programa de intervenção designado “Treino da Assertividade”, o qual foi estruturado para um grupo de clientes da UILD, com o objetivo geral de capacitar os clientes no âmbito da assertividade enquanto competência pessoal e social.

Em parceria com o EEO, procurei encontrar dados que me permitiram definir critérios de inclusão e exclusão para a delimitação do grupo de participantes. Para a colheita destes dados foi-me proposto, pelo EEO, o desenvolvimento de algumas atividades, promotoras da relação de confiança com os clientes, muitos deles com limitações a nível das suas capacidades de autorrelato. Neste sentido utilizei entrevistas, mas também atividades lúdico-terapêuticas como jogos de cartas, jogos de tabuleiro, a pintura e o desenho como mediadores expressivos. Estas atividades permitiram-me conhecer características pessoais dos clientes, bem como identificar problemas e necessidades, no âmbito dos seus processos de comunicação e interação social. Como necessidades e problemas destaco os défices a nível da autoestima, da autoperceção positiva, da autoconfiança. Por outro lado, identifiquei constrangimentos no que diz respeito à capacidade de gerir a raiva e a frustração, de iniciar e manter interações de modo assertivo, bem como na habilidade de identificar áreas problemáticas a nível da comunicação interpessoal e na capacidade de aceitar a crítica e gerir conflitos. Esta avaliação abrangente, enquadra-se nas competências do EESMP<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> **Unidade de competência F2.1.** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.

Assim, foram considerados como critérios de inclusão: clientes com os diagnósticos de enfermagem “Interação Social Comprometida”, “Comunicação Comprometida” ou “Risco de Comportamento Agressivo” e com interesse ou motivação para participar no programa de intervenção. Como critérios de exclusão foram considerados: alteração do conteúdo do pensamento ou da percepção (psicose ativa), comportamento desorganizado e déficit cognitivo moderado a grave. O grupo foi composto por oito participantes com idades compreendidas entre os 19 e os 35 anos de idade, todos eles com déficit cognitivo ligeiro e déficit de controlo de impulsos. O programa necessitou de ser reajustado à especificidade do grupo de participantes. Assim, os objetivos, os temas, os recursos e os procedimentos utilizados foram adaptados ao grupo. As sessões do programa foram agendadas de acordo com as rotinas e atividades dos clientes de modo a facilitar a sua adesão ao programa.

O programa “Treino da Assertividade” foi estruturado e planificado num conjunto de sete sessões, tendo sido estipulados temas e etapas com objetivos e fins terapêuticos, bem como o local, os recursos necessários e os exercícios a desenvolver. No apêndice I é apresentada a planificação geral do programa, através de um quadro síntese. Todas as sessões incluíram uma atividade inicial “quebra-gelo” e um momento final de reflexão e discussão partilhada das descobertas alcançadas e das aprendizagens obtidas. Destaco, ainda, que o programa teve base os exercícios de treino da assertividade propostos por Seifert (2009).

Previamente, ao início do programa de treino, foi proporcionado um momento onde os participantes tiveram oportunidade de conhecer o programa em si, os seus objetivos e esclarecidas dúvidas ou curiosidades. Neste momento foram, igualmente, expostas e discutidas as normas e regras orientadoras do grupo (apêndice II).

Na primeira sessão, denominada “*Pensar, Sentir, Agir*”, os participantes foram motivados a exprimir e avaliar os seus pensamentos, sentimentos e atitudes na execução de um pedido ao outro, na expressão do “não” ou da recusa, na receção de elogios e críticas por terceiros e na expressão de qualidades e defeitos pessoais. Foi promovida a autorreflexão e a autoexposição pessoal e criada uma aliança de proximidade entre os vários participantes. Estes reconheceram que o primeiro passo para uma comunicação eficaz passa pela capacidade de escuta, tendo alguns verbalizado: “*eu acho que sou um bocado tímido, não gosto muito de falar de mim...*” (sic); “*custa-me ouvir as críticas, mas também os elogios!*” (sic); “*Em toda a minha*

*vida me disseram que sou burro...*” (sic); “*eu sou um bom amigo e preocupo-me com os outros!*” (sic); “*às vezes, custa-me dizer não...*” (sic).

Na segunda sessão, com o nome “*Se eu fosse um animal...*”, os participantes utilizaram o desenho, como técnica expressiva. Ao desenharem um animal que gostariam de ser, foi proporcionado junto dos participantes um exercício autorreflexivo sobre as características pessoais de cada um. Foram enaltecidas as características selecionadas por cada participante e, a partir da discussão em grupo, procurou-se encontrar formas de alcançar essas mesmas características, as quais foram assumidas como forças. Foi reforçada a ideia de que todas as pessoas apresentam virtudes e defeitos. Porém os defeitos podem ser considerados forças impulsionadoras da mudança e do crescimento pessoal. Foi, ainda, compreendido que a comunicação é fundamental para a convivência saudável do ser humano e, neste sentido, o respeito e a reciprocidade desempenham um importante papel nas relações interpessoais que se pretendem frutíferas. Alguns participantes referiram: “*é preciso esforço e motivação para aceitar a diferença do outro!*” (sic); “*perceber que o outro tem defeitos, dá-me também esperança para o futuro...*” (sic); “*a união faz a força!*” (sic); “*trabalhamos melhor em equipa do que sozinhos...*” (sic); “*todos ganhamos, quando trabalhamos em conjunto!*” (sic).

Na terceira sessão, designada “*Como se comporta?*”, foram apresentados e analisados os vários estilos de comunicação (assertivo, agressivo, passivo e manipulador), bem como vantagens e desvantagens dos mesmos. Os participantes realizaram um autorrelato do seu estilo de comunicação, articulando com situações vivenciadas no quotidiano da UILD, tendo alguns participantes verbalizado: “*tenho noção que sou muitas vezes agressivo!*” (sic); “*a agressividade gera agressividade...*” (sic); “*eu para ser escutado, terei de escutar!*” (sic). Foram enfatizados os conceitos de autoaceitação das características pessoais, de equidade e reciprocidade nas relações interpessoais. A comunicação assertiva é um processo recíproco, tendo um participante verbalizado: “*o que eu dou ao outro, será o que eu vou receber!*” (sic).

A quarta sessão, denominada “*O círculo da crítica*”, focou-se na expressão verbal de autoafirmações positivas e negativas de cada participante e na transmissão e receção da crítica construtiva. Neste sentido, alguns participantes afirmaram: “*não é fácil sermos confrontados com os nossos erros e defeitos!*” (sic); “*nem todos as críticas são más, podemos aprender com a crítica do outro...*” (sic). Os participantes conseguiram enumerar diversas situações nas quais consideraram não ter sido

assertivos e que esse déficit de assertividade teve consequências negativas para si e para o outro. O grupo conseguiu identificar que este déficit advinha, em parte, da sua limitação no controlo de impulsos e na reduzida capacidade em gerir a frustração.

Na quinta sessão, designada “*Fazer pedidos assertivamente*”, foram analisadas algumas técnicas para a realização de pedidos assertivos, destacando-se: planear o resultado, ser claro, mostrar empatia, “disco riscado”, ser educado, autoexposição e o compromisso viável. Cada participante teve oportunidade de executar e receber pedidos, tendo sido analisados sentimentos que surgem durante os mesmos, promovendo-se a empatia e a confiança junto dos participantes, que referiram: “*podemos ser injustos quando fazemos certos pedidos...*” (sic); “*não faças ao outro, aquilo que não gostas que te façam a ti!*” (sic). Foram discutidos os direitos da pessoa assertiva e como estes ajudam a superar obstáculos na realização e receção de pedidos assertivos. Os participantes enalteceram a utilidade do treino assertivo, articulando o conceito de assertividade com a necessidade de modificações do seu comportamento.

A sexta sessão, com o tema “*Encontrar soluções, prevenir o conflito...*”, centrou-se na gestão de conflitos com o apoio de um jogo tipo “puzzle” e de um *role-play*, através do quais os participantes identificaram situações de conflito no seu dia-a-dia e analisaram estratégias para a sua gestão. Neste âmbito um participante afirmou: “*os conflitos fazem parte da minha vida!*” (sic). A assertividade foi refletida e assumida como contributo na gestão de conflitos, incentivando-se o conceito de equidade. Os participantes reconheceram que num conflito os intervenientes podem sair todos a ganhar.

Na sétima e última sessão, com o título “*Libertar a raiva...*”, os participantes foram incentivados a exprimirem a sua raiva, através de gritos, cantigas e música, exercício físico, rasgar papel e rebentar balões de ar. Foram identificados os “gatilhos” da raiva e analisadas estratégias de gestão positiva e assertiva da mesma e as consequências da raiva gerida de um modo não assertivo. A partilha e reflexão em grupo, permitiu reconhecer que a raiva faz parte do ser humano, podendo ser considerada uma força que possibilita mudança e crescimento pessoal. Esta partilha permitiu também enaltecer, junto dos participantes, que a doença mental não define a pessoa, pois toda a pessoa tem em si potencialidades e qualidades que se apresentam como forças no processo de recuperação mental. Nesta sessão alguns participantes verbalizaram: “*sinto raiva por estar aqui, por me sentir preso!*” (sic); “*sinto*

*raiva por ter esta doença*” (sic); “*não gosto de regras, sinto raiva...*” (sic); “*os meus colegas irritam-me...*” (sic); “*às vezes sinto raiva de mim mesmo...*” (sic). No término desta última sessão foram lembrados e discutidos os conteúdos e as aprendizagens desenvolvidas ao longo do programa. Sublinho que todas as atividades de quebra-gelo, desenvolvidas nas sessões, tiveram como intuito a promoção do trabalho em grupo, a confiança e a coesão do grupo.

No que concerne aos resultados obtidos, considere pertinente apoiar-me nas narrativas dos clientes, uma vez que estas permitem um acesso singular e único ao espaço emocional e à experiência vivida pela pessoa (Ordaz, 2011).

Analisando as narrativas, registadas em notas de campo, concluo que o programa ajudou os clientes no reconhecimento de cognições que bloqueiam a sua assertividade, na distinção dos vários estilos de comunicação, na identificação de direitos e responsabilidades pessoais, no esclarecimento de áreas problemáticas nas suas relações interpessoais e no desenvolvimento de estratégias que visem comportamentos assertivos. Neste sentido, posso constatar que o programa se apresentou como um cenário terapêutico onde foi promovido o autoconhecimento, o *insight* e o juízo crítico do grupo. Paralelamente, constatei que os participantes reconheceram limitações e melhoraram a suas aptidões de resolução de problemas e de adaptação e, essencialmente, as suas competências de comunicação e de interação social.

Por outro lado, após a identificação das necessidades dos clientes e dos respetivos diagnósticos de enfermagem, considere importante a seleção dos resultados esperados, tendo por base os objetivos do treino da assertividade, as características dos clientes, as suas capacidades, preferências e potencial de recuperação. Deste modo, apoiando-me em Moorheah et al. (2010), elaborei uma grelha de avaliação a partir dos diagnósticos de enfermagem “Interação Social Comprometida”, “Comunicação Comprometida” e “Risco de Agressividade” da *NANDA International* com os respetivos indicadores de resultados da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), como forma de avaliação complementar das sessões e das atividades desenvolvidas (apêndice III). Os indicadores de resultados focaram-se na promoção da autoestima e no desenvolvimento das habilidades de interação social, de comunicação e de autocontrolo da agressividade ou da impulsividade. No término de cada sessão foi preenchida uma grelha para cada cliente e neste sentido,

de seguida, apresento uma breve descrição dos resultados obtidos. Este método de trabalho enquadra-se nas competências do EESMP<sup>9</sup>.

Ao longo das sessões, seis dos participantes do grupo demonstraram frequentemente: verbalização de autoaceitação; sentimentos de autovalorização; aceitação da crítica construtiva; aceitação de autolimitações; equilíbrio no ato de ouvir o outro; recetividade; uso da autorrevelação perante o grupo; cooperação; consideração; autenticidade; uso de comportamentos assertivos; uso de estratégias de resolução de conflitos; troca de mensagens com o outro de forma precisa; identificação de situações e sentimentos que precipitam hostilidade e alternativas à agressão física ou verbal e suas consequências e identificação de técnicas de controlo da raiva. Todos estes indicadores de resultados foram raramente demonstrados nos outros dois participantes do grupo.

Face aos resultados obtidos, considero que o programa implementado mobilizou intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas e psicoeducativas, as quais possibilitaram a capacitação e empoderamento da pessoa com doença mental a nível das suas competências pessoais e sociais. Por outro lado, indo ao encontro dos pressupostos do treino da assertividade, apresentados no quadro de referência deste relatório, comprovou-se que a modelagem, o aconselhamento, o reforço positivo, a discussão em grupo, o *role-play* e a psicoeducação constituíram valiosos métodos na execução do treino da assertividade. Os mediadores expressivos, como o desenho, a pintura ou a música, complementaram estas técnicas e estimularam a criatividade e a imaginação dos clientes, motivando-os para as várias sessões. Este modelo de intervenção, enquadrou-se nas competências do EESMP<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> **Unidade de competência F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critério de avaliação F3.1.1.** *Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.* **F3.1.2.** *Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.* **F3.2.2.** *Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.* **F3.1.9.** *Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.*

<sup>10</sup> **Unidade de competência F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critério de avaliação F4.2.1.** *Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições.* **F4.2.2.** *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o "insight" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.* **F4.2.4.** *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.* **F4.2.5.** *Utiliza técnicas*

Apoiando-me na filosofia do cuidar baseado nas forças, foi evidente que todos os participantes apresentam forças, entre as quais destaco: a resiliência, o desejo de mudança e de crescimento pessoal, a capacidade de escuta, a empatia, a amizade, a família e as memórias. Estas forças foram frequentemente enaltecidas junto do grupo. Deste modo, o treino da assertividade não se centrou somente nas vulnerabilidades dos clientes, mas também nas suas qualidades, potencialidades e recursos pessoais, que se assumiram como promotoras do alívio do sofrimento mental. Durante as sessões assumi o papel de enfermeiro-parceiro que Gottlieb (2016) evidencia, desempenhando o papel de educador, conselheiro, moderador e ouvinte. Neste âmbito, a relação terapêutica foi primordial, uma vez que esta estimula os recursos internos e externos do cliente, tornando-o mais autoconfiante e autónomo (Benner, 2001).

Enquanto dinamizador do grupo terapêutico e ao reconhecer que o enfermeiro faz uso de si mesmo enquanto instrumento terapêutico, foi-me fornecida uma oportunidade única de refletir sobre a minha própria assertividade, sobre os meus recursos internos e no modo como estes podem ser utilizados na minha prática de cuidados e no desenvolvimento de intervenções especializadas. Ao longo das sessões compreendi que a autorrevelação ou autoexposição constitui uma técnica que pode ser aplicada para demonstrar aos clientes o quanto o enfermeiro os compreende e aceita, devido à similaridade de pensamentos, sentimentos ou experiências, promovendo-se assim a proximidade na relação. A autoexposição, apesar de ocorrer dentro dos parâmetros da relação profissional, faz com que os clientes vejam o enfermeiro como um ser humano normal (Riley, 2004; Phaneuf, 2005). Assim, ao expor dimensões do meu *self* pessoal, pretendi demonstrar empatia pois, tanto eu como o grupo, estávamos a percorrer um caminho semelhante no desenvolvimento da assertividade.

De acordo com Phaneuf (2005), para se desenvolverem perícias relacionais, o enfermeiro pode e deve realizar um trabalho autorreflexivo, analisando os motivos que

---

*psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.*

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

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

o levam a agir de modo menos assertivo de forma a adotar estratégias para melhorar o seu comportamento. Mais uma vez, a realização de reflexões críticas, o registo e análise de interação e a reflexão partilhada com o EEO permitiram-me concluir que o autoconhecimento, competência do EESMP<sup>11</sup>, é inerente ao treino da assertividade profissional e á transição pessoal e profissional.

Ainda neste estágio, tive oportunidade de realizar breves intervenções individuais, junto dos clientes da UILD, no âmbito do treino assertivo. Destaco a minha intervenção junto do Rui, um cliente com francas limitações a nível das suas habilidades de interação social, manifestando isolamento social e um estilo de comunicação passivo. Realizei algumas notas de campo e um registo e análise de interação com o Rui, que evidenciaram os seguintes aspetos: a minha intervenção auxiliou o cliente no reconhecimento do seu comportamento passivo, sendo desenvolvida a sua autoperceção e *insight*. Por outro lado, criei uma oportunidade de demonstrar ao cliente que a sua incapacidade de dizer “não” afeta os seus níveis de *stress*, ansiedade e insatisfação nas suas relações interpessoais. Foi, igualmente, enaltecido que o cliente tem o direito de definir os seus próprios limites, tem o direito de pedir tempo para refletir, antes de dizer se concorda ou discorda de uma decisão, tendo também o direito de reconsiderar e mudar de ideias. Através de procedimentos como a modelagem e a simulação de papéis, o cliente identificou as vantagens em conseguir expressar o “não”, sendo instruídas algumas técnicas assertivas como a autoexposição e o compromisso viável. Por fim, com o intuito de promover a autoestima e autoconfiança do cliente, auxiliei o Rui no encontro e mobilização das suas forças, entre as quais destaco: o seu gosto por aprender, a sua coragem em querer mudar, a sua bondade, a sua espiritualidade e a sua capacidade de perdão.

Neste estágio participei, de igual modo, como formando numa formação realizada na instituição dirigida a enfermeiros e auxiliares de ação médica, subordinada ao tema “*Interagir com o Utente*”, que em muito contribuiu para a atualização do meu conhecimento, motivando-me a refletir sobre a comunicação profissional do enfermeiro.

Como enfermeiro de cuidados gerais, a trabalhar num serviço de psiquiatria de agudos, posso afirmar que o estágio na UILD constituiu um importante momento de

---

<sup>11</sup> **Unidade de competência F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

aprendizagem e desenvolvimento enquanto estudante e futuro EESMP. Acima de tudo, percecionei que vários cenários de cuidados exigem distintas competências de comunicação e que o papel do enfermeiro de saúde mental passa por oferecer oportunidades de liberdade de escolha ao cliente, segundo a sua capacidade funcional. Por fim, conclui que a pessoa com doença mental pode e deve ser o “melhor professor” para o treino da assertividade, enquanto competência de comunicação profissional do enfermeiro.

## **2.4. Análise das competências desenvolvidas**

Segundo Benner (2001) o enfermeiro é um profissional clínico com inúmeros e preciosos conhecimentos, dimensão que confere ao seu papel profissional uma enorme responsabilidade e complexidade, requerendo assim um desenvolvimento contínuo. Neste sentido, interessa refletir sobre as competências desenvolvidas durante o percurso de estágio.

O EESMP, ao fazer uso de si mesmo enquanto instrumento terapêutico, possibilita oportunidades terapêuticas ao cliente, através de um conjunto de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática permite o desenvolvimento de relações de confiança e parceria com o cliente ou grupo, promovendo o *insight* sobre os problemas e as habilidades de encontrar novas vias de resolução (Regulamento nº 515/2018). Foi neste processo relacional que desenvolvi perícias comunicacionais e onde me reconheci enquanto profissional de ajuda e promotor de *settings* terapêuticos, através das minhas características pessoais, qualidades, vulnerabilidades e forças, compreendendo o seu impacto quando projetadas na relação com o cliente. Esta autoconsciencilização foi fundamental para o desenvolvimento da primeira competência do EESMP: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428).

Por outro lado, ao rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa de refletir sobre as situações vivenciadas em estágio e gerindo respostas de adaptabilidade individual, considero ter ido ao encontro da competência comum do EE, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “desenvolve o

autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento nº. 140/2019, p. 4749). Ao remeter-me para as competências de mestre, percebo que desenvolvi capacidades que me permitiram “(...) uma aprendizagem ao longo do ciclo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº. 63/2016, p. 3174).

As reflexões críticas, os registos e análises de interações, as notas de campo, as reuniões de reflexão e discussão com os EEO, a partilha de ideias com as equipas multidisciplinares dos contextos de estágio, a participação na formação “*Interagir com o Utente*” e a pesquisa bibliográfica constituíram pertinentes atividades para a aquisição destas competências.

A segunda competência do EESMP: “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428), foi desenvolvida através da recolha de informação necessária à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, a qual me permitiu executar uma avaliação abrangente dos problemas, necessidades e seu impacto na saúde mental, nomeadamente a nível dos processos de comunicação e socialização, bem como avaliar forças ou fatores promotores do bem-estar mental.

Esta colheita e análise de informação permitiu-me promover a segurança das minhas intervenções, nas dimensões éticas e deontológicas, adotando uma postura antecipatória e garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade dos clientes. Por este motivo, concluo que desenvolvi competências comuns do EE, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº. 140/2019, p. 4746). Ainda neste âmbito, considero ter desenvolvido competências de mestre como a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos (...)” (Decreto-Lei nº. 63/2016, p. 3174).

Estas competências foram desenvolvidas através de: participação ativa em consultas de enfermagem no contexto comunitário, integração e colaboração nas reuniões comunitárias no contexto de internamento, entrevistas de enfermagem, consulta dos processos clínicos dos clientes, notas de campo, participação nas

reuniões multidisciplinares, observação e avaliação do comportamento dos clientes, consulta e aprofundamento de conhecimentos relativos aos documentos reguladores da profissão. Mais uma vez, a revisão bibliográfica e as reuniões de supervisão clínica com os EEO, assumiram-se como úteis ferramentas de trabalho e de aprendizagem.

Considero que, nos estágios, a prestação de cuidados à pessoa com doença mental permitiu-me compreender de que modo o défice da assertividade afeta a pessoa, em muitas das suas dimensões, e conseqüentemente desenvolver competências no campo do planeamento de cuidados de enfermagem especializados, tendo em consideração a problemática em estudo. Ao implementar um plano de cuidados individualizado ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e sistemas de taxonomia preconizados pela OE, visei a promoção da autoestima e da autonomia da pessoa com doença mental, contribuindo para a sua capacitação e qualidade de vida. Assim, sublinho que desenvolvi a terceira competência do EESMP: “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº 515/2018, p. 21428). Esta competência foi espelhada no estudo de caso, em notas de campo e reflexões críticas.

Paralelamente, ao consultar protocolos e procedimentos das equipas multidisciplinares, compreendendo a dinâmica organizacional e participando ativamente nos processos de tomada de decisão, contribuí para o trabalho em parceria, mas também para a melhoria e continuidade dos cuidados de enfermagem. Esta articulação com as equipas multidisciplinares, na qual tive oportunidade de divulgar os resultados nas minhas intervenções, permitiu-me adquirir competências comuns do EE, no domínio da melhoria contínua da qualidade: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº. 140/2019, p. 4747), bem como a nível do domínio da gestão de cuidados: “gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº. 140/2019, p. 4748). Também neste campo, concluo que demonstrei competências de mestre, tais como: “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” e “(...) comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a

elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei nº. 63/2016, p. 3174).

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados na cliente Ana, no contexto comunitário, e o programa de intervenção “Treino da Assertividade”, no contexto de internamento, através de atividades como o ensino, a orientação, o treino, o aconselhamento e a supervisão, auxiliaram os clientes na perceção das suas dificuldades e no enaltecimento das suas capacidades de comunicação e de interação social, atingindo um padrão de funcionamento mais saudável. Deste modo, considero que foi desenvolvida a quarta competência do EESMP: “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” (Regulamento nº. 515/2018, p. 21430).

Durante a implementação destas intervenções assumi a gestão de um ambiente centrado no cliente, como premissa máxima para a efetividade terapêutica, criando um espaço protetor e sensível à sua identidade. Assim, enquadrei o domínio da melhoria continua da qualidade das competências comuns do EE: “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº. 140/2019, p. 4747).

Em suma, posso concluir que, ao desenvolver as competências comuns do EE, demonstrei habilidades de conceção e gestão de cuidados de enfermagem, mas também de formação, investigação e assessoria.

Ao focar-me no desenvolvimento das competências específicas do EESMP, posso concluir que o estágio constitui “um espaço e um tempo” que me possibilitou aprender e desenvolver junto da pessoa com doença mental, numa relação de parceria e contributo mútuo. Este processo de aprendizagem teve como linha orientadora a observação participativa e a intervenção ativa, apoiadas na evidência científica e no exercício reflexivo. Considero que adquiri e desenvolvi competências pessoais e profissionais partindo da especificidade da prática clínica da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a qual engloba a relação de confiança e parceria com o cliente e intervenções especializadas com o intuito de o capacitar, promovendo o alívio do sofrimento mental (OE, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indo ao encontro do ponto de partida que orientou o estágio: “*O contributo do treino da assertividade para o desenvolvimento das competências pessoais e sociais da pessoa com doença mental*”, concluo que o percurso de aprendizagem realizado no mesmo permitiu atingir os objetivos que me propus alcançar, principalmente a aquisição de competências de EESMP, mas também de EE e de mestre, centrando-me na problemática em estudo.

O processo desenvolvido permitiu-me confirmar o que é espelhado pela evidência científica. A doença mental é a doença da relação, pois traduz-se em inúmeros constrangimentos nas habilidades de comunicação e de socialização da pessoa, com significativo impacto no seu bem-estar mental.

Assim, procurei compreender este fenómeno, apoiando-me na filosofia do cuidar baseado nas forças de Laurie Gottlieb, sob a perspetiva do desenvolvimento e otimização das capacidades e potencialidades da pessoa com doença mental, mobilizando o treino da assertividade, enquanto cuidado e intervenção especializada de enfermagem, concluindo que este é promotor da capacitação e do empoderamento do ser humano. A assertividade, enquanto competência pessoal e social, ocupa um lugar privilegiado na vida de todas as pessoas, nomeadamente das pessoas com doença mental, uma vez que pode ser utilizada como meio de regulação de estados emocionais e, conseqüentemente, como meio de alívio do sofrimento mental.

Através da compreensão do importante lugar que a assertividade ocupa na vida da pessoa com doença mental, verifiquei que o EESMP faz uso de si mesmo como veículo terapêutico no treino assertivo, alcançando ganhos em saúde. O EESMP pode intervir de forma autónoma no âmbito da promoção das competências de comunicação da pessoa ou grupo mas, para que isso se concretize, não pode focar-se somente nos seus défices ou vulnerabilidades. O conhecimento profundo das suas características, história de vida e qualidades, que se assumem como forças, é imprescindível para a aceitação plena da pessoa, a qual acontece durante a relação terapêutica que deverá ser apoiada na empatia, no respeito, na escuta e na promoção da autoestima e da autonomia. Deste modo, não me faz sentido pensar no treino da assertividade como uma estratégia que o enfermeiro desenvolva “para” a pessoa com doença mental, mas sim “com” a pessoa com doença mental, num processo onde

todos os intervenientes desempenham um papel ativo, de partilha, de aprendizagem e de colaboração mútua.

Ao abraçar o modelo de cuidados baseado nas forças, senti que me transformei, desenvolvi uma nova perceção do meu papel profissional, afastando-me do modelo prescritivo de cuidados e tornando-me menos padronizado. Hoje revejo-me como um enfermeiro parceiro, com um *ser* e *estar* mais otimista e mais recetivo, que procura caminhar lado-a-lado com o cliente. Por este motivo, o estágio constituiu um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, onde verifiquei que a prática de enfermagem deve ser baseada na evidência científica e no exercício reflexivo.

A evidência científica disponível e a implementação das intervenções nos contextos clínicos dos estágios, muito distintos do meu contexto profissional, permitiram-me aferir que o treino da assertividade é implementado através de atividades de cariz psicoterapêutico, socio-terapêutico e psicoeducacionais, enquadrando-se assim no campo de intervenção do EESMP.

Por outro lado, ao trabalhar em contexto hospitalar há doze anos, os estágios permitiram-me compreender que a multidisciplinariedade se assume como pedra basilar no processo de continuidade de cuidados à pessoa com doença mental nos mais diversos cenários. Assim nos últimos meses, esta nova visão, motivou-me a desenvolver relações de maior proximidade com equipas comunitárias de psiquiatra e com outros profissionais de saúde, no meu contexto profissional. Neste sentido, envolvi-me em projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, centrados nos processos de *recovery* e na promoção da qualidade de vida dos clientes, dando assim o meu contributo para a transição e maximização dos cuidados em saúde mental.

Atualmente no meu contexto profissional, os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, neste percurso de aprendizagem, permitem-me executar intervenções no âmbito do treino da assertividade junto dos clientes por mim assistidos, de modo autónomo. No entanto, futuramente e compreendendo a pertinência do treino assertivo, pretendo desenvolver um projeto com o intuito de integrar o treino da assertividade dos clientes, no plano de intervenção da equipa com que trabalho, sensibilizando-a para esta problemática. Sinto que poderá ser um processo moroso e com certos obstáculos ou resistências, daí considerar que a minha assertividade deverá ser o ponto de partida para a transição. Confesso que desejo ser um veículo promotor da assertividade dos meus pares, capacitando-os para esta competência profissional que se traduz em cuidados mais personalizados e frutíferos para o cliente.

Concluindo o presente relatório, identifico as limitações ou constrangimentos vividos ao longo deste percurso. A escassa evidência científica acerca da efetividade do treino da assertividade, como intervenção especializada de enfermagem, foi uma das dificuldades sentidas. Esta ideia é referida por vários autores, como Pereira et al. (2018) e Ustun e Kucuk (2020). Por acreditar que esta temática merece maior atenção por parte da enfermagem de saúde mental, considero que será pertinente o desenvolvimento de estudos que reflitam os contributos do treino assertivo, enquanto intervenção especializada.

Outra limitação prendeu-se, também, com a escassez de instrumentos psicométricos, no âmbito da assertividade, adaptados às características da pessoa com doença mental grave, nomeadamente no que diz respeito aos défices cognitivos.

Destaco, igualmente, os constrangimentos do atual contexto pandémico que exigiram um replaneamento das atividades de modo a dar resposta aos objetivos definidos. Neste sentido, considero que, no contexto comunitário, as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde apresentaram-se como limitadoras no processo de integração da família no plano de cuidados da cliente Ana.

Por fim, apoiando-me em Benner (2001), afirmo que este percurso formativo, impregnado de novos saberes e novas possibilidades, foi apenas o início de uma “viagem”, na qual espero vir a tornar-me o enfermeiro com experiência e compreensão intuitiva de cada situação, apreendendo diretamente os problemas sem me perder num largo leque de soluções ou diagnósticos estéreis, através da capacidade de adaptabilidade, flexibilidade, julgamento e decisão. Um enfermeiro holístico, um enfermeiro perito. Assim, termino este relatório de estágio com um pensamento de Marcel Proust, que sintetiza esta minha aprendizagem: “A verdadeira viagem de descoberta não consiste em descobrir novos horizontes, mas em ver com novos olhos”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, R., & Emmons. M. (2017). *Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships* (10th ed.). Impact Publishers. [https://books.google.pt/books/about/Your\\_Perfect\\_Right.html?id=iPAhDgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f](https://books.google.pt/books/about/Your_Perfect_Right.html?id=iPAhDgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f)
- Amaral, A. C. (2020). Um modelo de intervenção em grupo. In C. Sequeira & F. Sampaio (**Coords.**), *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções* (p. 225-227). Lisboa: Lidel.
- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2016). *Interpersonal relationships: professional communications skills for nurses* (7th ed.). Elsevier.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição Comemorativa)*. Quarteto Editora.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5.ªEd.). Elsevier Editora. [https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos\\_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf](https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf)
- Caballo V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7ª.Ed.). Siglo. <https://es.pdfdrive.com/manual-de-evaluaci%C3%B3n-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-d186970337.html>
- Carvalho, A. C., Parra, R., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento agressivo. In C. Sequeira & F. Sampaio (**Coords.**), *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções* (p. 147-148). Lisboa: Lidel.

- Castanyer, O. (2010). *La asertividad: expresión de una sana autoestima* (32ª. Ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://psicocarilha.com/wp-content/uploads/2020/06/asertividad-autoestima-1.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica, volume 1 – Os fundamentos existencial- humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro. Diário da República n.º 176/2016- I.ª série. Lisboa: Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Diogo, P. M. J. (2009). *Metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar: O processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/259382793\\_Metamorfose\\_da\\_experiencia\\_emocional\\_no\\_acto\\_de\\_cuidar\\_o\\_processo\\_de\\_uso\\_terapeutico\\_da\\_s\\_emocoes\\_em\\_enfermagem\\_pediatica](https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_terapeutico_da_s_emocoes_em_enfermagem_pediatica) [Metamorphosis of emotional experience in the act of caring the process of ther](https://www.researchgate.net/publication/259382793_Metamorfose_da_experiencia_emocional_no_acto_de_cuidar_o_processo_de_uso_terapeutico_da_s_emocoes_em_enfermagem_pediatica)
- Eckroth-Butcher, M. (2010). Self awareness: a review and analysis of a basic nursing concept. *Advances in Nursing Science*, 33 (4), 297-309. <http://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181fb2e4c>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças - saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.
- Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde – paciente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2), 283-297. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a11.pdf>
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Becker, T., & Riedel-Heller, S. (2015). S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265 (3), 173-188. <http://doi.org/10.1007/s00406-014-0558-9>

- Hargie, O. (2011). *Skilled interpersonal communication: research, theory and practice* (5<sup>th</sup>Ed.). Routledge. <https://silo.pub/qdownload/skilled-interpersonal-communication-research-theory-and-practice-5th-edition.html#>
- Johnson, M., Moorheah, S., Bulecheck, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade* (3<sup>a</sup> Ed.). Elsevier Editora.
- Koolae, A. K., Baighi, H. E., & Navidian, A. (2016). Effects of communication skills training on aggression and quality of lives of male patients with chronic mental illnesses. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 2 (1), 3-10. <http://doi.org/10.32598/jccnc.2.1.3>
- Kurniati, S. R., & Daulima, N. H. (2019). Assertive training therapy for schizophrenic patient with risk of violent behaviour: a case report. *International Journal of Nursing and Health Services*, 2 (2), 1-7. <http://doi.org/10.3565/IJNHS.V2I2.85>
- Larsen, T., & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expectations*, 21 (6), 1231-1240. <http://doi.org/10.1111/hex.12828>
- Lee, T.-Y., Chang, S.-C., Chu, H., Yang, C.-Y., Ou, K.-L., Chung, M.-H., & Chou, K.-R. (2013). The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), 2549-2559. <http://doi.org/10.1111/jan.12142>
- Lin, Y.-R., Wu, M.-H., Yang, C.-I., Chen, T.-H., Hsu, C.-C., Chang, Y.-C., Tzeng, W.-C., Chou, Y.-H., & Chou, K.-R. (2008). Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (21), 2875-2883. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02343.x>

- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>
- Malky, M. I. E., Attia, M. M., & Alam, F. H. (2016). The effectiveness of social skill training on depressive symptoms, self-esteem and interpersonal difficulties among schizophrenic patients. *Internacional Journal of Advanced Nursing Studies*, 5 (1), 43-50. <http://doi.org/10.14419/ijans.v5i1.5386>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2010). *Classificações dos resultados de enfermagem – NOC* (4ª. Ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Morrissey, J. & Callaghan, P. (2011). *Communication skills for mental health nurses*. Open University Press. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/656/1/Communication%20skills%20for%20mental%20health%20nurses%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>
- Nihayati, H. E., Kadji, R. I., Rachmawati, P. D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Tristiana, D., & Yunita, F. C. (2020). Assertive training in form of role-playing to control the aggressive behavior of people with schizophrenia in the community. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24, (9), 786-794. <http://doi.org/10.37200/IJPR/V24I9/PR290096>
- Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 15 (1), 70-87. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23944/1/2011\\_15\\_1\\_70-87.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23944/1/2011_15_1_70-87.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de documentação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.*

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o\\_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica\\_ausculata%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculata%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave.*

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp\\_cuidenfesprecupressdoen%C3%A7amentalgrave\\_ordenferm\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecupressdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf)

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018). Treino de assertividade na enfermagem de saúde mental. In C. Sequeira, J. C. Carvalho, L. Sá, P. Seabra, M. Silva, & O. Araújo (Eds.), *E-book: IX congresso internacional da ASPESM: saúde mental para todos* (pp. 32-41). ASPESM.

[https://issuu.com/spesm/docs/vf2\\_e-book\\_final\\_congresso\\_bragan\\_a\\_06\\_11\\_2019-5.](https://issuu.com/spesm/docs/vf2_e-book_final_congresso_bragan_a_06_11_2019-5)

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

Price, P. A. (1979). Chapitre 4 – modèles théoriques. In J. Haber, A. M. Leach, S. M. Schudy, & B. F. Sideleau (Coords.), *Le nursing en psychiatrie: Pour une vision globale* (pp. 30-55). Les Éditions HRW.

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto de (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª série, N.º 151 (2018-08-07), 21427 – 21430.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, Nº 26 (2019-02-06), 4744 – 4750.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª. Ed). Lusociência.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77-84. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção psicoterapêutica em enfermagem. In C. Sequeira, & F. Sampaio (**Coords.**), *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 171-173). Lidel.

Seifert, L. (2009). *Treino em assertividade*. Monitor – Projetos e Edições.

Sequeira, C. (2020). Treino da assertividade. In C. Sequeira & F. Sampaio (**Coords.**), *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 199-201). Lidel.

Sequeira, C. (Coord.). (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (Coords.). (2020). *Enfermagem de saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Shrestha, S. (2019). Assertiveness and self-esteem among nursing students of manipal college of medical science of pokhara, nepal. *Journal of Chitwan Medical College*, 9 (28), 54-59. <http://doi.org/10.3126/jcmc.v9i2.24535>

- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: a forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1 (25), 1-20. [https://www.stonybrook.edu/commcms/psychology/pdfs/faculty/Speed\\_et\\_al-2017-Clinical\\_Psychology\\_Science\\_and\\_Practice.pdf](https://www.stonybrook.edu/commcms/psychology/pdfs/faculty/Speed_et_al-2017-Clinical_Psychology_Science_and_Practice.pdf)
- Tomas, A. C. T., & Carvalho, M. R. (2014). Treino assertivo para a depressão: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10 (2), 103-111. <http://doi.org/10.5935/1808-5687.20140016>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Lusociência.
- Utami, A. A., Ibrahim, M., & Purnama, H. (2021). The effect of assertive training for reducing violence behavior in skizofrenia patients: literature review. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 7 (Special Edition), 90-96. <http://doi.org/10.33755/jkk>
- Ustun, G., & Kucuk, L. (2020). The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56 (2), 297-307. <http://doi.org/10.1111/ppc.12427>
- Wood, T. E., Golden-Englander, P., Golden, D. E., & Pillai, V. K. (2010). Improving addictions treatment outcomes by empowering self and others. *Internacional Journal of Mental Health Nursing*, 19 (5), 363-368. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00678.x>

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I - Planificação geral do programa “Treino da Assertividade”**

**Planificação geral do Programa “Treino da Assertividade”**

Sessões	Sessão I	Sessão II	Sessão III	Sessão IV	Sessão V	Sessão VI	Sessão VII
<b>Tema</b>	<i>Pensar, Sentir, Agir</i>	<i>Se eu fosse um animal...</i>	<i>Como se comporta?</i>	<i>Círculo da Crítica</i>	<i>Fazer pedidos assertivamente</i>	<i>Encontrar soluções, prevenir o conflito</i>	<i>Libertar a raiva...</i>
<b>Duração</b>	45 min.	40 min.	45 min.	45 min.	50 min.	40 min.	55 min.
<b>Objetivo Geral</b>	<b>Capacitar os participantes no âmbito da assertividade enquanto competência pessoal e social.</b>						
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autorreflexão e o autoconhecimento dos participantes.</li> <li>- Induzir a expressão e avaliação dos participantes face aos seus comportamentos habituais (pensamentos, sentimentos e atitudes).</li> <li>- Desenvolver a confiança e empatia entre os participantes.</li> <li>- Promover a autoestima dos participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autorreflexão e o autoconhecimento dos participantes.</li> <li>- Permitir que os participantes naveguem na sua imaginação e criatividade.</li> <li>- Incentivar os participantes a selecionarem e exprimirem livremente as características que admiram e aspiram ter.</li> <li>- Desenvolver a confiança e empatia entre os participantes.</li> <li>- Promover a autoestima dos participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificar as diferenças entre os vários tipos de comunicação/comportamento (assertivo, agressivo, manipulador, passivo).</li> <li>- Promover a autorreflexão e o autoconhecimento dos participantes.</li> <li>- Induzir a expressão e avaliação dos participantes face aos seus comportamentos habituais (pensamentos, sentimentos e atitudes).</li> <li>- Promover a autoestima dos participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover junto dos participantes a aceitação do que é positivo e negativo neles próprios e que todas as pessoas têm aspetos positivos e negativos e que ambos são aceites.</li> <li>- Capacitar os participantes para a receção e gestão assertiva da crítica.</li> <li>- Treinar a receção e a gestão assertiva em situações reais e apreciar os seus benefícios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar os participantes a reconhecerem os obstáculos ao fazerem pedidos com assertividade.</li> <li>- Desenvolver e aplicar técnicas de comunicação assertiva ao fazer-se um pedido.</li> <li>- Treinar essas técnicas em situações reais e apreciar os seus benefícios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o valor da assertividade para a resolução de conflitos e de problemas interpessoais.</li> <li>- Promover o sentido de equidade (aprender a forma de chegar a uma posição “ganhar-ganhar” em vez de “eu ganho, tu perdes”).</li> <li>- Treinar a gestão de conflitos em situações reais e apreciar os seus benefícios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar os participantes a reconhecerem os “gatilhos” da sua raiva.</li> <li>- Permitir que os participantes expressem os seus sentimentos (de raiva) de forma desinibida.</li> <li>- Demonstrar que “guardar” a raiva não é saudável e exprimi-la poderá evitar conflitos.</li> <li>- Demonstrar o valor de exprimir a raiva de forma assertiva.</li> </ul>
<b>Recursos Materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de Papel A4</li> <li>- Documento “Penso, sinto, faço”, adaptado de Seifert (2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de Papel A4</li> <li>- Marcadores de tinta e lápis de cor.</li> <li>- 8 feijões</li> <li>- 1 garrafa “FORÇA”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de Papel A4</li> <li>- Documento “Como se comporta você? – Quatro tipos de comportamento”, adaptado de Seifert (2009).</li> <li>- Documento “Como autoavaliar o meu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 bolachas</li> <li>- 1 prato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartolina de papel branco A3 onde se encontram descritas algumas técnicas assertivas para fazer pedidos – adaptado de Seifert, (2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puzzle “Num conflito...DEVO...NÃO DEVO...” – adaptado de Seifert, (2009).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balões de ar.</li> <li>- Papel, jornais, revistas.</li> <li>- Computar com acesso à Internet – YouTube (músicas).</li> </ul>

		- Cronómetro	comportamento?", adaptado de Seifert (2009). - Novelo de corda		- 8 balões		
<b>Dinamizador/ Codinamizador</b>	João Antunes (Dinamizador) Enfermeiro Especialista Orientador (Codinamizador)						
<b>Local</b>	UILD – sala de atividades ocupacionais						

**APÊNDICE II – Normas e regras orientadoras do grupo terapêutico**

## **Normas e regras orientadoras do grupo terapêutico**

- 1- As sessões do grupo são realizadas em parceria pelo estudante de enfermagem João Antunes (dinizador) e pelo Enfermeiro Especialista Orientador (codinizador)
- 2- O grupo terapêutico é constituído por um grupo fechado de 8 utentes.
- 3- O programa tem início a 24 de Março de 2021 e termina a 21 de Abril de 2021, perfazendo um total de quatro semanas, em sete sessões.
- 4- A calendarização das sessões estará de acordo com os horários das atividades e rotinas dos utentes da UILD.
- 5- Caso a adesão de um participante do grupo seja irregular: a sua integração e continuidade será reavaliada pelos respetivos enfermeiros dinimizadores.
- 6- O objetivo das sessões será a exposição de sentimentos e o desenvolvimento de habilidades de comunicação assertiva, onde o respeito e a aceitação pelas características pessoais de cada participante serão primordiais.
- 7- A confidencialidade e o segredo profissional de toda a informação estarão sempre presentes durante e após todo o processo. Não esquecer que o que é partilhado no grupo, fica no grupo.
- 8- Os enfermeiros dinimizadores encontram-se disponíveis para esclarecer questões adicionais ao longo de todo o programa.

**APÊNDICE III – Grelha de avaliação das sessões com os indicadores NOC**

Diagnóstico de Enfermagem	Interação social comprometida						
Resultado associado	<b>Autoestima</b>						
Indicadores	Escala						
	Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	Algumas vezes positivo 3	Frequentemente positivo 4	Consistentemente positivo 5	N/A	Observações
Verbalizações de autoaceitação	1	2	3	4	5	N/A	
Aceitação de autolimitações	1	2	3	4	5	N/A	
Consideração com os outros	1	2	3	4	5	N/A	
Comunicação franca	1	2	3	4	5	N/A	
Equilíbrio entre participação e ato de ouvir nos grupos	1	2	3	4	5	N/A	
Nível de confiança	1	2	3	4	5	N/A	
Aceitação da crítica construtiva	1	2	3	4	5	N/A	
Sentimentos de autovalorização	1	2	3	4	5	N/A	
Resultado associado	<b>Habilidades de interação social</b>						
Indicadores	Escala						
	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Consistentemente demonstrado 5	N/A	Observações
Uso da revelação conforme adequado	1	2	3	4	5	N/A	
Mostra receptividade	1	2	3	4	5	N/A	
Coopera com o outro	1	2	3	4	5	N/A	
Uso de comportamentos assertivos	1	2	3	4	5	N/A	
Mostra consideração	1	2	3	4	5	N/A	
Mostra autenticidade	1	2	3	4	5	N/A	
Uso do compromisso	1	2	3	4	5	N/A	
Uso de estratégias de solução de conflitos	1	2	3	4	5	N/A	
Diagnóstico de Enfermagem	<b>Comunicação comprometida</b>						
Resultado associado	<b>Comunicação</b>						
Indicadores	Escala						
	Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	N/A	Observações
Troca de mensagens com outros, de forma precisa	1	2	3	4	5	N/A	

Diagnóstico de Enfermagem	Risco de agressividade						
Resultados associados	Autocontrole da agressividade/autocontrole de comportamento impulsivo						
Indicadores	Escala						Observações
	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Consistentemente demonstrado 5	N/A	
Identificação da raiva	1	2	3	4	5	N/A	
Identificação de situações que precipitam hostilidade	1	2	3	4	5	N/A	
Identificação de alternativas á agressão	1	2	3	4	5	N/A	
Uso de habilidades eficientes de resolução de conflitos	1	2	3	4	5	N/A	
Expressão de necessidades de forma não destrutiva	1	2	3	4	5	N/A	
Uso de técnicas de controle da raiva	1	2	3	4	5	N/A	
Identificação de comportamentos impulsivos	1	2	3	4	5	N/A	
Identificação de sentimentos/comportamentos que levam a ações impulsivas	1	2	3	4	5	N/A	
Identificação de conseqüências de ações impulsivas	1	2	3	4	5	N/A	

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2010). *Classificações dos resultados de enfermagem – NOC* (4ª. Ed). Rio de Janeiro: Elsevier.