

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Promover a Resiliência Familiar: A intervenção de
Enfermagem em grupos multifamiliares

Sara Alexandra Rodrigues Martinho

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Promover a Resiliência Familiar: A intervenção de
Enfermagem em grupos multifamiliares


Sara Alexandra Rodrigues Martinho

Orientador: Prof.^a Doutora Patrícia Silva Pereira

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...
Portanto devemos fazer da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro...”*

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

A elaboração deste projeto de Mestrado foi um percurso recheado de inúmeros desafios, incertezas, surpresas, alegrias e vitórias.

Felizmente, este caminho não foi percorrido sozinha. Este projeto foi construído graças ao apoio e colaboração de várias pessoas que em diferentes momentos cruzaram o meu caminho e me deram direta ou indiretamente o seu contributo.

Agradeço em especial:

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Pereira, pelo apoio, pela competência técnico-científica e pelo incentivo constante em momentos de maior desânimo.

Às enfermeiras orientadoras de estágio, pelos excelentes exemplos de enfermeiras especialistas que são e pelas aprendizagens proporcionadas.

Aos pais que constituíram o grupo terapêutico e que estiveram sempre disponíveis para colaborar no projeto/estudo.

Aos colegas de turma pelo apoio mútuo, pela amizade construída e pelos momentos partilhados de desespero e desânimo, mas também de alegrias e conquistas.

À minha família e amigos, que embora por vezes distantes, estiveram sempre muito presentes e me deram motivação e coragem para continuar.

Ao Tiago, pelo amor, cuidado, paciência e incentivo nesta caminhada e por sempre ter acreditado que eu seria capaz.

Ao Francisco, que surgiu na minha vida no meio deste percurso e que embora ainda não conheça me tem dado uma força especial nesta caminhada e fazer gostar ainda mais *das famílias*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FRAS - Escala de Avaliação de Resiliência Familiar

NIC - Nursing Interventions Classification

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

RESUMO

Sendo a família um sistema social constituído por um elevado número de interações, é compreensível que um acontecimento que afeta um elemento da família tenha repercussões em todos os elementos. Baseado numa perspetiva sistémica o presente estudo assenta na temática da resiliência familiar.

A resiliência familiar é de natureza dinâmica, e considera a multiplicidade de respostas adaptativas das famílias quando confrontadas com uma situação de adversidade.

À luz dos *Cuidados de Enfermagem Baseados nas Forças*, este estudo visa contribuir para a promoção da resiliência das famílias de crianças com dificuldades na linguagem/socialização, através da intervenção em grupo terapêutico multifamiliar. Para tal foram definidos os seguintes objetivos: Identificar os níveis de resiliência nos pais de crianças com dificuldades na linguagem /socialização; perceber quais são os fatores protetores, os recursos que o grupo encontra através da partilha e troca de experiências; compreender o processo evolutivo do grupo multifamiliar; promover o processo de resiliência familiar.

O grupo terapêutico multifamiliar aqui caracterizado revelou ser um espaço de partilha de dificuldades, dúvidas, emoções, conquistas e aprendizagens num ambiente contentor onde até os mais sécticos conseguiram criar empatia, facilitada pela partilha de situações semelhantes.

O enfermeiro compartilhando com as famílias a responsabilidade pelo cuidado, possibilitou que as mesmas partilhassem as suas realidades e construíssem conjuntamente novas alternativas, recursos e possibilidades para resolução dos seus problemas.

Concluiu-se que a intervenção de enfermagem em grupo multifamiliar pode ser uma estratégia de intervenção na promoção da resiliência familiar uma vez que através da partilha em grupo os pais redescobrem os seus fatores protetores, as suas forças e competências, criam redes de apoio e empoderam-se para fazer face às adversidades nos diferentes estádios do ciclo familiar tornando toda a família mais resiliente.

Palavras chave: família, resiliência familiar, grupos multifamiliares, enfermagem

ABSTRACT

Being the family, a social system constituted by a high number of interactions, it is understandable that an event that affects an element of the family has repercussions in all the elements. Based on a systemic perspective, the present study is based on the theme of family resilience.

Family resilience is dynamic in nature, and considers the multiplicity of adaptive responses of families when confronted with a situation of adversity.

In the light of Forces Based Nursing Care, this study aims to contribute to the promotion of the resilience of families of children with language / socialization disorder, through intervention in multifamily therapeutic group. The following objectives were defined: Identify the levels of resilience in the parents of children with language / socialization difficulties; to perceive what are the protective factors, the resources that the group finds through the sharing and exchange of experiences; understand the evolutionary process of the multifamily group; promote the process of family resilience.

The multifamily therapeutic group featured here has been a space for sharing difficulties, doubts, emotions, achievements and learning in a container environment where even the most septic have managed to create empathy, facilitated by the sharing of similar situations.

The nurse sharing with the families the responsibility for care enabled them to share their realities and jointly construct new alternatives, resources and possibilities for their problems.

It was concluded that nursing intervention with multifamily group may be a strategy of intervention in promoting family resilience since through group sharing parents rediscover their protective factors, their strengths and competencies, create support networks and empower to cope with adversities at different stages of the family cycle making the whole family more resilient.

Key words: family, family resilience, multifamily groups, nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. PROMOVER A RESILIÊNCIA FAMILIAR	14
1.1. A Família- uma abordagem familiar sistémica	14
1.2. A Resiliência Familiar sustentada nas forças e competências das famílias....	17
1.3. O grupo terapêutico multifamiliar como recurso do processo de resiliência familiar	20
1.4. A intervenção do enfermeiro em grupo multifamiliar na promoção de resiliência familiar	23
2. CONTRUIR UM CUIDAR ESPECIALIZADO: O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EESMP	25
2.1. Tornar-se especialista em contexto de internamento de pedopsiquiatria	26
2.2. A descoberta do cuidar especializado em contexto comunitário e o desenvolvimento do estudo empírico.....	33
2.2.1 Delimitação da problemática.....	35
2.2.2 Questão de investigação	36
2.2.3 Objetivos do estudo	36
2.2.4 Opções metodológicas	37
2.2.4.1 Tipo de estudo	38
2.2.4.2 Participantes	38
2.2.4.3 Critérios de inclusão e exclusão	38
2.2.4.4 Considerações éticas.....	38
2.2.5 Tratamento e análise dos dados.....	39
2.2.6. Apresentação e Discussão dos resultados	40
▪ Caracterização do grupo.....	40
▪ Resultados da avaliação inicial da FRAS.....	42
▪ Resultados das sessões de grupo de pais.....	43

▪ Principais conclusões.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Apêndice II - Tabela 1. Experiências vivenciadas pelas crianças/jovens após cada sessão terapêutica de dança e movimento.

Apêndice III – Tabela 2. Síntese dos temas abordados nas respectivas sessões terapêuticas de pais (grupo de 2^{af}).

Apêndice IV - Tabela 3. Temas abordados durante as sessões terapêuticas de grupo de pais categorizados segundo o modelo de processos chave promotores de resiliência de Walsh.

Apêndice V – Tabela 4. Resumo de atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio para desenvolver as competências do EESMP.

ANEXOS

Anexo I – Autorização/esclarecimento da autora sobre a FRAS.

Anexo II – Consentimento Esclarecido para Participação em Estudos de Investigação em Saúde.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentagem de número de elementos que constituem o núcleo familiar das 5 famílias.	40
Gráfico 2. Percentagem das religiões que as 5 famílias seguem.....	41
Gráfico 3. Percentagem dos países de naturalidade dos pais das 5 famílias.....	41
Gráfico 4. Percentagem da situação profissional de ambos os pais das 5 famílias	41
Gráfico 5. Percentagem de quem respondeu ao questionário da FRAS nas 5 famílias	42
Gráfico 6. Total de Pontuação do questionário FRAS das 5 famílias.....	42
Gráfico 7. Nuvem de palavras com os temas abordados nas 17 sessões do grupo terapêutico de pais (2ª feira).....	43

INTRODUÇÃO

No decorrer das últimas três décadas, o fenômeno resiliência tem surgido como objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento. Nas ciências sociais e da saúde, em geral, refere-se à capacidade manifestada por alguns seres humanos de amenizar ou evitar os efeitos negativos que certas situações podem produzir sobre a saúde e o desenvolvimento das pessoas, das famílias ou mesmo das comunidades.

Trata-se de um fenômeno complexo que assume notável importância, principalmente num contexto em que macro adversidades sociais, políticas e económicas, estão a surgir na sociedade atual.

A perspetiva da resiliência familiar é multifatorial e fundamenta-se na convicção profunda de que a família tem potencial para a reparação e crescimento.

O conceito de resiliência familiar envolve o potencial de crescimento e transformação que pode ser desenvolvido nas relações familiares e nos seus membros em situações de adversidade. Intervenções focadas no fortalecimento dos processos de partilha, comunicação, competências podem maximizar o potencial para a resiliência que todas as famílias apresentam (Walsh, 2005).

A ‘família resiliente’ pressupõe um processo de desenvolvimento único que envolve uma forma particular de organização, de comunicação, de recursos pessoais e comunitários para a solução de problemas, os quais podem ser considerados, também, como a expressão de forças da família que operam em determinadas circunstâncias e possibilitam que seus membros sejam capazes de responder de uma forma positiva às solicitações da vida quotidiana (Silva, 2009).

Ponciano, Cavalcanti e Carneiro (2009) referem que “uma forma privilegiada de oferecer assistência às famílias tem sido a de reuni-las em grupo” (p: 43). Este tipo de intervenção permite a aprendizagem indireta entre pares, bem como a redução do estigma, ao mesmo tempo que aumenta a capacidade de resolução dos problemas das famílias, devido à maior variedade de contribuições e experiências derivadas dos participantes (Brito, 2012). Esta forma de intervenção visa ainda proporcionar apoio às famílias, auxiliando-as a viverem de uma forma adaptativa face às exigências atuais, promovendo o bem-estar e o fortalecimento das relações inter e intrafamiliares, contribuindo para a promoção da resiliência familiar.

Para a enfermagem, e especificamente para os EESMP trabalhar com as famílias focando-se nas forças e competências das mesmas é trabalhar ao nível da promoção e da prevenção, tal como preconizado nas metas para 2020 do Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção Geral da Saúde, 2017).

A prática de enfermagem deve estar centrada nos elementos de positividade presentes nas interações entre a família e seu contexto, ou seja, naquilo que eles são capazes de fazer bem, apesar dos desafios que enfrentam. Não se trata de negar as dificuldades, os riscos, as perdas, mas sim de reconhecer que num mesmo contexto coexistem forças e fraquezas, recursos e destituições. Neste sentido o modelo de enfermagem de "*Laurie Gottlieb*" de cuidar baseado nas forças foi a filosofia de cuidados e concepção da prática de cuidado que sustentou o projeto. Este modelo de abordagem centra-se no cliente (indivíduo e/ou família) naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que fazem melhor, nos recursos de que dispõem e relaciona-se com o modo como os enfermeiros podem apoiar o que está a funcionar bem, a fim de ajudar as famílias a adaptarem-se, desenvolverem-se, crescerem, prosperarem e transformarem-se.

No entanto a temática da resiliência constitui ainda um desafio não apenas para os seres humanos que enfrentam as adversidades, mas, também, para os pesquisadores que tentam compreender esse fenómeno procurando respostas para inúmeros questionamentos.

Neste sentido este projeto tem como objetivos: identificar os níveis de resiliência nos pais de crianças com dificuldades na linguagem /socialização; perceber quais são os fatores protetores, os recursos que o grupo encontra através da partilha e troca de experiências; compreender o processo evolutivo do grupo multifamiliar e promover o processo de resiliência familiar;

Desta forma não somente com o projeto, mas com todo o estágio pretendo desenvolver as quatro competências específicas do EESMP bem como as competências comuns do enfermeiro especialista, transformando o meu conhecimento e cuidados de enfermagem numa enfermagem avançada.

Quanto ao relatório este será estruturado da seguinte forma: introdução, seguindo-se o enquadramento teórico com os diferentes conceitos do projeto e modelo conceptual que sustentou o mesmo. Segue-se a descrição do trabalho desenvolvido nos diferentes contextos de estágio (internamento e comunidade) bem como as estratégias para o desenvolvimento de competências de acordo com os objetivos estabelecidos. Por fim é feita a descrição do estudo empírico, bem como a análise dos dados, principais conclusões e contributos dos mesmos, cessando com considerações finais.

Foi utilizada a norma APA em vigor na ESEL para redação de relatório de forma criteriosa e uniforme.

1. PROMOVER A RESILIÊNCIA FAMILIAR

A resiliência constitui um novo modelo abrangente e multifatorial que compreende os fatores protetores dos indivíduos ou grupos (família), sem subestimar os fatores de risco ou vulnerabilidade. Assim tem-se assistido a uma transição de abordagens centradas na patologia ou *deficit* (Walsh, 2005) para uma perspectiva de crescimento positivo centrada nas competências, nas forças e na promoção da saúde.

O desenvolvimento atual das investigações faz com que se considere a resiliência como um modelo original e complexo, o que não significa que o sofrimento do sujeito seja negligenciado. De acordo com Augusto (2014) vários investigadores são unânimes ao considerar a resiliência familiar fruto de uma construção multidimensional onde os enfermeiros devem ajudar as famílias a utilizar as suas forças, bem como os seus recursos para se desenvolver, adaptar e atingir os seus objetivos.

Uma das questões que tem emergido atualmente no seio da comunidade científica, nomeadamente entre os profissionais de saúde e da educação, é o facto de determinadas famílias, perante uma situação de adversidade, conseguirem ajustar-se, responder positivamente e saírem fortalecidas, otimistas e renovadas, ou seja transformadas positivamente (Augusto, 2014).

Para um pleno entendimento da resiliência, Walsh (2005) aponta a importância de uma visão sistémica.

1.1. A Família- uma abordagem familiar sistémica

A família tem sido extensamente debatida por muitas áreas do conhecimento. As suas funções passaram por mudanças significativas ao longo da história. O próprio conceito de família modificou-se histórica e culturalmente. Contudo, a sua importância e o seu papel essencial permanecem. Hoje, a formação dos filhos envolve, muito mais diretamente do que antes, a escola, os meios de comunicação e a sociedade globalizada. As crises e eventos stressantes afetam toda a família e apresentam riscos para o indivíduo e para as relações familiares.

A família pode ser percecionada como um sistema, que opera no sentido da procura pela homeostasia e estabilidade funcional, sistema no qual, convergem os papéis que cada um dos elementos exerce. Esta perspectiva de visão sistémica e

holística sustenta-se na ideia de que o todo é maior do que a soma das partes. Um sistema é considerado dinâmico e em constante mudança, sendo que uma alteração numa das partes causa alteração nas outras. A família pode então ser vista como um sistema composto por vários subsistemas sendo que o sistema familiar é também um subsistema de um supra sistema maior (Townsend, 2011).

Desta forma Sampaio e Gameiro (1985) numa perspectiva sistémica definem a família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (p: 11-12). Alarcão (2002) acrescenta que ler sistemicamente a família implica ter uma visão global da sua estrutura e do seu desenvolvimento.

A família é consensualmente reconhecida como núcleo primário de socialização infantil e juvenil; é um meio privilegiado para a educação, para a individualização e para a socialização, onde culminam uma série de emoções e sentimentos positivos e negativos entre os membros familiares, onde se constrói o lado social da realidade, por meio das interações que se desenvolvem e fornecem significado aos acontecimentos do dia-a-dia (Chagas, 2017).

Um olhar sobre a constituição da família permite-nos apreciar que atualmente existem diversas formas de família: famílias nucleares (mãe, pai e filho/os), famílias monoparentais (pais solteiros, divorciados ou viúvos), famílias recompostas (2º casamento, coabitam o mesmo espaço) famílias de casais homossexuais (Martins, 2014) famílias adotivas e famílias comunitárias (Alarcão, 2002).

Definir em que fase do ciclo de vida familiar a família se encontra é de igual forma importante, pois permite compreender as principais necessidades da família, trabalhos preventivos a serem desenvolvidos, esclarecimentos sobre as questões específicas do ciclo – auxiliando a família a resolver problemas que aí possam surgir. A partir do princípio da longitudinalidade, observamos as mudanças e a reorganização do grupo familiar na passagem de uma fase para outra, dando apoio segundo as necessidades vigentes.

De acordo com Alarcão (2002) todas as famílias estão sujeitas a dois tipos de pressão: interna (mudanças inerentes ao desenvolvimento dos membros e dos subsistemas) e externa (exigências de adaptação a instituições que sobre eles tem influência), “qualquer uma das situações vai solicitar ao sistema familiar uma transformação dos seus padrões transacionais de forma a que o próprio sistema evolua sem fazer perigar a sua identidade e continuidade” (p: 93).

Todas as transições entre os ciclos vitais desencadeiam stress, contudo quando ocorrem de forma equilibrada não são geradoras de crise. A crise surge quando o sistema não é capaz de encontrar estratégias que o auxiliem na mudança e transformação (Alarcão, 2002).

Desta forma o sistema (família) pode então optar por dois rumos: ou foge à mudança, ameaçando a sua evolução e o seu equilíbrio ou transforma-se tendo a possibilidade de crescer. É na forma como se colocam face à crise, que o sistema família (bem como os técnicos que os possam auxiliar) têm que compreender que aquilo que a crise solicita e exige é a transformação do modelo relacional existente (Alarcão, 2002).

Na família, os pais querem garantir que as crianças cresçam saudáveis e estejam seguras, querem equipá-las com habilidades e recursos para poderem ter sucesso como adultos ao mesmo tempo que lhes transmitem valores culturais. Os pais oferecem aos seus filhos amor, aceitação, apreciação, encorajamento e orientação, fornecem o contexto mais íntimo para desenvolverem a sua personalidade e identidade à medida que amadurecem física, cognitiva, emocional e socialmente.

A família surge como um espaço por excelência para a criação e aprendizagem de hábitos importantes de interação bem como socialização, tais como os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais, como também de experiências afetivas significativas, como a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade que, numa mistura de emoções positivas e negativas, origina uma amálgama de sentimentos de pertença em relação à família (Alarcão, 2002).

Assim, a família está comprometida com os processos interativos autorreferenciais e equilibrada permanentemente para assegurar a sua própria sobrevivência harmoniosa, ou seja, a dos seus membros. Quando se apresentam ameaças a esta sobrevivência, a situação é definida como um problema (Ausloos, 1996).

1.2. A Resiliência Familiar sustentada nas forças e competências das famílias

Uma premissa básica numa perspetiva sistémica é que crises e adversidade têm um impacto na família como um todo e, por sua vez, os principais processos familiares são mediadores da adaptação de todos os membros e das suas relações (Walsh, 2016).

O exercício da parentalidade pode constituir-se como uma crise, exigindo adaptação a mudanças de papéis, relações, expectativas, capacidades e conhecimento (Fernandes, 2018).

Na nossa sociedade existe um grande investimento por parte dos pais aquando do nascimento de um filho, que assume contornos afetivos e materiais e acarretam sonhos de esperança expressos nas expectativas de realização e satisfação de desejos, como também, na propagação da linhagem, o nome e as tradições familiares (Chagas, 2017).

Para cada estágio do desenvolvimento da criança é esperado que os pais possuam conhecimentos, habilidades e adotem atitudes que permitam dar resposta às necessidades dos filhos, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades naturais e a atingir as metas de desenvolvimento.

As competências parentais podem definir-se de acordo com Cardoso (2015, p: 13) como “conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança”. Neste sentido, as dificuldades constituem-se como desafios à competência parental, por exemplo, o diagnóstico de uma perturbação da linguagem/socialização na criança implica uma abordagem centrada na família e não só na criança. Estas famílias deparam-se diariamente com um sem número de situações e desafios exigidos pela condição da criança e com os quais podem ter grandes dificuldades em lidar. Para além dos desafios acrescidos, também as interações dentro do sistema familiar podem sofrer alterações, situação esta que contribuirá para um aumento dos níveis de stresse, ansiedade e frustração, por parte dos pais (Chagas, 2017).

Para enfrentar os desafios/problemas em diferentes fases de adaptação, as famílias podem precisar de recorrer a forças variadas (Alarcão, 2002).

Foi nesta visão das forças das famílias que optei por ter como filosofia de cuidados e concepção da prática de cuidado o modelo de enfermagem de *Laurie Gottlieb* de cuidar baseado nas forças como âncora para este projeto.

Este modelo de abordagem centra-se no cliente (indivíduo e/ou família) naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que fazem melhor, nos recursos de que dispõem e relaciona-se com o modo como os enfermeiros podem apoiar o que está a funcionar bem, a fim de ajudar as famílias a adaptarem-se, desenvolverem-se, crescerem, prosperarem e transformarem-se. As forças são qualidades únicas e especiais da família e os recursos que definem a sua personalidade, sendo que estas podem ser de natureza biológica, intra e inter pessoal e social. Esta abordagem tem no seu âmago a promoção da saúde, o movimento do *empowerment* e a parceria colaborativa. O *empowerment* tem como premissa que a família possui os recursos, as capacidades, as habilidades, as competências e o potencial para assumir a responsabilidade pela própria saúde (Gottlieb, 2016). A parceria colaborativa pressupõe que cliente e profissional estejam em pé de igualdade, contruída numa estreita relação de confiança, acreditem nas competências um do outro e partilhem o poder para que possam trabalhar em conjunto.

Gottlieb (2016) refere também que o enfoque nas forças demonstrou ser eficaz em diferentes populações (adolescentes, idosos, pais) e que se comprovaram melhorias na saúde e qualidade de vida, maior bem-estar subjetivo, maior crescimento pessoal, relações mais positivas, aumento do controlo e da autoeficácia e aumento da resiliência. É salientando a eficácia nos pais e na resiliência que estou convicta que esta abordagem será o guia ideal para a minha prática no trabalho da resiliência familiar pois em tudo se tocam.

De acordo com Meenakshi, Bharat and Rupinder (2018) “A resiliência familiar é o enfrentamento bem-sucedido dos membros da família sob a adversidade que permite florescer com calor, suporte e coesão” (p:52). Os mesmos autores concluem com o seu estudo que existem fatores protetores identificados pelas famílias sendo eles: perspetiva positiva/otimismo, espiritualidade, harmonia familiar, flexibilidade, comunicação familiar, gestão financeira, tempo para a família, recreação compartilhada, rotinas e rituais, redes de apoio. Também Walsh (2016) identifica alguns processos-chave (fatores protetores) na resiliência familiar que podem ser estimulados pelas equipas de saúde, e que se dividem em 3 segmentos gerais: Sistema de Crenças, Padrões Organizacionais e Processos de comunicação.

Dentro dos processos de comunicação a Comunicação Familiar e Resolução de Problemas são perspectivados por Walsh como facilitadores do funcionamento familiar pela clareza, expressão emocional aberta e resolução colaborativa de problemas. A clareza implica mensagens claras e consistentes que sejam ditas com honestidade, a expressão emocional aberta é visível pelo clima de confiança mútua entre os membros onde estes estão orientados para a união. Há liberdade na expressão de mensagens sem julgamentos ou vergonha. Não significa que não haja emoções negativas, mas quando presentes a família envolve-se numa escuta ativa sem culpabilização. A resolução colaborativa de problemas é essencial e requer abertura e reconhecimento do problema e o envolvimento de todos numa atitude proativa.

Já nos Padrões Organizacionais que se relacionam com as formas como as famílias estruturam as suas vidas e mobilizam os recursos para responder eficazmente aos papéis, Walsh inclui a flexibilidade, ligações/conexões familiares, recursos sociais e económicos. A flexibilidade pressupõe um equilíbrio dinâmico entre estabilidade e mudança, sendo que a resiliência requer capacidade de contrabalançar estabilidade e mudança quando os membros enfrentam crises e desafios (Walsh, 2005). Ao nível da conexão/ligações familiares este é visto como o vínculo entre os membros da família, o equilíbrio da unidade familiar, onde há apoio mútuo e colaboração existindo individualidade e autonomia de cada elemento. Ao nível dos recursos Walsh refere que a família alargada e as redes sociais oferecem ajuda prática e ligação comunitária, contribuindo para um sentimento de pertença e coesão.

Quanto ao Sistema de Crenças onde se incluem a perspetiva positiva, a espiritualidade familiar e a capacidade de dar sentido à adversidade, Walsh (2010) caracteriza-o como o coração e a alma da resiliência. A capacidade de dar sentido à adversidade está diretamente relacionada com a perceção que a família faz da crise. O modo como os membros da família definem e estruturam a situação problemática condiciona a forma como lidam com ela, e a ajuda que solicitam, entre os recursos que têm ao seu alcance (Augusto, 2014). A perspetiva positiva engloba a perseverança, a coragem, a esperança, o otimismo. O otimismo advém da vivência de experiências anteriores bem-sucedidas sendo que Walsh (2005) refere que quando as pessoas percebem que as suas ações são uteis e os seus esforços importantes, tornam-se ativas na resolução dos seus problemas e otimistas, pela perceção que a solução, ou parte dela, está ao seu alcance. A espiritualidade relaciona-se com a fé espiritual e herança cultural, pode não implicar necessariamente um envolvimento

religioso, mas pressupõe um envolvimento dos valores internos que dão sentido e significado, de coerência interior e conexão com os outros.

Desta forma, a perspectiva da resiliência familiar é multifatorial e fundamenta-se na convicção profunda de que a família tem potencial para a reparação e crescimento.

O conceito de resiliência familiar envolve também o potencial de crescimento e transformação que pode ser desenvolvido nas relações familiares e nos seus membros em situações de adversidade. Intervenções focadas no fortalecimento dos processos de partilha, comunicação, competências podem maximizar o potencial para a resiliência que todas as famílias apresentam (Walsh, 2005).

Para que as famílias se possam empoderar/fortalecer a literatura aponta que é necessária a promoção de recursos por meio de realização de programas de intervenção dirigidos à família (Rooke, 2019). Neste sentido intervir em grupo com famílias pode apresentar-se como um método privilegiado para fazer face a uma panóplia de preocupações que assoberbam atualmente a sociedade. Esta estratégia de intervenção visa proporcionar apoio às famílias, auxiliando-as a viverem de uma forma adaptativa face às exigências atuais, promovendo o bem-estar e o fortalecimento das relações inter e intrafamiliares, contribuindo para a promoção da resiliência familiar.

1.3. O grupo terapêutico multifamiliar como recurso do processo de resiliência familiar

É na relação com o outro que o ser humano se constitui e se confirma como sujeito e como ser social. Esse campo interpessoal é possibilitado pelos diferentes grupos nos quais transita durante a vida, sejam eles temporários ou permanentes, formados deliberadamente ou por acaso (Figueiredo, 2017).

Os grupos são parte integral das nossas experiências de desenvolvimento, desde o início, na unidade familiar, passando pela sala de aula, até as pessoas que nos rodeiam no trabalho, no lazer. Ao mesmo tempo, ouvimos queixas sobre crescente alienação interpessoal na vida moderna, sobre uma sensação de isolamento, anonimidade e fragmentação social (Figueiredo, 2017). Talvez por isto, e também porque pode oferecer-se uma experiência tão valiosa e única, o *setting* de grupo tem sido cada vez mais utilizado por profissionais de saúde mental e não só (Vinogradov & Yalom, 1992).

Ponciano et al (2009) referem que “uma forma privilegiada de oferecer assistência às famílias tem sido a de reuni-las em grupo” (p: 43). O objetivo passa por melhorar a comunicação e uma maior compreensão das situações vividas fazendo com que as famílias aprendam umas com as outras a partir da troca de experiências.

O grupo terapêutico difere do grupo social, primeiramente, porque tal como o nome indica tem um objetivo terapêutico e, em segundo lugar, pela presença do profissional, necessário para a dinamização da sessão, otimizando a interação entre os clientes.

“Sabe-se atualmente que o atendimento por grupos é uma das principais vertentes no tratamento dos utentes com doença mental” (Campos, 2018, p:19). A mesma autora refere, contudo, que “no seu processo de trabalho o enfermeiro deve (...), reconhecer a importância do trabalho grupal, porque é ainda uma área de intervenção pouco explorada por este grupo profissional, não somente na saúde mental como noutras áreas” (p:19).

Na intervenção grupal, a exposição de experiências ou dificuldades ocorrerá diante de várias pessoas que no início são desconhecidas. Isso torna difícil a revelação de certas situações nas primeiras sessões, podendo acontecer abandonos.

É importante que a coordenação de um grupo seja feita por dois profissionais, sempre que isso seja possível. Existem funções específicas de equilíbrio que os coordenadores precisam exercer. Uma dessas é a habilidade de um dos coordenadores se colocar predominantemente como observador do processo, enquanto o outro coordena a sessão. Podem e devem, contudo, intercalar estas tarefas. A ideia é de que é mais fácil lidar com a ansiedade e a tensão que uma sessão provoca quando se está acompanhado. “Com dois terapeutas um pode ficar provisoriamente imerso (...) enquanto o outro pode ficar mais afastado não se deixando englobar. O conjunto dos dois permite mais criatividade, liberdade, partilha de responsabilidades, maior grau de honestidade acerca do cansaço e sentimentos pessoais” (Sampaio & Gameiro, 2005).

O local para desenvolver um ambiente grupal deve ser escolhido e organizado com cuidado para que os participantes se sintam acolhidos e aceites. Outra medida importante é esclarecer aos participantes do grupo dos objetivos do trabalho (Souza, 2004).

Cunha e Santos (2009) afirmam que quanto ao tamanho, não sendo necessário a delimitação de um número exato de participantes, deve assegurar-se que: todos os clientes possam manter um contacto entre si, tanto verbal quanto visual; a coesão do

grupo possa ser alcançada; cada cliente tenha tempo adequado para participar da discussão; o número de clientes seja o suficiente para encorajar a interação e o fluxo livre de ideias e para que os projetos de grupo possam ser realizados.

Quanto à estrutura os grupos podem ser abertos ou fechados. Nos grupos abertos os participantes podem ser substituídos sendo que nos grupos fechados não ocorre o ingresso de novos participantes mesmo após desistência de algum elemento. Cunha e Santos (2009) referem que os grupos abertos têm um carácter mais superficial, sendo que os grupos fechados possibilitam um maior conhecimento, confiança mútua e partilha de experiências a um nível mais profundo.

Um grupo multifamiliar é constituído por várias famílias e pode existir como espaço propulsor de novos discursos, mais acolhedores, autónomos e criativos, podendo igualmente constituir um novo contexto de convivência e apoio para as famílias, ajudando-as a se apropriarem de suas habilidades, dos seus saberes e das suas competências. Estes processos grupais têm a troca dialógica como recurso essencial (Figueiredo, 2017).

De acordo com Costa (2011) a intervenção por conversa/diálogo pode ser terapêutica se for guiada por um objetivo comum e terapêutico. O diálogo é encarado como “uma conversa entre interlocutores com direitos iguais, sobre um tema importante comum, onde os participantes se submetem à verdade e com as suas contribuições se vão enlaçando mutuamente” (p: 12).

O diálogo como auxiliar do processo terapêutico não prevê vencidos nem vencedores, mas unicamente interlocutores abertos numa atitude de busca, a quem une a veracidade, a curiosidade e a aceitação favorecendo a mudança. Os interlocutores dedicam-se a um tema comum e esforçam-se por conciliar maneiras de ver, estão abertos a novos horizontes de sentido, constroem realidades e submetem-nas à crítica, realçando a realidade coletiva.

No grupo multifamiliar, novas ideias, novos pensamentos, sentimentos e condutas podem emergir a partir das diferenças; o grupo é o local onde as famílias renovam os seus recursos, recuperam a sua autoestima e podem experimentar relações de confiança, de ajuda e apoio mútuos. Cria-se um contexto colaborativo e participativo, em que as famílias constroem conversações alternativas, em que múltiplas vozes se fazem ouvir, em que múltiplas redes se podem articular (Narvaz, 2010).

Desta forma, apropriam-se das suas histórias, das suas competências, dos seus saberes, reescrevem as suas vidas com novos recursos, fortalecendo o processo de resiliência familiar.

1.4. A intervenção do enfermeiro em grupo multifamiliar na promoção de resiliência familiar

Ausloos (1996) refere que as famílias têm as competências necessárias para efetuarem as transformações de que precisam com a condição de as deixarmos experimentar as suas autossoluções. Antes de qualquer intervenção parece-me fundamental desenvolver esta capacidade de acreditar nas famílias, nas suas competências. Ausloos (1996) refere que a maioria dos técnicos foi ensinado a procurar o que está mal o que corre mal em vez de nos focarmos nas potencialidades. É urgente mudar esta visão.

A oferta de um espaço de escuta às famílias, além de poder fornecer continência às angústias experimentadas por elas, pode assumir a função de ajudá-las a reorganizar seus papéis como cuidadoras, com a possibilidade de descobrirem maneiras mais saudáveis de lidar com as adversidades e descobrirem as suas competências. De entre as possíveis intervenções com famílias, estratégias interventivas em grupo têm se mostrado uma alternativa eficaz no oferecimento de suporte no contexto de saúde (Santos, Leonidas e Costa, 2016).

Assentes no modelo sistémico devemos procurar as competências, as capacidades, o que as famílias sabem fazer, mais do que insistir nas faltas, nas dificuldades, nos fracassos. É esta noção de família competente que pretendemos salientar, não significa que saiba fazer tudo, mas que tem competências.

Tal como descrito anteriormente, o exercício da parentalidade exige adaptação a mudanças de papéis, relações, expectativas, capacidades e conhecimento, constituindo-se um foco de enfermagem já que as respostas a estas mudanças se podem manifestar em aspetos relevantes para a saúde e podem ser apoiadas e orientadas pelo enfermeiro (Fernandes, 2018).

No desenvolvimento da intervenção em grupo, recomenda-se que os coordenadores (ex: enfermeiros) enfatizem esses aspetos, de modo que os participantes se sintam legitimados e encorajados a identificar e utilizar os recursos de que a família dispõe, empoderando-a como agente de mudança e melhora da saúde (Santos et al, 2016).

De acordo com Ausloos (1996, p: 158-159)

todas as famílias têm competências, mas em certas situações ou não as sabem utilizar, ou não sabem que as têm, ou estão impedidas de as utilizar, ou impedem-se elas próprias de as utilizar por diferentes razões. Se uma família é competente e, no entanto, se encontra por vezes

confrontada com dificuldades que não consegue resolver, é porque não dispõe de informação necessária para a fazer funcionar de forma diferente.

Os profissionais de saúde não só podem estimular esse processo, como também ser parte integrante dele, colocando-se como elementos de acolhimento, apoio e promoção da saúde do sistema familiar (Schlithler, s.d). Narvaz (2010) reforça esta ideia ao referir que “o terapeuta é um observador participante, cujo papel é criar um espaço que facilite o diálogo por meio de perguntas conversacionais, questões reflexivas e perguntas de influência” (p:4).

Sendo os enfermeiros também intervenientes neste processo devem ser genuínos dinamizadores da reflexão dos grupos, de forma a incentivar as pessoas a interpretar o seu modo de vida e a refletir os seus contextos, de maneira a poderem identificar e mobilizar os recursos disponíveis (Campos, 2018).

Parece-me que aqui conflui o que também é defendido por Ausloos (1996) onde refere que o papel do terapeuta não é compreender ou procurar soluções, mas ativar processos para que o sistema encontre a sua própria solução, gere a sua auto-solução. Para tal o profissional deve fazer gerar a informação pertinente “aquela que provem do sistema para a ele retornar” (p: 113). É esta informação que fará a diferença e ativará o processo familiar. O mesmo autor reforça ainda que o profissional como ativador do processo familiar deve pôr em evidência as competências das famílias “com esperança de que no futuro não tenham necessidade de um terapeuta para continuar o processo” (p:47).

É de igual forma desenvolvendo com as famílias uma relação colaborativa centrando-se nas forças, que o enfermeiro as ajuda a fortalecer os seus pontos fortes, a lidar com as suas preocupações, a encontrar soluções para os seus problemas (Gottlieb, 2016). A mesma autora diz-nos que os enfermeiros estão incumbidos da responsabilidade de ajudarem as famílias a encontrarem as suas próprias forças, para lidarem com os desafios do quotidiano como com as adversidades que ameaçam a sua integridade. Os enfermeiros necessitam de considerar três origens das forças: a) forças já existentes e recursos; b) potenciais; c) défices que podem ser convertidos em forças.

É com esta firme convicção que o enfermeiro que colabora com famílias deve desenvolver o seu trabalho, acreditando no potencial e trabalhando com as forças das famílias, fazendo circular a informação que permita inovações, descobrir recursos, encontrar as soluções, sendo assim um promotor do processo de resiliência.

2. CONTRUIR UM CUIDAR ESPECIALIZADO: O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EESMP

O desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de especialista em saúde mental e psiquiatria, foram desenvolvidas em dois contextos de estágio, nomeadamente em internamento de pedopsiquiatria num hospital do distrito de Lisboa e em contexto comunitário, em consulta de pedopsiquiatria de um hospital do distrito de Lisboa. O estágio decorreu num período de dezoito semanas entre Outubro de 2018 e Fevereiro de 2019 (Apêndice I).

Neste capítulo será efetuada uma descrição dos diferentes contextos bem como das atividades desenvolvidas em cada um dos mesmos tendo em vista o desenvolvimento das competências do EESMP.

Uma vez que o meu projeto/estudo de estágio foi desenvolvido com grupo existente em contexto comunitário, e não sendo possível a sua execução eximia em contexto de internamento optou-se logo à partida por estabelecer objetivos específicos para cada um dos contextos mantendo-se os objetivos gerais transversais aos dois contextos.

Deste modo os objetivos gerais definidos foram:

- Desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria;
- Desenvolver competências de enfermeira especialista no âmbito da intervenção familiar;

Já os objetivos específicos do contexto de internamento incluíam:

- 1) Aprofundar conhecimento sobre psicopatologias existentes na população alvo (crianças e adolescentes);
- 2) Tomar conhecimento das diferentes estratégias de intervenção utilizadas de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial, psicoeducacional;
- 3) Promover cuidados de enfermeiro especialista à criança e adolescente, bem como às suas famílias individualmente.

Quanto aos objetivos específicos do contexto comunitário foram:

- a) Aprofundar conhecimento sobre intervenção familiar individual e em grupo;

- b) Desenvolver competências de enfermeira especialista na intervenção familiar individual e em grupo;
- c) Contribuir para projeto major do serviço “Intervenção bifocal em grupos terapêuticos de pais e crianças com dificuldades de linguagem/socialização”;
- d) Colaborar na produção de conhecimento científico na temática da Resiliência Familiar.

2.1. Tornar-se especialista em contexto de internamento de pedopsiquiatria

O serviço de internamento integra-se num hospital de Lisboa e comporta no total 16 crianças/adolescentes com idades que podem ir dos 0 e os 17 anos. Ao nível das patologias mais identificadas estas caracterizam-se por: perturbações do comportamento alimentar, perturbações disruptivas do comportamento, consumo de substâncias, perturbações do espectro do autismo, tentativas de suicídio.

É composto por uma equipa multidisciplinar diversificada. Ao nível dos cuidados de enfermagem, o método de prestação de cuidados é por enfermeiro de referência e neste sentido para além de cuidados prestados a diferentes crianças e adolescentes fui enfermeira de referência de uma das crianças em contexto de estágio (estudo de caso).

Com o intuito de dar resposta aos objetivos 1) e 3) considero que o local possibilitou o contacto com crianças e jovens com diferentes patologias, constituindo-se como um contexto propício ao aprofundamento de conhecimentos sobre as diferentes patologias, nomeadamente pela disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar para esclarecimento de dúvidas, bem como pela experiência e perícia da equipa que não subestima o trabalho do outro e onde todos os esforços são para o mesmo fim, o que corrobora o defendido por Dias e Carvalho (2017) em relação ao trabalho efetuado em pedopsiquiatria “o trabalho em equipa multiprofissional, assumido como um espaço de partilha de saberes e competências singulares, iguais em dignidade, interligadas, complementares e leais que convergem para um objetivo – o melhor estado de saúde (mental) do doente e suas famílias” (p: 67).

Ao ser enfermeira de referência de uma criança foi-me possível aprofundar conhecimento sobre patologia e diferentes estratégias de intervenção particularmente

em crianças/jovens com perturbação disruptiva do comportamento e perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, bem como da abordagem terapêutica cognitivo comportamental ao desenvolver o estudo de caso.

Foi-me possível desenvolver técnicas de comunicação adaptadas a esta população, permitindo-me simultaneamente desenvolver técnicas de comunicação com a sua família ao mesmo tempo que aprofundei conhecimento e treino sobre técnicas de entrevista, nomeadamente para colheita de dados e conhecimento mais profundo da criança e sua família. Desta forma, pude identificar possíveis *stressores* que permitiram gerar hipóteses, levantar diagnósticos e desenvolver intervenções de EESMP constituindo-se como um orientador da tomada de decisão.

A construção de uma relação terapêutica foi crucial para o desenvolvimento de qualquer intervenção e este contexto permitiu-me encontrar formas específicas para o desenvolvimento da mesma, nomeadamente no uso do brincar e dos jogos como meios de me relacionar com o outro. Tal como referem Silva, Carneiro, Brito e Gomes (2017, p. 129) “é de natureza humana, brincar e a sua função primordial é a descoberta do mundo”. Aqui foi-me possível encontrar outro sentido no brincar, percebi que a criança consegue expressar os seus sentimentos, angústias e problemáticas, consegue dar voz ao seu mundo interno e externo, quando é por vezes difícil aceder à palavra. O processo terapêutico infantil tem as suas peculiaridades e pode variar de acordo com a faixa etária e o grau de maturação cognitiva em que a criança se encontra. Todavia é através da brincadeira que a criança consegue expressar os seus sentimentos, ansiedades, fantasias e outros conteúdos internos, sendo que esse material exposto pode ser analisado pelo terapeuta constituindo-se não só um meio da relação mas também um instrumento terapêutico onde a criança pode desvendar mudanças, descobrir-se, reestruturar-se, fazer a ponte entre a fantasia e a realidade (Silva et al, 2017).

Simultaneamente foi possível trabalhar em conjunto com as famílias das crianças e jovens e consolidar aquilo que já pensava, a importância do papel das famílias no processo de recuperação, tal como referem Silva, et al (2017) “não há como ignorar a relevância do papel dos pais ou responsáveis durante o processo psicoterápico infantil” (p:132). Sendo assim reveste-se de extrema importância o vínculo e relação estabelecida não só com a criança, mas também com a sua família, pois o sucesso está interligado numa relação de confiança e aliança entre pais e terapeuta.

Também Dias e Carvalho (2017) referem que a conceção de cuidados de enfermagem na área de pedopsiquiatria deve incluir a atenção aos pais, não só pela importância que desempenham na vida dos filhos, mas porque constituem uma imprescindível variável na saúde mental dos mesmos.

Deste modo e ao trabalhar no sentido de dar resposta aos objetivos 1) e 3) tive a oportunidade de desenvolver mais diretamente a segunda¹ e terceira² competências específicas do EESMP.

Dando agora enfoque ao objetivo 2), considero que, para além de poder ter tido conhecimento e contacto com as diferentes estratégias de intervenção desenvolvidas neste local, tais como: expressão dramática, culinária, expressão pela arte, psicoeducação, cineterapia, autocuidado, relaxamento e dança/movimento, bem como dinamizado algumas, nomeadamente: autocuidado e relaxamento, foi a atividade terapêutica de dança e movimento que integrei, dando também mais especificamente resposta à quarta³ competência específica do EESMP.

Comecei por aprofundar conhecimento sobre o modelo “5 ritmos” utilizado no desenvolvimento das sessões e posteriormente pelo planeamento, dinamização e avaliação de 12 sessões. O modelo “5 ritmos” foi desenvolvido pela bailarina Gabrielle Roth e pressupõe uma organização sequencial das sessões que permite emergir e apaziguar diferentes emoções de forma simbólica. Neste sentido as sessões eram divididas em 5 fases: *flowing* - fase de fluidez onde se pretende proporcionar um clima de ativação baixa e fazer imergir o grupo no espaço; *stacatto* - fase de gestos afiados, onde se explora um clima de ativação média mas crescente de modo a entrar na fase seguinte; *chaos* - fase de desorganização, onde o clima de ativação é alto, podendo esta fase ser mais ou menos intensa; *lyrical* - fase mais suave de retorno a um clima de ativação média mas decrescente, preparando a entrada na fase seguinte e *stillness* - fase de tranquilidade, onde se experiencia calma e relaxamento, retornando a si inundado por um sentimento de bem-estar (Pereira, 2011).

No início de cada sessão eram definidas duas regras: dançar descalços (com ou sem meias) e não usar a palavra até ao momento final da sessão onde era proporcionado espaço para a partilha com recurso à palavra.

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

² “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018).

³ “Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018).

O grupo era um grupo aberto, muitas vezes diferente de semana para semana. Os jovens eram convidados a participar se reunissem condições clínicas para o fazer, sendo incentivados, mas nunca obrigados a integrar e estando garantida a possibilidade de saírem se assim se considerasse. Ao nível dos técnicos a dinamização (terapeuta) era intercalada entre mim e a outra colega de mestrado, estando sempre presente enfermeira orientadora como coterapeuta e supervisora. A atividade tinha duração de cerca de 60' e decorria semanalmente.

O planeamento destas sessões incluía pesquisa sobre a temática de modo a elaborar o guião que iria auxiliar na condução verbal, em seguida era necessário a escolha de músicas que pelo ritmo e/ou letra ajudavam a induzir os 5 ritmos do modelo supracitado. Posteriormente eram pensados exercícios/ atividades para sugerir o movimento e potenciar a vivência.

Quanto aos temas das sessões, estes foram definidos em conjunto com outra colega de mestrado também integrada nesta atividade e foram pensados para dar resposta a um contínuo mas também que fosse ao encontro das necessidades das crianças /adolescentes e simultaneamente tendo em consideração a época do ano, com o objetivo de se poder viver o presente, centrados no aqui e agora.

Assim os temas predefinidos foram: “Coragem”, “Outono”, “Publico/Privado”, “Força/Fragilidades”, “4 elementos”, “Segurança”, “Tempo”, “Saudade”, “Natal”, “Esperança”, “Emoções”, “Transformação/Mudança”.

No final de cada sessão foi efetuado o registo individual de cada criança/adolescente tendo em consideração a sua envolvimento no grupo, motivação, empenho, espontaneidade do movimento, experiência vivenciadas. O objetivo do registo, mais do que avaliar a intervenção, tinha como intuito entender as crianças/jovens para poder ser dada continuidade aos cuidados após a mesma o que corrobora o descrito por Dias e Carvalho “as emoções sentidas pelo doente e expressas pelo seu comportamento, não são para ser “classificadas”, mas “ajudadas” a gerir, de forma a capacitar o doente a ultrapassar as suas dificuldades em lidar com elas, fomentando mecanismos de *coping*”(2017, p:68).

Na atividade de dança e movimento o objetivo não é saber dançar, o principal objetivo é poder expressar-se através do movimento.

Por último, mas de igual importância, a primeira⁴ competência específica do EESMP foi a que esteve presente concomitantemente aquando do desenvolvimento

⁴ “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, merço de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE,2018).

de todas as outras competências pois em todos os momentos foi necessário um trabalho de reflexão e introspeção face a situações vivenciadas, ter consciência do que era meu e do outro, do que bloqueava ou favorecia a relação terapêutica

Foi no exercício de reflexão e na partilha com a enfermeira orientadora que pude confrontar-me comigo própria desde logo na forma de planejar as sessões. Percebi que tinha uma tendência para direcionar positivamente a sessão, isto é, a condução salientava a vivência de momentos tendencialmente positivos em detrimento de momentos mais difíceis, reconheci que a minha personalidade, tendencialmente otimista, estava a condicionar o objetivo da sessão, que era permitir que todos os sentimentos e emoções fossem possíveis de vivenciar de acordo com cada um. Foi um trabalho exigente comigo própria ao permitir que a elaboração do guião permitisse alargar o pensamento, as vivências e não afunilar ou limitar a experiência de cada um, uma vez que cada criança/jovem estava em fases diferentes e com certeza todos iriam vivenciar a experiência de forma diferente. E era esse o nosso objetivo permitir a vivência individual dentro do grupo no “aqui e agora”. Foi através de grande reflexão e autoconhecimento que ao longo das sessões fui sendo capaz de elaborar sessões cada vez mais abertas, menos condicionadas que permitissem a experiência de diferentes emoções sem julgamentos ou modelações.

Em seguida a dificuldade surge durante a condução das sessões, percebi o quão difícil é dinamizar esta atividade onde é necessário, conduzir verbalmente, entrar nos movimentos, estar atento a música, estar atento ao grupo. Numa fase inicial estava tão focada no planeamento elaborado que qualquer alteração ao mesmo era um fator desestabilizador, gerador de ansiedade, mas rapidamente percebi que muito dificilmente uma sessão flui exatamente como foi planeada. É fundamental a capacidade de ser flexível ao ‘emergente grupal’, isto é, àquilo que surge de cada grupo em cada sessão. Muitas vezes exercícios pensados deixaram de se executar, músicas tiveram que ser repetidas porque se sentia a necessidade de prolongar aquele momento, ou, pelo contrário, saltavam-se porque o grupo já estava noutra momento. Percebi desde cedo que era fundamental estruturar cada sessão, não para que decorresse como planeado, mas para me fundamentar e imbuir de orientações a seguir, de tal forma que pudesse estar preparada para todas as alterações necessárias que emergissem do grupo, pois ele era sempre o foco, o centro do cuidado e da intervenção, pois como refere Taylor (1992) “as atividades não devem estar tão estruturadas a ponto de a sua implementação tornar-se o objetivo principal, em vez de ser a satisfação das necessidades do cliente” (p:93).

O sentimento de frustração e a ansiedade inicial quando tudo tinha de ser adaptado foi-se transformando, e gradualmente fui-me sentindo grata pela aprendizagem que o grupo me estava a fazer sentir, ao mesmo tempo que podia também com eles viver sensações, conhecer-me, pôr-me em causa. Faleiros (2004, p:16) refere que o “psicoterapeuta deve estar preparado para reagir positivamente ante as próprias frustrações” seja quando percebe a dificuldade em que se encontra face a um cliente, seja quando esse cliente lhe revela aspetos negativos da própria personalidade. E no final de cada sessão considero que o objetivo era alcançado para os que se permitiam estar naqueles 60’, da forma que lhes era possível e com experiências tão diferentes (Apêndice II).

Dias e Carvalho (2017) referem que os enfermeiros em pedopsiquiatria devem “concentrar-se nas emoções dos doentes ajudando-os a geri-las de uma forma adequada; as crianças e jovens podem estar com raiva, com ódio, inquietos, agitados, tristes, deprimidos (…), mas não a ‘portar-se mal’, não perceber isto é reduzir a saúde mental a comportamentos socialmente normativos” (p:67). A intervenção deve então possibilitar a expressão de todas as emoções, de forma adaptada por exemplo, não permitindo que seja lesiva para si ou para os outros, onde os enfermeiros não colocam rótulos ou fazem comentários comuns da sociedade.

Foi simultaneamente através do diálogo e reflexão com enfermeira orientadora, bem como através da realização de diários de aprendizagem que me pude confrontar e perceber situações em que me emocionava, e não me permitia expô-lo com medo do que o outro pudesse pensar; situações em que me sentia irritada face ao comportamento de uma criança ou jovem: situações em que me sentia frustrada por considerar que ‘não fiz nada e não consegui ajudar’; situações em que era difícil deixar o papel de profissional no serviço e ia a pensar para casa; situações em que não tinha vontade de estar naquela relação mas o outro precisava de ajuda. Dias e Carvalho (2017) referem que para o enfermeiro que trabalha em Pedopsiquiatria “as competências comunicacionais e a gestão de emoções, afiguram-se hoje ferramentas essenciais, bem como o autoconhecimento, a adequada gestão de relações intrapessoais, a consciência dos processos transferenciais, contratransferenciais e projetivos” (p: 67).

Foi sem dúvida a reflexão constante das situações, bem como o trabalho de equipa, da enfermeira orientadora e também o feedback de quem estava ao meu cuidado que me ajudaram a ver noutra perspetiva, a reconhecer-me a redescobrir-me. Dias e Carvalho (2017) salientam que “refletir sobre as práticas e perspetivar novos

desafios é seguramente um dos contributos que se espera de quem tem a responsabilidade na áreas de pratica clinica e na formação e do ensino em enfermagem” (p.70).

Aprender com peritos é também permitirem-nos pensar sobre os acontecimentos, darem-nos espaço para encontrarmos o nosso espaço, modo de ser e estar na profissão como especialista “construindo a partir das experiências o seu estilo próprio” (Silva et al, 2017, p:134).

2.2. A descoberta do cuidar especializado em contexto comunitário e o desenvolvimento do estudo empírico

O contexto de estágio comunitário é composto por uma equipa multidisciplinar, onde são desenvolvidas consultas de enfermagem, médicas, de psicologia, de terapia da fala e psicomotricidade. É também desenvolvido um trabalho terapêutico com grupos de crianças com diagnóstico de perturbação da linguagem e simultaneamente grupos terapêuticos de pais dessas mesmas crianças. Foi integrada na consulta de enfermagem e num dos grupos de pais que desenvolvi o meu estágio e projeto/estudo.

Na consulta tive a oportunidade desenvolver técnicas de comunicação com famílias de forma individual, técnicas de entrevista e intervenções no âmbito da intervenção familiar. Surgiram principalmente situações de 1ª consulta/entrevista em que o principal objetivo era conhecer a família e perceber o seu pedido de ajuda e de que forma poderíamos ajudar. Esta primeira entrevista revestia-se de primordial importância pois era o momento em que família e técnicos (eu e enfermeira orientadora) nos encontrávamos pela primeira vez “com o objetivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e (...) permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado” (Chalifour, 2009, p: 82). Era então crucial desenvolver uma atitude de cordialidade e um clima de confiança pois a qualidade do primeiro contacto tem impacto na decisão de prosseguir, tal como referem Pereira e Botelho (2014) a simpatia/afabilidade e cordialidade genuínas facilitam uma ligação inicial e permitem o desenvolvimento de um mútuo entendimento.

Em consultas seguintes, de acompanhamento de famílias e ao desenvolver um papel mais passivo permitiu-me permanecer mais distanciada de modo a poder focar-me mais no que estava a observar e vivenciar. O facto de estarmos em conjunto contribuiu tal como referem Sampaio e Gameiro (2006) para que existisse maior liberdade e criatividade, maior grau de honestidade acerca do cansaço, e sentimentos pessoais, bem como maior riqueza nas discussões após sessões e preparação das mesmas.

Também neste contexto me foi possível desenvolver competências de EESMP nomeadamente no cuidado direto às famílias desenvolvendo conhecimento na dinâmica das mesmas, no levantamento de diagnóstico e na implementação de intervenções. Por vezes a intervenção passou pela avaliação inicial e encaminhamento, outras vezes foi dada continuidade e feitas intervenções de âmbito

familiar, como por exemplo aconselhamento “processo sequencial e flexível de empoderamento que visa a aquisição de autonomia do cliente” (Lopes 2010, p: 68). De acordo com o mesmo autor o aconselhamento enquanto processo tem tanto fins terapêuticos como educacionais, na medida em que os potenciais de desenvolvimento do cliente se aliam à aprendizagem de novos padrões relacionais consigo e com os outros, bem como à forma como se relaciona com o ambiente (por ex: estruturas sociais e de saúde). Foi notória a carência das famílias face ao uso dos recursos da comunidade, ou pela escassez dos mesmos, ou porque os desconhecem, ou ainda pela dificuldade em lhes aceder.

Neste sentido, foi muito enriquecedor poder conhecer e reconhecer a importância do trabalho desenvolvido nomeadamente com os jardins-de-infância e escolas das crianças seguidas em consulta, que permitia “monitorizar os doentes no seu ambiente académico, detetando precocemente casos com necessidades de acompanhamento ou monitorizando aquelas já acompanhados” (Dias e Carvalho, 2017, p: 70).

Simultaneamente tive a oportunidade de participar no trabalho de supervisão e intervenção feito pela equipa e entre equipas, nomeadamente no trabalho de consultoria com os centros de saúde da área que a consulta abrange que permite

tirar dúvidas desta área aos colegas dos centros de saúde, permitindo a detecção precoce de doentes (...) e o encaminhamento célere para observação em unidades especializadas de saúde mental da infância e da adolescência, com ganhos óbvios em saúde mental das famílias (Dias e Carvalho, 2017, p: 70).

Pude ainda conhecer projetos de articulação entre a consulta e a comunidade, reconhecendo a importância do papel ativo e de proximidade com a mesma onde pude reconhecer o destaque e a importância do papel do enfermeiro nesta articulação com os diferentes locais, e de como este é facilitador para no processo de comunicação e trabalho em parceria, centrados num mesmo fim.

Para além do trabalho com famílias de forma individual foi-me possível conhecer, integrar e desenvolver um trabalho em grupo. Neste caso grupo terapêutico com pais de crianças com dificuldades na linguagem que também desenvolvem intervenção em grupo simultaneamente (espaços diferentes). As crianças são sinalizadas por apresentarem perturbação no desenvolvimento linguagem, todavia a equipa multidisciplinar constata que estas dificuldades incluem vários problemas ao nível da relação, socialização, expressão de emoções e sentimentos.

Os grupos são constituídos no início do ano letivo e decorrem até ao final do mesmo. São grupos fechados, compostos por 5/6 crianças/pais. As atividades em grupo são semanais (1x por semana) com duração de 60'. O grupo terapêutico de pais que integrei é conduzido por 2 enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Foi integrada no grupo terapêutico de pais que pude, tal como delineado no projeto, desenvolver um estudo centrado na temática da resiliência familiar.

2.2.1 Delimitação da problemática

No âmbito da tendência recente de mudança de uma perspetiva patogénica (i.e., focada na origem da doença) para uma perspetiva salutogénica (i.e., focada na origem da saúde), que enfatiza a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, bem como as competências positivas dos sujeitos, o conceito de resiliência tem vindo a adquirir cada vez maior atenção e relevância. A investigação sobre resiliência tem crescido nas últimas décadas (Relvas & Major, 2016). Também Walsh (2016) refere que a resiliência se tornou um conceito importante na teoria, pesquisa e prática em saúde mental nas últimas décadas. A mesma autora acrescenta ainda que a necessidade de fortalecer a resiliência familiar nunca foi tão urgente, pois as famílias estão hoje a ser atingidas por *stressores* e incertezas de grandes mudanças na sociedade. Desta forma o conceito de resiliência familiar é especialmente oportuno na medida em que o mundo se torna cada vez mais complexo e imprevisível e as famílias enfrentam desafios sem precedentes (Walsh, 2005).

Também o diagnóstico de uma doença ou perturbação mental estremece uma família. Segundo Santos (2015) estudos epidemiológicos apontam para que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população infanto-juvenil seja cerca de 20%. Vários estudiosos concordam que as relações familiares são modificadas quando um membro da família apresenta algum problema de saúde (Souza, 2011). Simultaneamente estudos relatam uma correlação entre problemas de crianças com transtornos do desenvolvimento e os níveis de *stress*, depressão e ansiedade nos pais (Semensato, 2010). Desta forma tornam-se famílias vulneráveis, podendo conduzir à ocorrência de crises.

Souza (2011), salienta que a intervenção na família diminui o *stress* e encoraja a interação positiva entre seus membros sendo que a melhoria do funcionamento familiar está associada à recuperação do paciente com perturbação mental.

De acordo com Rooke (2019) acredita-se que as intervenções mais adequadas são aquelas que apresentam estratégias focalizadas tanto nas crianças quanto nos seus progenitores. Dias e Carvalho (2017) referem que “motivar os pais a serem um aliado terapêutico é um grande desafio” (p:67).

Neste sentido, Martins (2014) refere que a identificação de processos chave no âmbito da resiliência pode ajudar a estabelecer um plano de intervenção que permitirá ajudar a fortalecer a resiliência das famílias, constituindo-se um desafio urgente não apenas para as famílias que enfrentam as adversidades, mas também para os profissionais.

2.2.2 Questão de investigação

Neste sentido surge como questão norteadora do estudo/projeto: Qual o contributo da intervenção em grupo multifamiliar para promoção de resiliência familiar de pais de crianças com dificuldades na linguagem /socialização?

2.2.3 Objetivos do estudo

Para tal foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar os níveis de resiliência nos pais de crianças com dificuldades na linguagem /socialização;
- Perceber quais são os fatores protetores, os recursos que o grupo encontra através da partilha e troca de experiências;
- Compreender o processo evolutivo do grupo multifamiliar;
- Promover o processo de resiliência familiar.

2.2.4 Opções metodológicas

Como opções metodológicas foi efetuada dinamização semanal do grupo terapêutico multifamiliar de 2ª feira em conjunto com enfermeiras especialistas. Em cada sessão, numa fase inicial foi disponibilizado aos pais tempo e espaço para partilharem como decorreu a semana e se tinham algum assunto/tema que quisessem abordar. Os pais foram incentivados a partilhar, sem qualquer obrigatoriedade. Ao longo das sessões foi efetuada mediação do grupo evitando qualquer tipo de julgamento. Foram desmistificadas dúvidas sobre assuntos/temáticas sugeridas pelos pais, propostas estratégicas, discutidas ideias, devolvido reforço do papel parental desempenhado, encontradas dificuldades comuns e partilhados recursos.

Após cada sessão foram realizadas notas de campo descrevendo os assuntos/temas abordados bem como as interações, envolvimento, sentido de responsabilidade e compromisso relativo à integração e participação nas sessões.

Optou-se pela utilização de notas de campo uma vez que são uma forma de registo mais ampla, mais analítica e interpretativa do que uma simples lista de ocorrências (Polit & Hungler, 1999). De acordo com as mesmas autoras, as notas de campo representam o esforço do observador participante em recordar a informação, mas também a capacidade de sintetizar e perceber a sessão.

As notas de campo para além de descreverem a sessão de acordo com os tópicos enunciados, serviram como um modo de sistematizar as vivências dos pais, dificuldades e progressos, estratégias na resolução de problemas, bem como monitorizar a integração de novas formas de compreensão e ação/agir.

Para além das notas de campo, foi ainda aplicado o questionário - Escala de Avaliação de Resiliência Familiar (FRAS) no início do grupo (Outubro 2018) que será novamente aplicado no final do mesmo (Junho 2019). Este instrumento serviu para identificar os níveis de resiliência e ainda como guia orientador das dimensões a considerar na análise da resiliência familiar, a saber: Comunicação familiar e resolução de problemas, Ligações/Conexões familiares, Utilização dos Recursos sociais e económicos; Visão/Perspetiva positiva, Espiritualidade familiar, Capacidade de dar sentido à adversidade.

2.2.4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como um estudo misto com componente inicial quantitativa de identificação dos níveis de resiliência e componente qualitativa com análise compreensiva do processo evolutivo do grupo multifamiliar.

2.2.4.2 Participantes

Fizeram parte do estudo 5 famílias, sendo constituídas por 3 mães e 2 pais, que constituem o grupo terapêutico de 2ª feira.

2.2.4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todas as famílias (pais) das crianças seguidas em grupo terapêutico de linguagem de 2ª feira, constituído no início do ano letivo que aceitaram voluntariamente participar.

Excluíram-se todas as famílias seguidas na consulta que não integram os grupos terapêuticos, bem como famílias que integram o grupo terapêutico de 5ª feira.

2.2.4.4 Considerações éticas

Tendo em atenção as questões éticas que se podem colocar ao elaborar este projeto/estudo foi efetuado pedido de autorização à comissão de ética da instituição que aguarda resposta.

Foi pedida autorização e esclarecimentos sobre o instrumento de avaliação (Escala de Avaliação de Resiliência Familiar) à autora da sua tradução e validação Professora Doutora Maria Helena Martins (Anexo I).

O questionário foi aplicado após consentimento informado livre e esclarecido onde está garantida a total confidencialidade e anonimato tanto na aplicação como no manuseamento dos resultados (Anexo II).

Tiveram acesso ao manuseamento dos dados somente as enfermeiras envolvidas no estudo, eu e enfermeira orientadora.

Cinco pais aceitaram voluntariamente participar reservando-se a possibilidade de a qualquer momento, recusarem participar ou retirarem o consentimento, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na prestação de cuidados.

2.2.5 Tratamento e análise dos dados

A Escala de Avaliação da Resiliência Familiar - FRAS foi desenvolvida por Sixbey (2005) e tem como objetivo avaliar a capacidade que a família apresenta para ultrapassar as adversidades, tendo como base conceptual o modelo de Resiliência de Froma Walsh. A FRAS mede a resiliência da família em seis fatores: a Comunicação Familiar e Resolução de Problemas, a Utilização dos Recursos Sociais e Económicos, a Manutenção de uma Perspetiva Positiva, as Ligações Familiares, a Espiritualidade Familiar e a Capacidade de dar um sentido à Adversidade (Sixbey, 2005).

A FRAS é composta por 66 itens na versão original, tendo posteriormente sido organizada em 54 itens atendendo às baixas correlações de 12 itens. Apresenta um alfa de *Cronbach* de .96 para a escala total (Sixbey, 2005). Organiza-se numa escala tipo *Likert* de quatro pontos em que 1- Discordo Totalmente, 2- Discordo, 3- Concordo e 4- Concordo Totalmente.

A pontuação na FRAS pode variar entre 54 e 216, em que pontuações inferiores indicam fraca resiliência da família, enquanto as pontuações mais altas remetem para altos níveis de resiliência na família.

A FRAS foi adaptada para a população portuguesa por Martins, Matos, Faray, Rocha e Sousa (2013-2017), e os resultados desta adaptação apresentam um alfa de *Cronbach* de .90 para a escala total.

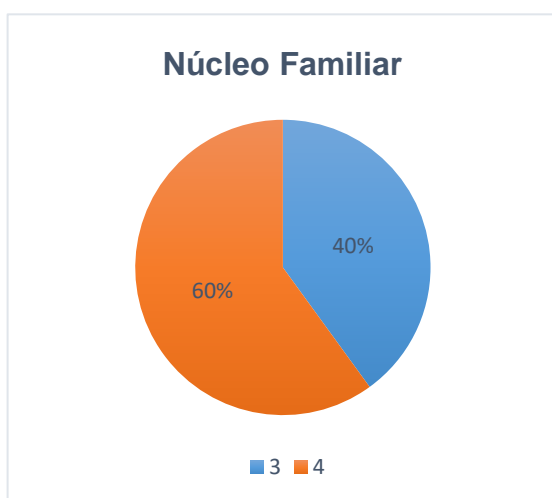
Quanto à análise das notas de campo foi feita a leitura das mesmas e levantamento das temáticas abordadas em cada sessão individualmente (Apêndice III), descrito processo evolutivo do grupo bem como evidenciados fatores protetores comuns através da troca de experiências. Seguidamente foram subdivididos os temas de acordo com 3 categorias e 6 subcategorias (Apêndice IV), tendo estas sido definidas a partir do modelo dos *processos chave da Resiliência Familiar* de Walsh, modelo este que serviu também de base para a criação da FRAS. Foram evidenciadas as temáticas abordadas recorrendo ao formato nuvem de palavras. Foram utilizadas as *Nursing Interventions Classification* - NIC como complemento de análise da intervenção de enfermagem na promoção da resiliência familiar.

2.2.6. Apresentação e Discussão dos resultados

- **Caracterização do grupo:**

De modo a dar uma perspetiva geral das características das famílias que frequentam o grupo terapêutico foram analisadas diferentes variáveis, tais como: Nº de elementos da família, Idade da mãe, Idade do pai, Idade da criança, Religião / Espiritualidade, Naturalidade dos pais, Situação profissional.

Assim tal como descrito anteriormente foram analisadas 5 famílias.



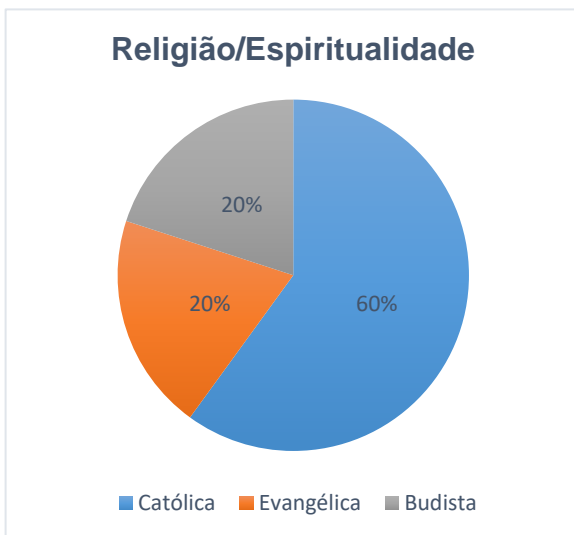
Quanto ao número de elementos que constituem o núcleo familiar:

O agregado mais comum nas famílias em estudo é de 4 elementos.

Gráfico 1. Percentagem do nº de elementos que constituem o núcleo familiar das 5 famílias.

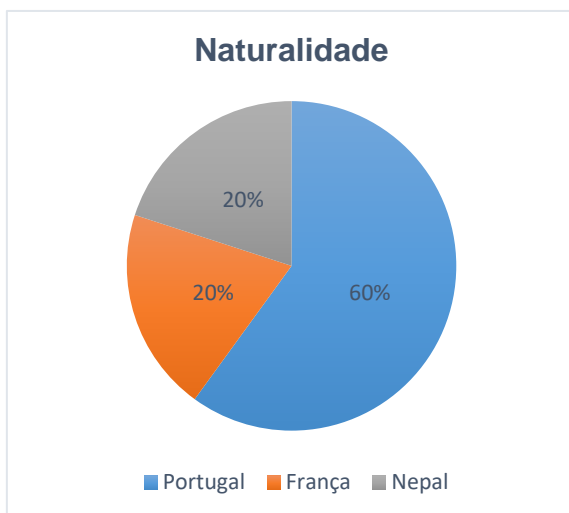
Quanto à análise das idades das mães, pais e crianças:

- **Idade das mães:** Média= 37,6 anos [33-42]
- **Idade dos pais:** Média = 41,6 anos [36-49]
- **Idade das crianças:** Média= 4,8 anos [4-6]



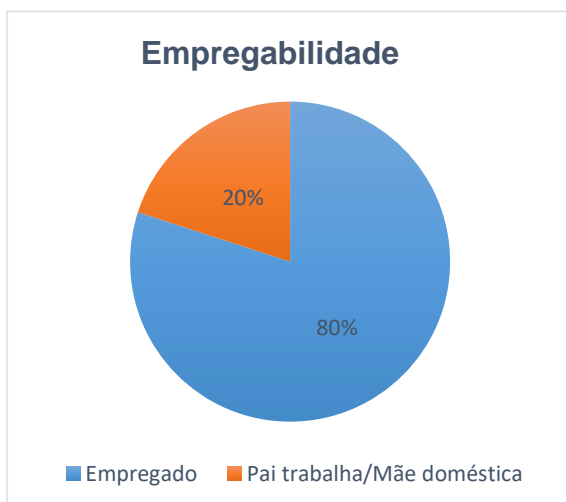
Ao nível da religião/espiritualidade verificou-se que existem 3 religiões presentes no grupo sendo a maioria da religião católica.

Gráfico 2. Percentagem das religiões que as 5 famílias seguem.



Quanto à naturalidade dos pais, foi possível verificar que existem três nacionalidades distintas sendo a maioria de Portugal. Quanto aos filhos sabe-se que todos nasceram em Portugal.

Gráfico 3. Percentagem dos países de naturalidade dos pais das 5 famílias.



Analisou-se também a situação profissional dos pais e verificou-se que: Em todas elas ambos os pais estão empregados, sendo que numa das famílias apenas o pai trabalha por opção dos mesmos.

Gráfico 4. Percentagem da situação profissional de ambos os pais das 5 famílias

- **Resultados da avaliação inicial da FRAS**

Após melhor conhecimento das famílias em estudo partiu-se para análise de quem respondeu ao questionário da FRAS e observou-se que foram maioritariamente mães que responderam ao mesmo.

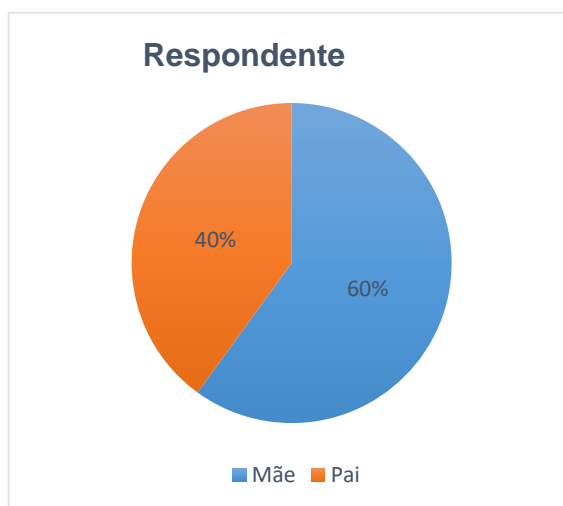


Gráfico 5. Percentagem de quem respondeu ao questionário da FRAS nas 5 famílias.

Neste sentido após aplicação da FRAS a 29.10.2019 observa-se que:

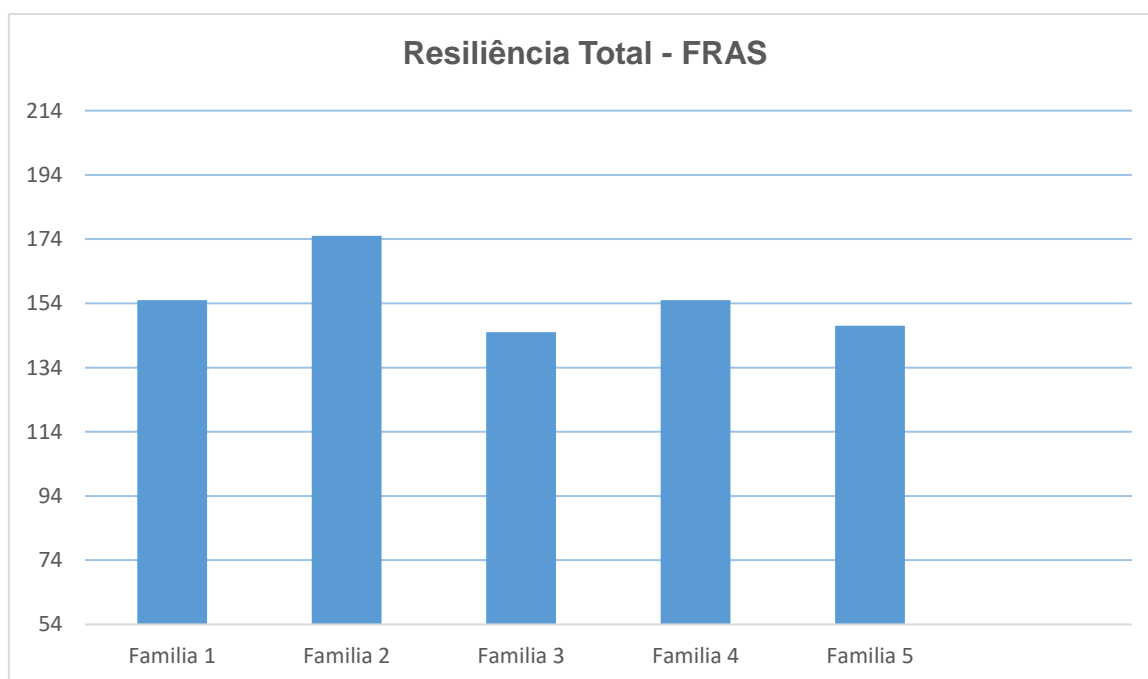


Gráfico 6. Total de pontuação do questionário FRAS das 5 famílias.

Ao fazer a análise dos níveis de resiliência familiar resultantes da aplicação da FRAS foi possível observar que os valores são tendencialmente elevados, acima do nível médio (134).

Este facto levou-me a pensar se se justificaria a continuidade do estudo. Assim pondo em equação que vários fatores podem ter condicionado as respostas, tais como: a pressão exercida pela sociedade para uma parentalidade perfeita; relação de confiança ainda não estabelecida com os profissionais bem como com os restantes pais; dificuldade em expor publicamente características específicas das suas famílias. Desta forma, optou-se por dar continuidade ao mesmo uma vez que embora elevados não estavam no valor máximo (214), havendo espaço de melhoria.

- **Resultados das sessões de grupo de pais**

Após caracterização sumária das famílias que constituem o grupo terapêutico de 2ª feira, e tal como já referido anteriormente, as temáticas abordadas nas sessões emergiam sempre do grupo, dos pais. Em baixo é possível observar os temas mais abordados ao longo das 17 sessões.



Gráfico 7. Nuvem de palavras com os temas abordados nas 17 sessões do grupo terapêutico de pais (2ª feira).

O grupo terapêutico de pais...

O grupo era sempre disposto em cadeiras em círculo, na preparação do espaço era tido em conta o nº de cadeiras suficiente, temperatura ambiente do espaço, luminosidade, privacidade, tal como corroboram Vinogradov e Yalom (1992) é importante que o terapeuta tenha atenção ao *setting* e o tamanho do grupo terapêutico, que o local esteja disponível, tenha tamanho adequados, assentos confortáveis e proporcione privacidade e liberdade. O *setting* circular das cadeiras é sempre necessário pois permite que todos os elementos do grupo que vejam e que seja estimulada a interação.

Quanto ao número de elementos do grupo este foi constituído por 6 elementos sendo que um desistiu (numa fase inicial do grupo). Neste sentido o grupo formado está conforme ao “tamanho ótimo do grupo que permite aos membros partilhar experiências uns com os outros varia de um número mínimo de 4 ou 5 até um máximo de 12” (Vinogradov & Yalom, 1992, p: 46). Embora tenham sido 5 elementos a responder ao questionário, o decorrer do grupo contou várias vezes com mais do que 5 elementos, ou seja, sempre que os pais queriam/podiam vir em conjunto estes eram bem-vindos e recebidos no grupo. Se estamos a trabalhar a família fazia sentido que assim acontecesse. Não sentimos que fosse constrangedor ou limitador do grupo, pelo contrário, a presença do outro elemento pai ou mãe trazia ar fresco, novas partilhas, novas perspetivas das vivências de casa. A assiduidade e pontualidade deste grupo foram uma constante o que foi um fator facilitador e não uma condicionante da intervenção como muitas vezes sucede.

Na primeira sessão após apresentações o grupo referiu a suas expectativas individuais face ao grupo terapêutico aprender com experiências dos outros e ajudar com as suas experiências onde foi corroborada a esperança no contributo do grupo.

“O trabalho terapêutico começa quando o grupo se forma e adquire estabilidade” (Vinogradov & Yalom, 1992, p:74).

Numa fase inicial de constituição do grupo era sentida pouca ligação dos elementos, a comunicação era direcionada ao terapeuta e muito centrada no desenvolvimento infantil (característico da idade). Os elementos estavam a conhecer-se e os temas mais presentes nas primeiras sessões eram centrados nos problemas/dificuldades das crianças em falar. Ao aprofundar a temática da fala/linguagem foram surgindo outras dificuldades como as “BIRRAS” que conduziram a falar-se de socialização, frustrações, inquietações, ansiedade e “LIMITES”.

Os pais relatavam vários episódios de birras, ao acordar, no supermercado, quando os filhos ouviam um não, era uma temática transversal às famílias. Aqui o papel das enfermeiras passou por escutar as queixas, em seguida perceber em que situações sucediam e como é que os pais lidavam e se sentiam quando elas aconteciam. Estabelecer limites e dizer não foi percebido como algo difícil no grupo “é difícil dizer que não” (A e M out/2018); “o facto de ser filho único (...) é mais difícil porque é o centro das atenções” (A out/2018). “Fez uma birra como nunca tinha feito antes, fiquei tão aflita que fi-la prometer que não voltava a repetir” (I nov/2018); “ele quer os brinquedos todos, eu acho que ele foi mal-habitado (...) agora digo-lhe que não, mas ele não pára continua a massacrar-me” (M nov/2018), os pais referiam que por vezes cediam por eles serem tão persistentes. Quanto a estratégias os pais partilham que a forma como comunicam e reagem à birra também influencia, referem “em vez de dizer não, digo, neste momento não é possível” (I out/2018), outra forma encontrada foi tentar negociar “deixo-o escolher uma coisa” (V out/2018), surgiu ainda outra estratégia, planear a ida ao supermercado associada à negociação “fiz uma lista de compras para cada um e deixei a A escolher os iogurtes” (ML nov/2018).

Salientar a importância dos limites para estruturar as crianças, a importância do NÃO e da coerência nas decisões tomadas pela família foi o feedback devolvido pelas enfermeiras, uma vez que foi perceptível a influência da comunicação verbal e não verbal dos pais face a estas problemáticas. Após análise posso verificar que esta temática deixou de surgir a partir da 5ª sessão, quando questionados referiam que não tinham feito tantas birras ou deixou de fazer aquelas birras de antes, o que evidencia que os pais levaram estas informações para casa, usaram as suas competências e puseram-nas em prática. Deste modo cumpre-se o objetivo de mobilizar os recursos aprendidos no grupo para o seu quotidiano.

Ainda na sequência destas temáticas, e porque nenhum dos temas se distancia totalmente dos outros, surgiu várias vezes o tema ‘temporalidade’, relacionado com o facto de as crianças precisarem desenvolver a ‘noção de tempo’. Esta noção de tempo evidenciou-se em diversas situações, tempo cronológico, estações do ano, épocas festivas, a capacidade de marcarem o tempo com algo real poderia ser uma ajuda/estratégia para as crianças aprenderem a saber esperar; antecipar/planear o que vai acontecer; onde vão passear/almoçar; quem vai estar presente, ajudando-os a integrar a noção de tempo e assim organizarem-se e tranquilizarem-se. Os pais foram desafiados a estabelecer limites com tempo por ex: num contexto de birra por

querer um brinquedo, poder explicar que naquele momento não seria possível teriam que esperar até ao natal ou aniversário.

Surge novamente a temática da escola primária, o facto de a sociedade estabelecer uma idade para entrada na escola primária promove nos pais uma ansiedade para exigirem cada vez mais, e mais cedo capacidades/competências aos seus filhos que por vezes ainda não desenvolveram, muitas vezes substituindo aquilo que seria a sua função, brincar.

Ainda no seguimento da temporalidade foi trabalhada a questão de cada criança ter o seu tempo, o seu ritmo para se desenvolver e que BRINCAR seria a melhor atividade a desenvolverem com eles para os ajudar a crescer e desenvolver, bem como desenvolverem a comunicação (fala, linguagem, socialização). Ora aqui percebemos que não seria fácil para os pais brincarem com os seus filhos, referindo falta de tempo, de motivação, “ele suga-me as energias” (M nov/2018), “quero que ele faça outras coisas como desenhar as letras ou os números e ele não quer” (M nov/2018). Foi enfatizada a importância do brincar e de dar significado á brincadeira. Por exemplo, contar uma história com a brincadeira que está a acontecer é uma forma de introduzir novo vocabulário, de estimular a imaginação, de pensar sobre o que se está a viver e a sentir, e também de tornar vários momentos prazerosos como a alimentação que também foi salientada com um fator de stress no grupo. Poderem brincar com os alimentos, com as cores com as texturas ao invés da preocupação acentuada pelos pais por não comerem com talheres ou não gostarem dos alimentos. Nem todos os pais verbalizaram esta problemática da alimentação e alguns deles corroboraram o facto de não se preocuparem que eles comam com a mão ou que saltem uma refeição.

Simultaneamente a temática da entrada na escola primária também dividia o grupo, uns não viam qualquer problema em manter o filho no jardim-de-infância, enquanto outros consideravam que iria ficar atrasado, iria ser prejudicial, ia perder os colegas.

Nesta altura as crianças começaram a ter apoios nos jardins-de-infância (das equipas de intervenção precoce ou a modo particular) e isto surge no grupo trazido pelos pais como um fator de alívio e de esperança.

A propósito da escola primária e embora todos os pais quisessem que os filhos entrassem na escola primários todos verbalizaram MEDOS. Foram abordados os diferentes medos dos pais, tendo a enfermeira conduzido a reportarem-se às suas memórias de infância relacionadas com a escola primária. Todos os pais partilharam,

uns revelam experiências mais positivas, outros menos positivas. Foi interessante perceber que embora com naturalidades e culturas diferentes as experiências eram similares. Foi também percebido que muitos dos medos com os filhos estavam relacionados com os seus próprios medos experienciados na infância.

Na sessão de 14jan/2019 a equipa sentiu o grupo diferente. Pareceu-nos que foi a partir deste momento de partilha das suas histórias de infância que a coesão do grupo aumentou, comunicavam uns com os outros, dirigiam o olhar e a palavra sem o enfermeiro como intermediário, traduziam/falavam para/em inglês o que era dito uma vez que um dos pais apresentava alguma dificuldade em perceber português.

Ainda antes desta sessão tínhamos tido uma sessão em foi sentida alguma diferença, um crescendo na envolvimento do grupo e diferenças nas temáticas sugeridas. Habitualmente os pais iniciavam o grupo descrevendo dificuldades, problemas da semana, mas naquela sessão tudo começou com uma CONQUISTA. E toda a sessão foi em torno das conquistas das crianças e dos pais. Foi uma sessão onde o grupo pode refletir e pensar em conquistas que tinham feito em família e de que por vezes passaram por elas sem se aperceberem, sem lhes dar significado e valor, aqui puderam repensá-las ao mesmo tempo que foi trabalhado o reforço positivo.

O papel do enfermeiro passou por identificar e salientar como os pais conseguiram lidar com situações inesperadas, difíceis, de forma positiva e reforçando as suas competências. A propósito deste reforço positivo, foi trabalhada esta temática na relação de pais para com os filhos e da força que o mesmo tem, quer seja, positivamente ou negativamente. Por vezes é preciso deixá-los crescer sem pressionar porque não falam, porque não comem, porque não sabem escrever... ou estar sobre alerta sempre que fazem algo bem ou que os pais desejam muito. Os pais referem que por vezes até parece que fazem de propósito, ao contrário do que eles (pais) querem. Surgiram aqui as expectativas da família alargada. Foi possível verificar que, embora os pais considerem a família alargada como uma ajuda e recurso, nas questões da fala e linguagem são eles quem mais pressiona e insiste usando argumentos como “não gostas da avó?” (M fev/2019), “não queres falar com a avó, não gostas da avó?” (I fev/2019).

Por fim, mas dando continuidade à temática das conquistas, surgem no grupo duas temáticas que se mantêm em desenvolvimento nas sessões seguintes, a CONFIANÇA e AUTONOMIA. Autonomia desenvolvida pelas crianças versus Confiança depositada pelos pais, ou seja, surge no grupo que o facto de as crianças

se tornarem mais autónomas e confiantes produz sentimentos ambíguos nos pais. Se por um lado querem que cresçam e se desenvolvam, por outro dar-lhes espaço para que isso aconteça é difícil. O grupo corrobora que tem que ser um trabalho conjunto.

Até ao final do estágio estas foram principais temáticas desenvolvidas ao longo das sessões sendo que o tema – escola primária - esteve quase sempre presente mesmo que pontualmente na sessão.

- **Principais conclusões:**

Depois de verificarmos as temáticas mais abordadas nas sessões de pais e fazendo o paralelismo com os fatores promotores do processo de resiliência segundo Walsh é possível constatar que os temas abrangem todos os processos o que não sendo à priori a preocupação dos pais, o facto de se terem abordado estas temáticas possibilitou a reflexão e partilha sobre as capacidades, forças e estratégias que cada família encontrou para fazer face aos problemas até então.

Foi ainda possível verificar que a coesão e envolvência do grupo foram aumentando ao longo das sessões, verificando-se neste momento que o grupo partilha, entretida-se e reforça-se positivamente de forma espontânea e autónoma.

Também ao nível das temáticas foi perceptível esta evolução simultânea, ou seja, à medida que o grupo se envolvia, as partilhas tornavam-se mais íntimas.

Uma questão que é igualmente importante referir prende-se com o facto de estas famílias se encontrarem em transição de um ciclo de vida familiar (famílias com filhos pequenos) para outro (família com filhos na escola), o que pode fazer eclodir a temática da entrada na escola primária tantas vezes nas sessões. A família com filhos na escola é a terceira etapa do ciclo vital familiar. Existe um encontro de dois sistemas (família e escola). A entrada dos filhos para escola constitui para a família o primeiro grande teste ao cumprimento da sua função externa, e através dela, sua função interna. Assim, penso que o grupo foi um espaço de preparação e aprendizagem para as necessárias mudanças que se exigem. Neste sentido o grupo opera também a um nível de promoção e prevenção por meio da antecipação das dificuldades decorrentes do desenvolvimento regular do ciclo vital familiar. Sabemos que é a partir da aprendizagem feita com o subsistema parental que a criança pode relacionar-se com os seus medos ou inseguranças (Relvas, 1996), daí que o facto de se terem abordado os medos das crianças e também dos pais possa ter enriquecido a bagagem para

fazer face a esta nova etapa. A mesma autora refere também que a entrada na escola é, um primeiro teste externo ao grau de individualização da criança conseguido no interior da família, pelo que o trabalho realizado no grupo em torno das temáticas da autonomia e confiança sejam cruciais para alicerçar as competências destas famílias na nova etapa. Do mesmo modo é essencial que as relações na família se desenvolvam de forma saudável, para que, tanto pais como crianças, se fortaleçam e sejam capazes de dar resposta a possíveis adversidades/dificuldades que possam surgir.

O grande objetivo das famílias na nova fase passa por 'abrir-se ao exterior' (Relvas,1996) sendo que por vezes este processo pode ser vivido pela família como algo complicado, ameaçador. Todavia é de extrema importância a capacidade de flexibilidade e esforço de reestruturação.

O enfermeiro, dinamizador do grupo, pode ser o facilitador desta transição, uma vez que sendo detentor do conhecimento das diferentes fases do ciclo vital e das exigências destas pode servir como mediador das angústias e pode também ajudar os pais a antever as necessidades que possam surgir auxiliando-os a descobrir recursos, bem como estratégias. Ancorado no modelo de cuidar baseado nas forças o enfermeiro tem características específicas que torna esta intervenção diferenciada.

“Este modelo utilizando o metaparadigma de enfermagem, define que a **saúde** é o que os indivíduos e famílias aspiram, mas que a **pessoa** é um todo que funciona de forma integrada. Os **ambientes** contêm forças que compelem para o fomento ou o seu défice e que por fim os **enfermeiros** trabalhando com as pessoas e os seus ambientes devem desenvolver forças que promovam a cura e a saúde” (Rosa, 2018, p:14). O enfermeiro ao trabalhar com a família em grupo cria um ambiente onde as forças podem ser fortalecidas. Após as sessões de grupo foi possível ainda verificar que este tipo de cuidado/intervenção não fica na individualidade do pai/mãe presente na sessão, não acaba no grupo, é levada para um outro ambiente, o ambiente familiar, e é posteriormente devolvida ao grupo depois de maturada, modificada, absorvida, permitindo trabalhar a dinâmica familiar num contínuo.

O grupo mostra-se como um espaço onde, após os elementos se sentirem livres, protegidos da exposição e não julgados, podem expor as suas dúvidas, dificuldades, medos, sentimentos, ao mesmo tempo que se sentem compreendidos, úteis, e reconhecidos no seu papel de pais.

A função do enfermeiro passa por ajudar os pais a reconhecer as suas forças e competências e a acreditar nelas. Ao observarem mudanças nos filhos e neles

próprios, sentem-se fortalecidos, pelo que, o papel do enfermeiro no grupo é de ser facilitador na construção de redes, recursos, para reforçar as forças e competências que todos os pais possuem.

Foi possível constatar que das diferentes temáticas abordadas nas sessões terapêuticas de grupo estas se podem agrupar dentro dos processos de resiliência desenvolvidos por Walsh, o que me induz a pensar que o facto de serem abordados estes temas contribuiu para o desenvolvimento dos processos de resiliência de cada família.

De acordo com as *NIC*, o enfermeiro que promove a capacidade de resiliência deve auxiliar as famílias no desenvolvimento, no uso e no fortalecimento dos fatores de proteção para tal deve estimular atividades como:

facilitar a coesão familiar; encorajar o apoio familiar; encorajar o desenvolvimento de rotinas e tradições familiares e a participação nesses eventos; facilitar a comunicação familiar; encorajar a família a reunir-se e a envolver-se em atividade; encorajar a família a valorizar resultados; encorajar comportamentos positivos de busca de saúde; encorajar os pais a determinar expectativas apropriadas para a idade dos seus filhos; encorajar a família a estabelecer regras e conseqüências para o comportamento das crianças; apoiar as escolas; ajudar as famílias no desenvolvimento de otimismo quanto ao futuro (2016, p: 618-619).

Considero que estas orientações foram desenvolvidas ao longo das diferentes sessões do grupo terapêutico e confluem nas dimensões do modelo de Wash dos processos de resiliência que está na base da FRAS. Não tendo sido possível em tempo útil de estágio efetuar a aplicação da escala no final do grupo para perceber possíveis melhorias dos níveis de resiliência, estou convicta que os mesmos pudessem estar aumentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento do projeto/estudo foi necessário aprofundar conhecimento teórico acerca da família sob uma perspectiva sistêmica, sobre a temática da resiliência familiar, da abordagem em grupo e do papel do enfermeiro. Após pesquisa e fundamentação teórica foi selecionado o modelo de enfermagem de cuidar baseado nas forças como alicerce da intervenção por se considerar o mais adequado à temática da resiliência familiar.

O trabalho efetuado no estágio e a elaboração do relatório foram um excelente método para desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista; Através destes pude desenvolver-me profissional e pessoalmente e dar resposta aos objetivos definidos.

Tanto os locais de estágio como as diferentes estratégias de intervenção foram favorecedoras do desenvolvimento das competências específicas do EESMP como é possível observar resumidamente no (Apêndice V). Destaco a primeira competência do EESMP centrada no autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro pois considero ter sido a grande descoberta neste processo de aquisição de competências. O desenvolvimento do trabalho enquanto especialista trouxe-me exatamente o contrário daquilo que imaginava, em vez de aumentar o ego e aumentar o pedestal entre mim e aquele de quem cuido, fez-me reconhecer a necessidade de humildade do saber, de que para chegar perto da 'empatia' tão apregoada/necessária nesta profissão é crucial fazer exatamente o trabalho contrário, onde o outro sobe degraus na minha visão ao acreditar e reconhecer as suas forças e competências para fazer face às adversidades, e o enfermeiro desce degraus, não porque ficou menos competente, mas porque para cuidar com mais qualidade precisa estar ao nível (lado a lado).

O grau académico aumenta, mas para que seja efetivo o melhor cuidado, a distância entre mim e o outro diminui, e para que esta diminuição tenha o efeito terapêutico desejado é essencial a constante reflexão da prática, a introspeção de mim enquanto pessoa e profissional pois também nós estamos em constante mudança.

O desenvolvimento do estudo com grupo multifamiliar possibilitou-me ter contacto com uma realidade desconhecida até então, e descobrir as vantagens da utilização desta metodologia, contribuindo para o meu enriquecimento a nível profissional.

Figueiredo (2017) refere que o grupo multifamiliar se apresenta como espaço importante em saúde mental, pois permite compartilhar com as famílias a responsabilidade pelo cuidado. O grupo proporciona, também, a ampliação da rede de apoio e convivência possibilitando que as famílias compartilhem as suas realidades e construam conjuntamente novas alternativas, descubram recursos e possibilidades para os seus problemas.

A maioria dos grupos na área da psiquiatria são realizados com pacientes e é importante investir mais na participação da família, no sentido de lhe dar apoio e suporte (Campos, 2018).

Assim o desenvolvimento do estudo/projeto com famílias veio contrariar esta tendência e permitiu dar a conhecer o trabalho desenvolvido por enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiatria com grupo terapêutico multifamiliar de pais de crianças com dificuldades na linguagem/socialização, permitindo avaliar o nível inicial da resiliência das famílias, perceber a evolução do grupo ao longo das sessões, bem como reconhecer os fatores da resiliência de acordo com o modelo de Walsh. O estudo centrado na temática da resiliência familiar possibilitou-me aprofundar conhecimento sobre a mesma e transformar a minha visão enquanto profissional e simultaneamente enquanto pessoa do potencial que aquele de quem cuidamos tem. Conhecer e desenvolver o modelo de cuidar baseado nas forças na prática deste projeto sobre a resiliência familiar, mudou a minha maneira de estar, de pensar e de cuidar na enfermagem.

De acordo com Gomes, et al (2017):

o apoio e orientação dos clientes é um domínio de competência da prática dos cuidados de enfermagem. A especificidade da prática clínica do enfermeiro de saúde mental englobando a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade pode ser um recurso essencial na dinamização dos grupos (p:6).

O grupo além de funcionar como fonte de apoio aos familiares, é um campo com alto potencial para pesquisa clínica, na medida em que oferece um material denso e rico, que permite explorar o universo das famílias que enfrentam uma problemática de saúde mental (Santos et al, 2016).

Após término do estágio e análise do mesmo, constato que o tempo foi reduzido para uma intervenção e análise mais completa, também a amostra reduzida se mostra uma condicionante para a expressão de resultados.

Embora os objetivos tenham sido alcançados, poder-se-ia ter percebido com maior exatidão os fatores protetores que as famílias identificaram como essenciais ao desenvolvimento do processo de resiliência. Como tal, sugiro que uma avaliação mais direta ao grupo ou individualizada a cada família, como por exemplo a realização de um *focus group* como coadjuvante do trabalho efetuado seria enriquecedor para o projeto e daria respostas mais objetivas ao mesmo. Ainda neste sentido, o recurso a outro instrumento de avaliação mais direcionado como o *IFPF - Inventário dos Fatores Protetores da Família* poderia ter sido enriquecedor, facto que pode falhado por pesquisa insuficiente antes do início do grupo.

Em síntese, apesar da amostra reduzida e do tempo estipulado de estágio foram notórias evoluções favoráveis no desenvolvimento do grupo, e mudanças positivas nas famílias, observáveis através do feedback dos pais, dos técnicos em intervenção com as crianças, bem como da observação dos momentos em relação em espaços comuns (corredor, sala de espera, chegada, saída). Todavia, não é possível afirmar que estas mudanças advêm exclusivamente da intervenção grupal, uma vez que outras variáveis podem ter contribuído. Ainda assim, e de acordo com o feedback dos pais, sobre os contributos do grupo no seu desempenho parental, a estratégia de intervenção trouxe benefícios para as famílias, por exemplo a nível da comunicação, das relações, da perceção sobre as necessidades e expectativas.

Considero ainda que este tipo de intervenção tem também benefícios para os próprios terapeutas e organização, dado que têm a possibilidade de efetuar um trabalho mais extensivo, ao poder juntar várias famílias, e, simultaneamente, rentabilizar espaços e profissionais, para além de promover a construção de redes, que contribuem para aumentar os recursos das famílias, pelo que considero ser uma mais valia a sua manutenção neste contexto, bem como a replicação e ampliação noutros contextos.

Para a enfermagem considero que pode trazer uma mudança de perspetiva do enfermeiro com poder, num patamar superior ao cliente de cuidados, que dá indicações, prescrições, impõe formas e ações, para uma perspetiva de enfermagem de cuidar lado a lado, acreditando na capacidade/competência que o outro tem e que considero que é difícil pôr em prática quando se termina a licenciatura, onde outras exigências parecem prioritárias; A meu ver é com a experiência, a segurança, o conhecimento científico e principalmente autoconhecimento que o enfermeiro consegue ter esta mudança de paradigma de cuidar, um trabalho exigente, de constante reflexão da prática, para ser capaz de se destronar e construir em conjunto

um caminho, pontes, ser o elo (através da relação, do conhecimento, das diferentes estratégias de intervenção), do empoderamento de cada família.

Assim, a investigação sobre a família não pode ser estanque, dada a complexidade de significados e experiências que têm como referência o grupo doméstico, constituindo-se deste modo uma excelente unidade de análise através das diferentes dimensões (Chagas, 2017).

Considero então que o trabalho desenvolvido vem contribuir para a disciplina de enfermagem demonstrando o trabalho que pode ser feito por enfermeiros com famílias em grupo multifamiliar, quando acreditamos no seu potencial e contribuimos para o seu empoderamento, trabalhando na medida do possível.

“Master the art of the possible:

do all you can

with what you have

in the time you have

in the place you are”

K. Weingarten

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão M (2002) - *(Des) equilíbrios Familiares*. 2ª edição Quarteto.
- Augusto, C (2014) – *Resiliência das famílias de crianças com necessidades especiais. Contributos dos enfermeiros na intervenção transdisciplinar*. Tese de candidatura ao grau de doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Ausloos, G (1996) – *A Competência das Famílias: TEMPO, Caos, Processo*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Bulechek, M.; Butcher, K.; Dochterman, J; Wagner, M. (2016) - *NIC - Classificação Das Intervenções de Enfermagem*. 6ª Ed. Elsevier.
- Brito, M (2012). *Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. Tese de doutoramento em enfermagem.
- Campos, C (2018) - *Psicoeducação em Saúde Mental na comunidade: um estudo de caso*. Dissertação Mestrado na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Cardoso, A (2015) – *Competências Parentais: Construção de um instrumento de avaliação*. *Revista de Enfermagem Referência, série IV - n.º4 - jan./fev./mar*.
- Chagas, P (2017) - *A importância da Intervenção Precoce na reorganização das famílias de crianças com NEE*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica volume 2 – Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Chew, J e Haase, A (2016)- *Psychometric properties of the Family Resilience Assessment Scale: A Singaporean perspective*. *Epilepsy & Behavior* 61, 112-119.
- Cordeiro, M, Pasadas, C, Repolho, M, Dias, C, Frade, P, Manarte, L (...) Figueira, M (2013) – *Projecto Terapeutas de Referência*. *Revista de Psiquiatria*. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.
- Costa, J (2011) *A Terapia como Diálogo*. MOSAICO - Revista da Federação Espanhola de Associações de Terapia Familiar. Nº 47 Janeiro.
- Cunha, A e Santos, T (2009) *A Utilização Do Grupo Como Recurso Terapêutico No Processo Da Terapia Ocupacional Com Clientes Com Transtornos Psicóticos: Apontamentos Bibliográficos*. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFS Car, São Carlos, Jul-Dez v. 17, n.2, p 133-146*

- Dewey, J. (1968) – *Expérience et éducation*, Paris, A.colin, pp: 117-123.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Dias, J e Carvalho, J (2017) – *Enfermagem em Pedopsiquiatria: Especificidades do cuidar*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº 17, pp: 65 – 70.
- Direção Geral da Saúde (2017) – *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa.
- Eisler, I, Simic, M, Hodsoll, J, Asen, E, Berelowitz, M, Connan, F (...) Landau, S. (2016) – *A pragmatic randomized multi-centre trial of multifamily and single-family therapy for adolescent anorexia nervosa*. BMC Psychiatry 16:422 pp: 1-14.
- Faleiros, E. (2004) – *Aprendendo a Ser Psicoterapeuta*. Psicologia Ciência e Profissão, 24 (1).
- Fernandes, V (2018) – *Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parentalidade*. Tese de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Figueiredo, M (2009) - *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M (2017) - *Tecendo histórias, Fortalecendo vínculos: a experiência com genogramas em um grupo multifamiliar*. Nova Perspetiva Sistémica, n. 59, p. 87-99, dezembro.
- Gabbard, G (2006) – *Psiquiatria Psicodinâmica*. 4ª Edição, Artmed Editora, Porto Alegre.
- Gomes, I, Lopes, MA, Monteiro, MC, Basto, M, Oliveira, C, Botelho, MA, (...) Henriques, A. (2017) - *Grupo de Suporte a Familiares de Pessoas com Doença Mental Grave: Reequilíbrio da Identidade no Quotidiano*. Revista Pensar Enfermagem Vol. 21 N.º 1 1º Semestre
- Gottlieb, L. (2016) – *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidacta
- Hardfield, K e Ungar, M (2018) – *Family resilience: Emerging trends in theory and practice*. Journal of Family Social Work, vol 21, nº2.

- Jaeger, M, Seminotti, N and Falceto, O. (2011) – Multifamily group therapy for patients diagnosed with eating disorders. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (1).
- Lopes, J (2010) – *O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento*. *Revista Toxicodependências*, volume 16, nº 1.
- Machado, A (2010) - *Resiliência e Promoção de Saúde: Uma relação possível*. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0516.pdf> acessado em 28-03-2019 às 12h:50min.
- Meenaksi, Bharat, P and Rupinder, K (2018) - *Family Resilience and Perceived Social Support among care givers of Children with Autistic Spectrum Disorder*. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 8 (1) January- March.
- Martins, M.H. (2014) - *Resiliência Familiar: Revisão Teórica, conceitos emergentes e principais*. *Cadernos do Grei nº10*, pp: 1-23
- Martins, M.H. (2017) – *Family Resilience – Psychometric Properties of the Portuguese Version of FRAS*, in Book of Abstracts, II International Congress Interdisciplinarity in Social and Human Sciences, (p.73), 11 -12 May, Research Centre for spatial and Organizational Dynamics, University of Algarve.
- Narvaz, M. (2010) – *Grupos multifamiliares: história e conceitos*. *Contextos Clínicos*, vol.3, nº1, pp: 1-9.
- Nichols and Schwartz (1998) - *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos*. Artmed. Porto Alegre.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Pereira, P. (2011) - *5 ritmos de dança – Grupos de dança e movimento como intervenção terapêutica de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Pereira, P e Botelho, M (2014) – *Qualidades do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura*, *Revista Pensar Enfermagem*, volume 18, nº2.
- Polit, D e Hungler, B (1999) – *Nursing Research: principles and methods*. 6ª edição.

- Ponciano, E, Cavalcanti, M e Carneiro T (2009)– *Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica*. Rev. Psiq. Clin. 37(2):43-47
- Relvas, A. (1996) – *O Ciclo Vital da Família – Perspetiva Sistémica*, 2ª edição, Edições Afrontamento.
- Relvas e Major (2016) - *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação*, vol II. Pombalina, Coimbra.
- Rooke, M (2019) – *Resiliência em famílias de crianças com síndrome de Down: Desenvolvimento, implementação de uma intervenção e avaliação de seus efeitos*. Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciências Humanas. Programa de pós-graduação em psicologia.
- Rosa, A (2018) - *Intervenções de Enfermagem baseadas na Promoção das Forças Pessoais de Crianças com Perturbação do Comportamento*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Santos, MC (2015) – *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar, Intervir*. 2ª edição. Edições Silabo.
- Santos, M; Leonidas, C e Costa, L (2016) – *Grupo multifamiliar no contexto dos Transtornos Alimentares: a experiência compartilhada*. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, 68 (3): 43-58.
- Sampaio e Gameiro (2005) – *Terapia Familiar*. 6ª Edição, Edições Afrontamento.
- Sampaio, F, Peres, M, Ribeiro, G, Barreto, A, Teixeira, S e Fernandes, M. (2017) - *Programas de Intervenção Psicoterapêutica Grupal: Implementação e Avaliação num contexto da Prática Clínica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 5, Agosto, 87-92.
- Sampaio, F, Sequeira, C e Canut, T (2018) - *Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios orientadores para a Implementação na Prática Clínica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Nº 19, 77-84.
- Schlithler, A (s.d) - *Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial*.
- Semensato, M et al. (2010) - *Grupo de familiares de pessoas com autismo: relatos de experiências parentais* - Aletheia 32, p.183-194.
- Silva, M, Carneiro, M, Brito, K e Gomes, K (2017) – *O processo de psicoterapia infantil sob uma perspectiva psicanalítica*. Revista Farol, volume 14, nº 4.

- Silva, MRS, Lacharité, C, Silva, P, Lunardi, V e Filho, W (2009) - *Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso*. Texto Contexto Enferm, 18(1): 92-9, Florianópolis.
- Souza, A (2004) - *Grupo Terapêutico: Sistematização Da Assistência De Enfermagem Em Saúde Mental*, Out-Dez; 13(4):625-32.
- Sixbey, M (2015) – *Development of the Family Resilience assessment Scale to identify family Resilience Constructs*. Dissertation presented to the graduate School of the University of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
- Souza, J (2011) *Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental*. Revista de Psiquiatria Clínica, 38(6):254-9.
- Taylor, C. (1992) - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. 13ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Townsend, M (2011) – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Conceitos de cuidado na prática baseada na Evidência*. 6ª edição, Lusociência, Loures.
- Vinogradov, S and Yalom, I (1992) – *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Artes Médica, Porto Alegre.
- Walsh, F. (2016) - *Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible* 55:616–632
- Walsh, F. (2016) - *Processos Normativos da Família – Diversidade e Complexidade*. 4ª edição, Artmed, Porto Alegre.
- Walsh, F. (2005) - *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.
- Walsh, F. (2012). *Facilitating family resilience: relational resources for positive youth development in conditions of adversity*. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: a handbook of theory and practice* (pp. 173-185). New York: Springer Science, Business Media, LLC.
- Wright, L. and Leahey, M. (2011) – *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família*, 5ª edição, São Paulo.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades

ATIVIDADES	2018														2019									
	SE T.	OUTUBRO					NOVEMBRO					DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO				
	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	2	7	14	21	28	4	11	18	25	
	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	28	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	
Estágio na Pedopsiquiatria																								
Estágio na CE Pedopsiquiatria																								
A,B,C,E,F,I,K,L,M,O,P,Q,R,U,V,W,X a), b), d),k),l),n),p),u),x)y)																								
T																								
c)																								
D,E,j),m),t)																								
G,N,S,e),f),q),r),s),w),v)																								
b),h),w)																								
i)																								
H																								
Elaboração do Relatório de Estágio																								

Férias de Natal

Apêndice II - Tabela 1. Experiências vivenciadas pelas crianças/jovens após cada sessão terapêutica de dança e movimento

<u>Coragem</u> (7 C/J) 1 saída 2 saídas	<u>Outono</u> (10 C/J) 1 saída 1 recuou partilhar	<u>Publico/privado</u> (5 C/J) 1 saída	<u>Forças/Fragilidades</u> (10 C/J) 2 saídas 1 recusou partilhar	<u>4 elementos</u> (9 C/J) 1 saída 1 recuou partilhar	<u>Segurança</u> (10 C/J) 1 saída 1 recuou partilhar	<u>Tempo</u> (7 C/J) 1 saída	<u>Saudade</u> (5 C/J) 1 saída	<u>Natal</u> (6 C/J) 2 saídas	<u>Esperança</u> (6 C/J) 1 saída	<u>Emoções</u> (6 C/J)	<u>Transformação/ Mudança</u> (7 C/J) 1 saída 1 recuou partilhar
"senti-me feliz"	"fez-me pensar nas coisas lá de fora, gostei, mas foi difícil"	"foi libertador"	"foi bom, libertador"	"não gostei senti-me confusa"	"senti-me aconchegada e integrada"	"senti que tive tempo, senti-me protegida e envolvida"	"foi bom pois esqueci os pensamentos sobre suicídio"	"senti-me melhor foi bom ver os sorrisos genuínos dos outros, pareciam felizes"	"senti-me bem e feliz, consegui rir-me de mim própria"	"consegui ver toda a gente a sorrir sem máscara"	"senti-me motivada e com energia para mudar, também foi relaxante"
"emocionei-me, mas não consegui chorar apesar de ter vontade, é um ato de coragem"	"senti-me apoiada e incluída"	"fiquei alegre e relaxado"	"foi relaxante e prazeroso"	"foi difícil, senti-me desorganizada e cansada"	"senti conforto"	"senti-me descontraída"	"senti-me normal"	"senti coisas diferentes que não sei definir"	"sinto-me com mais energia"	"senti-me livre, tenho medo de não ser aceite e dificuldade em estabelecer relações com os outros e aqui consegui fazer-lo".	"senti-me livre, feliz e envolvida"
"fiquei surpreendido por conseguir relaxar, para mim é difícil"	"consegui refletir nos problemas lá de fora"	"senti-me livre e consegui transportar o exercício para coisas pessoais"	"senti-me bem, abstraída, deixei os pensamentos lá fora"	"senti o desequilíbrio, a raiva e depois o equilíbrio"	"senti-me aconchegado e com conforto"	"foi importante pensar o tempo, aqui estamos sempre a pensar no tempo futuro, na alta e como será depois"	"foi difícil pelo tema em si"	"se não tivesse vindo ia arrepender-me, foi reconfortante"	"consegui pensar nos objetivos para este ano, bem como possíveis obstáculos/dificuldades"	"permitiu-me expressar sem ser gozada ou criticada, senti-me tranquila"	"senti-me bem, relaxada, suportada e embalada pelo grupo"
"também não consegui chorar embora tivesse vontade, mas senti-me livre"	"senti-me alegre"	"foi diferente e difícil, mas foi bom observar o grupo a dançar, senti-os felizes"	"foi relaxante, senti união"	"permitiu-me gastar energia, senti-me liberta"	"foi incrível, senti-me protegido"	"senti-me alegre"	"foi bom"	"apesar das dores nas costas não foi assim tão mau, senti compaixão"	"deu-me a esperança que precisava nesta fase, ainda bem que vim"	"senti-me feliz e tranquila ao viver todas as emoções"	"senti-me descontraída e divertida"
"já tinha dançado a coragem, mas desta vez foi melhor, soube-me a conquista"	"senti-me envergonhada, mas apoiada pelo grupo"		"foi libertador, sinto que me saiu um peso dos ombros"	"foi bom, senti-me alegre"	"consegui tirar peso dos ombros, senti-me livre"	"senti-me descontraída"			"foi o primeiro momento em que me senti feliz desde que cá estou"	"permitiu-me renovar energias"	"gostei muito, senti-me relaxado"
	"senti-me integrado e consegui refletir nas coisas que preciso mudar"		"senti-me livre"	"foi engraçado"	"senti aconchego e segurança"	"senti-me bem e relaxada"				"senti-me tranquila"	
	"foi bom senti-me seguro"		"senti-me bem mas com alguma irritabilidade"	"foi confuso"	"senti-me em paz"					"senti-me mais tranquila e a conseguir esperar"	
	"senti-me segura e relaxada"				"senti-me livre"					"senti-me aceite, pensava que era impossível dançar as emoções, mas foi natural"	

Apêndice III – Tabela 2. Síntese dos temas abordados nas respectivas sessões terapêuticas de pais (grupo de 2^{af}).

Sessão		Temas Abordados		
1ª	Expectativas individuais;	Esperam aprender com experiências dos outros;	Ajudar com as suas experiências;	Esperança no contributo do grupo;
2ª	Birras/ frustrações;	Noção de temporalidade (épocas festivas);	Limites;	Coerência nas decisões em família;
3ª	Capacidade de expressar sentimentos;	Noção de tempo (planear, organizar);	Importância do brincar na aprendizagem;	
4ª	Birras/ frustrações;	Comunicação em família (adultos e crianças);	Estratégias para fazer diferente;	
5ª	Dar significado à brincadeira ao vivido/criar história;	Segurança rodoviária	Alimentação (dificuldades/ estratégias)	Noção de temporalidade (angústia de separação);
6ª	Diferentes tempos/ ritmos;	Uso da brincadeira para comunicar;	Saber esperar/ ansiedade/ inquietação;	
7ª	Noção de temporalidade (assinalar datas/ mudanças);	Conquistas;	Apoios técnicos na escola;	Ganhar/ perder (expressar sentimentos);
8ª	Medos; Ambiente seguro;	Segurança e confiança;	Atividades escolhidas ou impostas?	Écrans (tv, pc, tablet); mediar conteúdo, programas em conjunto;
9ª	Reforço positivo;	Atividades em conjunto (família);	Autonomia das crianças; Confiança dos pais;	
10ª	Ter e mostrar opinião/ideia/ Vontade;	Respeito pelo outro;	Medos;	
11ª	Medos;	Entrada na escola primária;	Memórias/ experiências de infância dos pais / medos;	
12ª	Sentir fome;	Saber esperar;	Deixou de me chamar pai/mãe;	
13ª	Alimentação;	Brincar/contar histórias;		
14ª	Expressão de sentimentos e emoções;			
15ª	Entrada na escola primária;	Espaço das crianças/ espaço dos pais;	Partilha de festa cultural nepalesa;	
16ª	Expectativas da família alargada face à dificuldade de comunicação;	Capacidade de colocar limites;	Contacto com a natureza;	
17ª	Capacidade de esperar;	Autonomia das crianças; Confiança/exigências da família;	Noção de perigos;	Sono;

Apêndice IV- Tabela 3. Temas abordados durante as sessões terapêuticas de grupo de pais categorizados segundo o modelo de processos chave promotores de resiliência de Walsh.

<u>Processo de Comunicação</u>	<u>Comunicação Familiar e Resolução de Problemas</u>	<p>Birras/frustrações; Noção de temporalidade (épocas festivas); Limites; Capacidade de expressar sentimentos;</p> <p>Noção de tempo (planejar, organizar); Birras/ frustrações; Comunicação em família (adultos e crianças);</p> <p>Dar significado à brincadeira ao vivido/criar história; Alimentação (dificuldades/estratégias)</p> <p>Noção de temporalidade (angústia de separação); Diferentes tempos/ ritmos; Uso da brincadeira para comunicar;</p> <p>Saber esperar/ansiedade/ inquietação; Noção de temporalidade (assinalar datas/ mudanças); Ganhar/ perder (expressar sentimentos);</p> <p>Ter e mostrar opinião/ideia/Vontade; Sentir fome; Saber esperar; Alimentação; Brincar/contar histórias;</p> <p>Expressão de sentimentos e emoções;</p> <p>Capacidade de colocar limites; Capacidade de esperar; Sono; Birras/Frustrações; Noção de tempo; Isolamento junto dos pares;</p> <p>Dificuldade em dizer não/impor limites; Noção de temporalidade/ estações/mudança hora</p> <p>Dificuldade em dizer não/impor limites; Rotinas e hábitos de sono; Sentimentos/estratégias dos pais face às birras;</p> <p>Comunicação, uso das palavras corretamente; Noção de temporalidade; Dificuldade em brincar com os filhos; Noção de temporalidade;</p> <p>Noção de tempo e espaço; Comunicação pais/filhos; Noção de temporalidade; Rotinas; Contar/criar histórias; Rotinas</p>
<u>Padrões de Organização</u>	<u>Utilização de Recursos Sociais e Económicos</u>	<p>Esperam aprender com experiências dos outros; Apoios técnicos na escola;</p> <p>Ajudar com as suas experiências; Segurança rodoviária; Valorização da experiência de partilha em grupo pelos pais;</p> <p>Importância dos diferentes apoios/recursos para os filhos; grupo como recurso para poder falar das preocupações;</p> <p>Vizinhos como recurso em situações adversas;</p>

<u>Padrões de Organização</u>	<u>Ligações Familiares</u>	<p>Importância do brincar na aprendizagem; Coerência nas decisões em família; Écrans (tv, pc, tablet); mediar conteúdo, programas em conjunto;</p> <p>Atividades escolhidas ou impostas? Atividades em conjunto (família); Respeito pelo outro; Espaço das crianças/ espaço dos pais;</p> <p>Expectativas da família alargada Angústia de separação; Angústia de separação; Angústia de separação;</p> <p>Papel da família alargada na dinâmica familiar; Consistência das decisões dos pais Brincadeiras pais/filhos;</p>
<u>Sistema de Crenças</u>	<u>Visão/ Perspetiva positiva</u>	<p>Esperança no contributo do grupo; Conquistas; Ambiente seguro; Reforço positivo; Autonomia das crianças;</p> <p>Confiança dos pais; Autonomia das crianças; Confiança/exigências da família; Reforço positivo das competências dos filhos.</p> <p>Reforço positivo das conquistas; Importância do ganhar/perder;</p>
	<u>Espiritualidade Familiar (crenças)</u>	<p>Medos; Medos; Entrada na escola primária; Memórias/ experiências de infância dos pais / medos; Deixou de me chamar pai/mãe;</p> <p>Entrada na escola primária; Partilha de festa cultural nepalesa; Positivo/Negativo Sentimentos de culpa nos pais;</p> <p>Estimulação dos sentidos (animais, texturas ao ar livre); Referências culturais dos países de origem; Entrada na escola primária; Contacto com a natureza;</p>
	<u>Capacidade de dar sentido à adversidade</u>	<p>Expectativas individuais; Segurança e confiança; Sentimentos no desempenho do papel parental;</p> <p>Estratégias para fazer diferente; Noção de perigos</p>

Apêndice V – Tabela 4. Resumo de atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio para desenvolver as competências do EESMP

Intervenções/ atividades Competências	Internamento	Comunidade
2ª Competência do EESMP	<p>Foi possível desenvolver um contacto e cuidado com crianças/jovens e famílias de forma individualizada e em grupo apenas com crianças/jovens;</p> <p>● Foi possível desenvolver um contacto e cuidado com crianças/jovens e famílias de forma individualizada e em grupo apenas com crianças/jovens;</p>	<p>● Foi possível desenvolver um cuidado mais centrado na família, tanto de forma individual como em grupo;</p> <p>● Na atividade psicoterapêutica de dança e movimento pude desenvolver “Projectos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições” (F2.3.3, OE, 2018).</p>
3ª Competência do EESMP	<p>Foi possível avaliar fatores promotores e protetores assim como fatores predisponentes de perturbação mental, bem como avaliar capacidades e recursos internos e externos. Ao efetuar um acompanhamento mais individualizado pude ainda perceber o impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida da criança/jovem bem como na sua família.</p> <p>● Foi possível estabelecer diagnósticos, identificar resultados esperados, por exemplo com implementação de ‘plano comportamental’, ‘plano por etapas’ e outras intervenções individualizadas incluídas no plano de cuidados e projeto terapêutico, trabalhando em equipa de multiprofissionais “respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem” (F3.3.1, OE, 2018).</p>	<p>● Com o desenvolvimento do projeto em grupo multifamiliar pais pude desenvolver “medidas de suporte aos cuidadores” (F2.3.3, OE, 2018) e ainda neste contexto pude contribuir com “programas de promoção da saúde mental, (...) em escolas e outros sistemas, visando a redução de factores de stress (...) bem como programas de intervenção precoce” (F2.3.4, OE, 2018), nomeadamente ao trabalhar em parceria com jardins de infância e centros de saúde.</p> <p>Foi possível identificar problemas e necessidades específicas bem como identificar o impacto dos fatores de stress dentro do contexto familiar tal como preconizado na terceira competência do EESMP.</p> <p>● Foi possível colaborar com o trabalho desenvolvido ao nível de “projectos de desenvolvimento Comunitário Participativo para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais. (F.3.3.3, OE, 2018), tal como já referido trabalhando em parceria com os jardins de infância e centros de saúde. Simultaneamente neste contexto com o desenvolvimento do projeto com grupo terapêutico multifamiliar (pais) foi-me também possível dar resposta ao preconizado em (F3.3.4, OE, 2018) “Concebe, coordena e implementa, projectos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré - natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens”, bem como “Promover e reforçar as capacidades das famílias”. (F3.4.5, OE, 2018).</p>
4ª Competência do EESMP	<p>Foi possível utilizar “técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (F4.2.5, OE, 2018) bem como “técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema” (F4.2.2, OE, 2018) tanto através da atividade terapêutica de dança e movimento, bem como do grupo terapêutico de pais. Foi ainda possível implementar “intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições” (F4.2.1, OE, 2018), ao nível do internamento centradas nas transições saúde/doença/internamento/alta, bem como nas transições de desenvolvimento psico-social, sendo que no contexto comunitário a transição do ciclo vital da família com todas as suas necessidades/dificuldades esteve em destaque na intervenção em grupo multifamiliar mas também em acompanhamentos individuais.</p>	

ANEXOS

**Anexo I – Autorização/esclarecimentos da autora da tradução e
validação da FRAS.**



Maria Helena Venâncio Martins <mhmartin@ualg.pt>

Qua 16/05/2018 18:17

Você



Ola Sara,

Fico bastante satisfeita com o seu interesse na escala que estou a adaptar. Tenho já resultados com uma amostra significativa e que foram apresentados num congresso, embora não tenha ainda publicado nada, embora tenha algumas alunas que já apresentaram teses de mestrado com base nestes resultados

Estou a continuar a trabalhar nela pois pretendo para além da análise já efetuada alargar a amostra e realizar uma análise confirmatória pelo que necessito aumentar a amostra.

Caso pretenda trabalhar com ela podemos marcar um encontro para lhe dar os materiais e explicar o processo que estou a seguir, sendo que penso que poderia depois incluir os seus dados na minha amostra para realizar a análise confirmatória. O que acha?

Diga-me o que pensa ser adequado para si.

Os meus cumprimentos,

Helena Martins

De: Sara Martinho <saralex_ix3@hotmail.com>

Enviado: sábado, 13 de outubro de 2018 19:54

Para: Maria Helena Venâncio Martins

Assunto: EnF SARA MARTINHO (LISBOA) - ESCALA (FRAS)

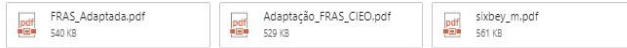
Na sequência dos e-mails anteriores e após telefonema venho então relembrar o pedido de ajuda para utilização da escala FRAS no meu projeto de mestrado. Recomecei este mês de Outubro e segunda feira iniciarei o trabalho com o grupo de famílias e para tal gostaria de aplicar o questionário da FRAS pelo que solicito os instrumentos de que dispõe se possível até segunda-feira. Vou também estar presente no congresso ibérico de terapia familiar (Coimbra) sendo que gostaria de estar mais informada sobre a mesma para melhor me fundamentar pois considero-a o instrumento mais adequado ao meu projeto.



Maria Helena Venâncio Martins <mhmartin@ualg.pt>

Qui 18/10/2018 17:37

Você



3 anexos (2 MB) | Baixar tudo | Salvar tudo no OneDrive

Ola Sara,

aqui vão alguns documentos sobre a FRAS. Envio-lhe também a tese que a autora me enviou.

Alguma questão diga-me.

Bom trabalho.

HM

**Anexo II – Consentimento Esclarecido para Participação em
Estudos de Investigação em Saúde.**

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

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

Área/Unidade: _____

Título do estudo: *Sumário da Reunião Técnica e Intervenções de Formação em questões multifamílias*

Procedimentos principais: *Apresentar estudos com pais, responsáveis, consentimento e relatórios de estudo; Disponibilizar a matéria de consentimento, assinatura, modelo e situações de consulta da mesma; Explicar que não se trata de um estudo de campo sendo os dados de participação explicados tendo a quem o investigador (Dona Guilherma) como cliente, a nível dos mesmos. Liberar o monopólio dos dados, bem como divulgação e publicação.*

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

Assinatura do investigador: *Sara Guilherma*

Nº mec. Cédula Profissional | 7 | 2 | 9 | 9 | 1 |

Data: | 1 | 9 | | 1 | 0 | | 2 | 0 | | 1 | 8 | Contacto telefónico: *966231075*

A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal

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

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

Identificação*: _____

Assinatura*: _____ Data: ____/____/____

Qualidade do Representante Legal*: _____

Documento de identificação e número: _____

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

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