



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

**A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de  
Doença Mental**

**Marta Daniela Prata Lopes**



**Lisboa  
2022**



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

**A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de  
Doença Mental**

**Marta Daniela Prata Lopes**

---

**Orientador: Professora Maria Isabel Costa e Silva**

---

**Lisboa  
2022**

*“A esperança, só a esperança, nada mais, chega-se a um ponto em que não há mais nada senão ela, é então que descobrimos que ainda temos tudo.”*

José Saramago

## **AGRADECIMENTOS**

À Sra. Professora Doutora Ana Melo por ter iniciado este percurso comigo, pela dedicação e pela partilha dos seus conhecimentos que tanto me fizeram crescer, enquanto pessoa e enquanto profissional.

À Sra. Professora Isabel Costa e Silva que me começou a orientar no decorrer deste percurso. Obrigada pela paciência.

Aos profissionais que me acompanharam neste percurso, mas em especial à Enfermeira Isabel e à Enfermeira Ana Bela pela generosidade, pela partilha de conhecimentos e de experiências que me estimularam a ser melhor enfermeira.

Às pessoas com experiência de doença mental pela confiança e disponibilidade.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Andreia, à Ana Máisa, à Nânci e à Sónia, pelas partilhas, pelo humor, pelas discussões saudáveis, por todo o apoio e pela amizade que floresceu.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e motivação, principalmente à Irina, pela pessoa luz que é e por ser um dos meus grandes exemplos nesta arte do cuidar. Também à Carla, à Isabel, à Catarina e à Débora por me mostrarem que no trabalho também se formam amizades para a vida. Ao André, por me apoiar e me incentivar e acreditar em mim.

À Clínica da Baía, principalmente à Dra. Ana e ao Engenheiro Júlio, pela compreensão durante a realização deste relatório.

À Liliana, à Andreia pela preocupação e pelo humor. À Rita, por ser a pessoa com quem partilho as minhas angústias, com quem desabafo, pelas palavras de coragem, pelas risadas e pelas lágrimas que me limpou e por ser uma pessoa que faz o sol brilhar mesmo no meio das nuvens.

Aos meus pais, por terem sido neste percurso o meu porto de abrigo, por cuidarem de mim, pela compreensão das minhas ausências e por me motivarem à realização deste percurso. À minha irmã por partilhar o seu sorriso comigo, mesmo nos dias maus.

## **LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS**

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa

CE – Consulta Externa

CNS – Concelho Nacional de Saúde

ECT – Eletroconvulsivoterapia

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional

IMC – Índice de Massa Corporal

IPA – Internamento de Psiquiatria de Agudos

MCTD – Métodos Complementares de Terapêutica e Diagnóstico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PNSM – Programa Nacional de Saúde Mental

SU – Serviço de Urgência

USM – Unidade de Saúde Mental

VD – Visita Domiciliária

## RESUMO

A esperança é considerada como um determinante de saúde, tendo efeitos a nível da prevenção da doença mental, do suicídio, do *stress* do cuidador e auxilia no *recovery* da pessoa com experiência de doença mental. Por sua vez, a desesperança é um dos fatores de suicídio e de desenvolvimento de doenças físicas e mentais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela proximidade que tem das pessoas a quem presta cuidados tem o dever de avaliar este sentimento de desesperança e intervir neste. Na sua intervenção, o enfermeiro deve fazer utilização terapêutica de si mesmo para desocultar a esperança do outro.

Os objetivos do estágio foram: Desenvolver atividades promotoras de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo por base o autoconhecimento e a autoconsciência; identificar as necessidades e problemas da pessoa com experiência de doença mental; compreender o impacto da esperança na pessoa com experiência de doença mental; desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico promotoras de esperança.

Para a realização das intervenções de enfermagem foi tida em consideração a Teoria Transpessoal do Cuidar de Jean Watson, a qual considera como um dos fatores do cuidar a fé-esperança, sendo que o enfermeiro não pode ignorar o papel que a esperança tem na vida da pessoa, capacitando-a para encontrar o seu próprio sentido de esperança.

O estágio dividiu-se em dois contextos (comunitário e hospitalar), onde foram desenvolvidas sessões individuais, com atividades terapêuticas promotoras da esperança.

As intervenções de enfermagem promotoras de esperança implementadas durante o estágio contribuíram para o aumento dos níveis de esperança, existindo algumas mudanças. Assim, torna-se importante uma sensibilização para esta temática nos cuidados de saúde e nos diversos contextos.

**Palavras-chave:** Esperança; Doença Mental, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

Hope is considered as a determinant of health having effects on the prevention of mental illness, suicide, caregiver stress and assists in the recovery of the person with mental disorder's experience. In turn, hopelessness is one of the suicide factors and development of physical and mental diseases.

The Specialist Nurse in Psychiatric-Mental Health, due to the proximity of the people to whom they care, has the duty to evaluate this feeling of hopelessness and intervene in this. In their intervention, nurses should make therapeutic use of themselves to unhide the hope of the other.

The objectives of the internship were: develop activities that promote personal and professional development, based on self-knowledge and self-awareness; identify the needs and problems of the person with mental disorder's experience; comprehend the impact of hope on the person with experience of mental illness; develop hope promoting psychotherapeutic interventions.

For the performance of nursing interventions, Jean Watson's Transpersonal Theory of Caring was taken into account, which considers faith-hope as one of the factors of care, and that nurses cannot ignore the role that hope has in the person's life, empowering them to find their own sense of hope.

The internship was divided into two contexts (community and hospital), where individual sessions were developed, with hope promoting therapeutical activities.

The hope promoting nursing interventions implemented during the internship contributed to the increase of the levels of hope, having some changes. Thus, it is important to raise awareness of this theme in health care and in the various contexts.

**Keywords:** Hope; Mental Disorders, Psychiatric Nursing.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. QUADRO DE REFERÊNCIA .....	13
1.1. A Doença mental .....	13
1.2. A Esperança .....	14
1.2.1. Intervenções promotoras de esperança .....	18
1.3. A esperança na Teoria Transpessoal do Cuidar de Jean Watson .....	20
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	23
2.1. Contexto comunitário .....	23
2.1.1. Caracterização da Unidade Comunitária .....	23
2.1.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário .....	24
2.1.3. Reflexão acerca do percurso desenvolvido no estágio em contexto comunitário .....	35
2.2. Contexto Hospitalar .....	36
2.2.1. Caracterização do serviço de internamento .....	37
2.2.2. Atividades desenvolvidas em contexto hospitalar .....	38
2.2.3. Reflexão acerca do percurso desenvolvido no estágio em contexto hospitalar .....	47
3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	49
3.1. Aquisição das Competências Comuns do EE e de Mestre .....	49
3.2. Aquisição das Competências Específicas do EEESMP .....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

## APÊNDICES

APÊNDICE I – *SCOPING REVIEW*

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO HERTH HOPE INDEX

APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA

APÊNDICE IV - SESSÃO “OBJETIVOS DE VIDA”

APÊNDICE V - SESSÃO “SÍMBOLOS DE ESPERANÇA”

APÊNDICE VI - SESSÃO “CARTAS DE GRATIDÃO”

APÊNDICE VII – SESSÃO “PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA”

APÊNDICE VIII – SESSÃO “RELAXAMENTO”

## ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO CURSO DE *MINDFULNESS*

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio pretende refletir o percurso que realizei com o intuito de adquirir e desenvolver as competências presentes no Regulamento nº 140/2019 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as que se encontram presentes no Regulamento n.º 515/2018 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e as competências do grau académico de mestre, presentes no Decreto-Lei 65/2018. Inicialmente foi realizado um projeto de estágio intitulado “Promoção da Esperança na pessoa com Experiência de Doença Mental”, o qual foi posteriormente implementado nos contextos de estágio. O estágio foi realizado primeiro em contexto comunitário, numa Unidade de Saúde Mental (USM) na área metropolitana de Lisboa, tendo início a 11 de outubro de 2021 e término a 10 de dezembro de 2021. O segundo contexto de estágio, que decorreu num serviço de Internamento de Psiquiatria de Agudos (IPA) da área metropolitana de Lisboa, iniciou a 13 de dezembro de 2021 e terminou a 25 de fevereiro de 2022.

Na minha prática de cuidados num serviço de neurocirurgia, torna-se necessário a mobilização de conhecimentos de saúde mental para prestação de Cuidados Centrados na Pessoa (CCP), onde os valores, as preferências e as necessidades da pessoa e da família orientam os cuidados prestados, o que conduz a uma parceria entre os profissionais de saúde e a pessoa alvo de cuidados (McCormack, et al., 2015). Os clientes a quem presto cuidados, muitas vezes, durante o seu internamento, recebem diagnósticos que mudam a sua vida e que, por vezes, culminam em doenças crónicas, pois estas tendem a ser de longa duração e resultam da combinação de vários fatores, nomeadamente genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, tal como descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021a). Ao surgir uma doença crónica de forma inesperada, a pessoa e família podem ter sentimentos de desesperança e de desespero, tal como o relatado nos estudos de Batista (2016) e Balsaneli, Grossi & Herth (2011).

Segundo a OMS (2002), as doenças mentais são consideradas doenças crónicas. Estima-se que em Portugal, segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019), a doença mental tenha uma prevalência de cerca de 22,9%, o que

coloca o país em segundo lugar entre os países europeus, com destaque para a depressão. O Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), realizado pela Direção Geral de Saúde (2017) destaca que as pessoas com experiência de doença mental vivem mais anos, contudo com incapacidade, o que acarreta uma sobrecarga para a sociedade. De acordo com os dados apresentados pela OMS (2021b), em Portugal foram relatados, no ano de 2019, cerca de 1172 casos de suicídio, surgindo assim uma taxa de suicídio de 11,5 por cada 100000 habitantes, sendo o responsável por 14,628 anos potenciais de vida perdidos. Um dos fatores suicidários poderá ser a desesperança, que consiste na “(...) distorção cognitiva caracterizada pela perceção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros, pelo sentimento de falhanço e pela perceção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 58).

Por este motivo, o sentimento de desesperança na pessoa com experiência de doença mental tem sido uma preocupação para mim, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), no qual se torna impreterível intervir. Esta perspetiva tem por base considerar que as pessoas com experiência de doença mental sejam alvo de cuidados por parte do EEESMP, pois este “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427).

Como referencial teórico, foi selecionado a filosofia do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. O cuidado transpessoal ocorre quando são prestados cuidados que permitem a libertação de sentimentos, o que por sua vez, conduz a que a pessoa alvo de cuidados compreenda melhor a condição da sua alma (Watson, 2002a). Assim, os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar as pessoas a adquirirem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, o que por sua vez leva ao autoconhecimento, à autocura e ao autocuidado, permitindo o crescimento da diversidade. Watson (2002a) defende que na prestação de cuidados, torna-se necessário ter em consideração os diversos fatores do cuidar, salientando-se a fé-esperança.

Considerando as necessidades das pessoas com experiência de doença mental, defini como orientadora a seguinte questão: “Quais as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança no adulto com experiência de doença mental?” Assim, com o intuito de dar resposta a esta questão, defini como objetivos:

- 1) Desenvolver atividades promotoras de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo por base o autoconhecimento e a autoconsciência;
- 2) Identificar as necessidades e problemas da pessoa com experiência de doença mental;
- 3) Compreender o impacto da esperança na pessoa com experiência de doença mental;
- 4) Desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico promotoras de esperança.

O conteúdo deste relatório foi consolidado através da pesquisa bibliográfica, sendo realizada uma *scoping review*, utilizando o protocolo do Joanna Briggs Institute, publicado por Peters, Godfrey, Mclnerney, Baldini, Khalil & Parker (2017). Para tal, foi utilizado o motor de busca EBSCO, no qual foram utilizadas as bases de dados CINAHL e MEDLINE. Utilizou-se na pesquisa os seguintes descritores: HOPE AND Nursing OR Psychiatric Nursing OR Nurs\* OR Hope Instillation AND Adult OR Middle ag\* OR young adult AND Mental illness OR Chronic Mental Illness OR Chronic Mental Disorder OR Mental Disorder. Foram incluídos artigos que tivessem menos de cinco anos, em língua portuguesa e inglesa, texto integral e que englobassem intervenções especializadas de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança na saúde e na doença mental. Foram excluídos artigos cuja amostra não fossem pessoas com experiência de doença mental com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Após a aplicação destes critérios, obtiveram-se cinco artigos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Foi também realizada pesquisa em livros de enfermagem, obtendo-se um capítulo de um livro de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como no Google Scholar, obtendo-se um artigo (Apêndice I). Para o enquadramento teórico, foram também utilizados artigos que se obtiveram durante a pesquisa, contudo sem efeito diretamente na pergunta orientadora.

Foram consultados documentos da Ordem dos Enfermeiros, bem como da OMS.

Este relatório encontra-se organizado em quatro partes: 1) quadro de referência, onde se irá explanar o conceito de esperança, bem como a filosofia do Cuidado Transpessoal, que sustenta as intervenções realizadas; 2) descrição das atividades realizadas durante o percurso do estágio; 3) aquisição das Competências do EEESMP, bem como a sua análise; 4) considerações finais, na qual se avalia a consecução dos objetivos propostos, assim bem como os contributos profissionais e pessoais, assim como as sugestões para melhoria da prática de cuidados.

# 1. QUADRO DE REFERÊNCIA

O presente capítulo inclui o referencial teórico que enquadra a problemática da doença mental e da esperança, bem como dá suporte à execução das intervenções realizadas em estágio. Assim, são mobilizados o conceito de esperança, a Teoria do Cuidado Transpessoal e as intervenções de enfermagem especializadas promotoras de esperança.

## 1.1. A Doença mental

A saúde não significa apenas a ausência de doença. Este conceito engloba também o bem estar físico, mental e social (OMS, 2001). Assim, para esta, o facto de existir um desequilíbrio a nível físico, mental ou social, significa que a pessoa encontra-se em situação de doença. Deste modo, segundo a OMS (2014), a saúde mental caracteriza-se por um estado de bem estar, em que cada pessoa consegue realizar o seu próprio potencial, é capaz de lidar com as situações de vida stressantes que são mais comuns. Trabalha também de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar contributos para a comunidade. A pessoa, segundo Sequeira & Sampaio (2020), para ter saúde mental, deve ter a capacidade de “estabelecer relações ajustadas com o outro; participar construtivamente com o meio e o ambiente; resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos; investir em realizações sociais” (p. 3).

Neste sentido, de acordo a OMS (2001, 2010; 2014) torna-se importante ter em consideração os determinantes de saúde mental:

- **Individuais:** autoestima; pensamento positivo; estratégias de *coping*; controlo emocional; resiliência; autonomia; alfabetização, esperança.
- **Familiares:** vinculação entre pais e filhos; o apoio familiar; ambiente seguro.
- **Sociais:** integração em grupos na comunidade; apoio social; estruturas sociais adequadas.

A doença mental “(...) é a desarmonia ou desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade da pessoa, entendendo-se por personalidade os traços próprios e as características constituídas a partir dos fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos, de aprendizagem, etc.”

(Sequeira & Sampaio, 2020, p. 4). Esta é influenciada por fatores biológicos, nomeadamente genéticos, psicológicos e sociais e é necessário que para serem consideradas doenças, esse desequilíbrio ou desarmonia seja continuada ou recorrente e causem alguma perturbação do funcionamento pessoal. Assim, a doença mental tem impacto na funcionalidade da pessoa, não só pela sintomatologia, mas também pela discriminação e pela impossibilidade de participarem em atividades laborais ou de lazer (OMS, 2001). De acordo com a mesma (2001), esta influencia também a família, sendo que a doença mental tem consequências psicológicas, financeiras, alterações das rotinas e restrição de atividades sociais.

A esperança encontra-se também intimamente ligada à experiência de doença mental, sendo que nos momentos de crise, a pessoa torna-se mais consciente da sua necessidade da mesma, bem como da sua desesperança (Cutcliffe & Herth, 2002b). Querido & Dixe (2016) citando a OMS (2010) também salientam a esperança como um determinante de saúde, sendo que esta é um preditor de saúde mental mais forte do que a doença mental. A esperança, de acordo com as autoras referidas anteriormente (2016), previne a depressão, bem como o suicídio. Também segundo Ngubane, McAndrew & Colier (2018) e Lim, Li, Xie, Tan & Lee (2019) defendem que esta é uma das pedras angulares do *recovery*, nutrindo a motivação para a pessoa com experiência de doença mental reconstruir a sua vida. Para além disto, a esperança tem um efeito mediador de experiências espirituais, do sentido de vida e do bem estar psicológico.

## **1.2. A Esperança**

No nosso quotidiano, frequentemente os conceitos de religião e de espiritualidade se confundem, contudo importa salientar que estes são distintos. O conceito de religião tem uma forte conotação de natureza política e social, tendo crenças, normas e costumes partilhados por uma comunidade (Van Niekerk, 2018). Por sua vez, a espiritualidade, de acordo Cruz & Aquino (2020) citando Giovanetti (2008) “(...) designa toda a vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem e o leva à integração pessoal e à integração com outros homens” (p. 91). Assim, a espiritualidade e a esperança encontram-se intimamente ligadas, no sentido em que a “(...) espiritualidade é

uma dimensão importante de esperança e um elemento capacitador de melhoria na doença, por isso, proporcionador de qualidade de vida” (Domingos & Faria, 2018, p. 457).

Dufault & Martocchio (1985) definem a esperança como uma força de vida multidimensional e dinâmica, que se caracteriza pela expectativa de atingir um objetivo pessoalmente significativo. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2019), a esperança é uma “(...) emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.”(p.53). Também Herth (2005), reconhece a esperança como uma força vital multidimensional, complexa e dinâmica, onde esta fortalece as defesas psicológicas e fisiológicas, aquando a ocorrência de situações de maior vulnerabilidade, como por exemplo, situações de doença, dificuldades de vida e a morte. Assim, a esperança é transversal a diversas áreas como a medicina, a psicologia, a filosofia e a enfermagem.

Na área da psicologia, destaca-se a psicologia positiva, a qual tem três pilares de investigação, nomeadamente a experiência subjetiva, as características pessoais e as instituições e comunidades. Nesta linha de pensamento, a esperança encontra-se associada à experiência subjetiva e é vista como uma das principais bases de funcionamento psíquico e do processo da estruturação de subjetividade, o que conduz as pessoas a acreditarem em resultados positivos (Faria et al, 2021).

De acordo com Cutcliffe & Herth (2002a), na filosofia, o existencialismo pode ser considerado como a filosofia do desespero, ou seja, o oposto da esperança. Contudo, segundo os mesmos autores (2002a), Marcel, filósofo contemporâneo existencial, defende que a nossa existência é finita, individual e específica, em que cada individuo tem potencial para fazer a diferença no mundo. Isto só se consegue através da comunicação e da interação com o outro, o que oferece infinitas oportunidades de crescimento pessoal, sendo possível o Homem ter uma alma que existe pela esperança.

Na área de medicina, o conceito de esperança ganhou destaque devido ao psiquiatra americano Karl Menninger. Este defendia que os profissionais de saúde podem ser uma fonte de esperança e que devem promovê-la junto das

peças a quem prestam cuidados, sendo esta essencial na prestação de cuidados (Cutcliffe, 2009, Querido, 2015).

Na enfermagem, o conceito começou a ganhar destaque com Madeline Valliot, na década de setenta. Valliot defendia que a esperança é essencial à vida, encontrando-se presente nas relações e pode ser influenciada pelas ações de outrem. Para além disso, esta defendia também que inspirar esperança deve ser uma prática constante no local de trabalho e que quando o enfermeiro não instila esperança às pessoas alvo de cuidados, não promove o seu *recovery* (Cutcliffe, 2009).

Em 1985, Dufault & Martocchio, apresentam o modelo de esperança. Neste modelo, o conceito de esperança é visto como subjetivo, pois o significado do mesmo varia de pessoa para pessoa, apresentando assim múltiplos significados, sendo também dinâmico, pois ao longo da vida da pessoa, o seu significado poderá mudar, assim como os níveis de esperança poderão variar.

Segundo os mesmos autores (1985), a esperança é concetualizada em duas esferas: esfera particularizada e a esfera generalizada. Na esfera particularizada, a esperança relaciona-se com um resultado que a pessoa valoriza ou com um objeto específico, enquanto que na esfera generalizada, não existe um objeto promotor de esperança, sendo esta referente a um bem estar, cujo desenvolvimento é indeterminado.

No presente modelo encontram-se também seis dimensões, nomeadamente:

- Dimensão afetiva: Foca-se nas emoções e nas sensações referentes ao processo de esperança;
- Dimensão cognitiva: Enfoque no processo através do qual a pessoa imagina e deseja a esperança, ou seja, a pessoa reconhece o objeto, avalia a realidade e identifica os fatores promotores e inibidores de esperança;
- Dimensão comportamental: a esperança encontra-se orientada para a ação e para a motivação com o intuito da realização da mesma;
- Dimensão afiliativa: a esperança encontra-se associada à autotranscendência, às relações com o outro, à vinculação, à reciprocidade e à intimidade;

- Dimensão temporal: foca-se na experiência de esperança da pessoa, considerando-se o passado, o presente, e à posteriori é dirigida para o futuro;
- Dimensão contextual: as situações vividas pela pessoa podem influenciar o processo de esperança, sendo incluídas as habilidades que a pessoa possui, o bem-estar, a independência, entre outros.

Apesar de existirem outros modelos de esperança, optei pela utilização do modelo de Dufault & Martocchio (1985), pois as autoras realçam o papel do enfermeiro na promoção e na manutenção da esperança da pessoa alvo de cuidados. Salienta-se também que os enfermeiros têm a obrigação ética de promover a esperança e são consistentemente identificados como fontes de esperança pelas pessoas a quem prestam cuidados, ao longo da vida e do continuum saúde-doença (Herth, 2005).

Na sua prática, o EEESMP deve ter em consideração que a desesperança encontra-se associada a uma maior incidência de doenças físicas e mentais. Por sua vez, a esperança tem como benefícios melhores níveis de *coping*, um sistema imunitário mais fortalecido e uma melhoria da qualidade de vida (Cutcliffe & Herth, 2002c)..

Torna-se também importante ter em consideração fatores determinantes de esperança, nomeadamente, de acordo com Gallagher & Lopez (2013) e Schrank, Bird, Rudnick & Slade, (2011), a autoeficácia, a autoconfiança, a autoestima, a resiliência e o *empowerment* para lidar com situações adversas, sendo áreas onde o EEESMP pode intervir.

O EEESMP na sua prática, deverá ter em consideração o suporte social e familiar da pessoa com experiência de doença mental. Lim, Li, Xie, Tan & Lee (2019) defendem que os relacionamentos com a família e com a comunidade são promotoras do *recovery*. Também Muir-Cochrane, Lawn, Coveney, Zabeen, Kortman & Oster (2018) referem que as pessoas com experiência de doença mental que têm uma rede de apoio experimentam uma maior autonomia, fomentando uma autodeterminação, o que oferece esperança para o futuro.

Para a avaliação da esperança, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, o Hope Herth Index com o objetivo de medir a esperança na prática clínica na pessoa em contexto de final de vida. (Herth, 1992). Posteriormente, o

Hope Herth Index foi validado para a população portuguesa com doença crónica. Esta escala contém 12 itens e são classificados em quatro categorias: discordo totalmente; discordo; concordo e concordo totalmente, sendo atribuída uma pontuação de “1” a “4”. Assim, a pontuação varia entre 12 e 48, sendo que quanto menor o valor, menor é o nível de esperança (Viana, 2010).

Nesse âmbito, foi enviado um pedido de autorização aos responsáveis pela validação da escala, de forma a poder utilizá-la como instrumento de avaliação diagnóstica, na implementação deste projeto nos locais de estágio (Apêndice II).

O EEESMP, pela proximidade que tem das pessoas a quem presta cuidados, tem o dever de realizar uma avaliação do sentimento de desesperança (Efstathiou et. al, 2018).

### **1.2.1. Intervenções promotoras de esperança**

Também Travelbee (1971) citado por Herth (2005), refere que a enfermagem tem como objetivo ajudar a pessoa a lidar com as experiências da sua vida e pelo facto dos enfermeiros estarem próximos destas podem influenciar o sentimento de esperança das mesmas.

Contudo, para este poder intervir, é importante que tenha a perceção da sua própria esperança. Quando o EEESMP realiza intervenções promotoras de esperança, este faz uma utilização terapêutica de si mesmo e é considerado como um instrumento de forma a desocultar a esperança da pessoa a quem presta cuidados (Stavarski, Robbi, Alexander, Ortiz, Wasser, 2018; Querido, 2020). Também Chalifour (2008) reconhece a esperança como uma das atitudes que se deve manifestar na prática profissional, sendo que tem como efeitos “(...) alívio do sofrimento moral, cura, mudança de comportamento, etc” (p.210). O mesmo autor (2008) salienta também que para que existam mudanças, é necessário que o interveniente deva ter confiança nas intervenções que irá utilizar e nas possibilidades de esperança do cliente.

Para a realização da avaliação da esperança, de acordo com Querido (2020), poderá ser utilizada uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de identificar os objetos e os fatores promotores e inibidores de esperança. Foi assim elaborado um guião de entrevista (Apêndice III).

Durante a entrevista, é importante ter em consideração expressões como “(...) “já não vale a pena...” “Deixei de acreditar...”; “tudo está perdido...” “Já não sou mais nada...” ou “vivemos um dia de cada vez...” . “Isto vai lá... só não sei como...”, “a esperança é a última a morrer...” (...), sendo que estas são indicadoras da necessidade de esperança (Querido, 2018, p. 7). Segundo a mesma autora (2018), o não verbal também poderá constituir indicadores de desesperança, como por exemplo, tristeza e perda de iniciativa.

A desesperança pode ser reduzida através de intervenções psicoterapêuticas adequadas (Efstathiou et. al, 2018).

Querido & Dixe (2016) referem que o fortalecimento das redes de apoio é uma das intervenções promotoras de esperança. A realização de cartas terapêuticas é uma das intervenções que o EEESMP poderá implementar, bem como a realização de um grupo de apoio (Querido, 2012; Dias, Valentim, Seabra & Nogueira, 2019)

Tal como o descrito por Dias, Valentim, Seabra & Nogueira, (2019) é importante definir objetivos realistas e atingíveis, sendo que estes são componentes do processo de esperança. O EEESMP, de acordo com Querido (2020), deverá assistir na identificação de recursos, bem como de obstáculos para a obtenção de objetivos realistas, e auxiliar na realização de um plano para execução dos mesmos e na sua avaliação.

São também identificadas como intervenções promotoras de esperança: a identificação de símbolos de esperança; a elaboração de Kit de esperança; o diário de gratidão/cartas terapêuticas; a criação de narrativas terapêuticas; relembrar memórias do passado; a promoção da autoestima e da autoeficácia; incorporar a espiritualidade e o bem-estar nestas (Querido & Dixe, 2016; Dias, Valentim, Seabra & Nogueira, 2019).

Ursuliak, Hughes, Crocker, MacKenzie & Tibbo (2019), Stavarski, Robbi, Alexander, Ortiz & Wasser (2018) e Kimuma, Kimuma, Choeb & Kimb (2017) destacam a utilização de mediadores expressivos, como as mandalas, a música ou a utilização de plasticina como promotores de esperança, sendo que estes permitem que as pessoas reconheçam as suas capacidades.

O Kit Esperança consiste na elaboração de uma caixa que contenha objetos, imagens ou desenhos que possam aumentar a esperança da pessoa com experiência de doença mental. Pretende-se que esta através deste Kit

relembre as suas memórias relativas a experiências passadas, que lhe transmitam alegria e a partilha de histórias que possam promover esperança aos outros (Querido, 2012; 2020).

As cartas terapêuticas, de acordo com Paiva & Rasesa (2012) são centradas no cliente, onde os eventos relevantes são interligados, registando os progressos deste, permitindo olhar para o futuro com esperança e realismo. Pretende-se que estas atuem como um veículo para a promoção da mudança, o que mobiliza pensamentos motivadores, forças individuais e conselhos (Paiva & Rasesa, 2012). Para além disto, as cartas terapêuticas ajudam a identificar sentimentos, promovem as relações entre o cliente e família e facilitam o empowerment, o que por sua vez promove a esperança (Querido, 2012 citando Prasko et al., 2009).

A promoção da autoestima é considerada um determinante de esperança (Gallagher & Lopez, 2013 e Schrank, Bird, Rudnick & Slade, 2011). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2019), esta consiste na opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades. Uma baixa autoestima torna os indivíduos mais suscetíveis ao consumo de droga e/ou tabaco e de virem a desenvolver uma doença psiquiátrica (Paixão, Patias & Dell'Aglio, 2018).

O relaxamento através de imaginação com imagens positivas, de acordo com Querido (2012) citando Aubuchon (1990), aumenta os níveis de esperança e é considerado uma estratégia de *coping*. De acordo com Payne (2003), o relaxamento é um estado de consciência, no qual se obtêm sensações agradáveis e afastam-se pensamentos desagradáveis ou que possam gerar *stress*. Assim, o relaxamento tem como objetivo prevenir as consequências fisiológicas do *stress*, aliviar este e desenvolver competências mentais para lidar com o mesmo.

### **1.3. A esperança na Teoria Transpessoal do Cuidar de Jean Watson**

Desde que a vida é gerada, o cuidar encontra-se presente de forma a permitir que esta continue a desenvolver-se, tal como o descrito por Collière (1983). Em enfermagem, o cuidar é considerado como a essência e o foco central da sua

prática. A enfermagem é vista como uma ciência humana e uma arte, em que o enfermeiro deve utilizar novas lentes com o objetivo de ver esta de uma nova forma e apreciar a sua beleza e humanidade (Watson, 2002a).

Watson (2002a) vê a pessoa como um ser único, em que a “(...) a mente é inseparável do corpo (...)” (p.51). Assim, esta possui três esferas do ser, nomeadamente, corpo, alma e mente, sendo que a mente é o ponto de acesso às restantes esferas. Quando existe um desequilíbrio da alma, poderá existir um mal-estar, que por sua vez pode culminar no aparecimento da doença. De acordo com a mesma autora (2002a) o *stress* relaciona-se tanto com a doença física, como com a doença mental e pode conduzir ao aparecimento de depressão, ansiedade, baixa autoestima, hipertensão arterial, cancro, entre outras.

No processo do cuidar, o enfermeiro pretende ajudar as pessoas a adquirirem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, o que conduz ao autoconhecimento, à autocura e ao autocuidado, enquanto permite o crescimento da diversidade. Pretende também ajudar as pessoas “(...) a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença” (Watson, 2002a, p.87). Ao cuidar, é importante demonstrar reverência pelo cliente e pela vida humana, pela autonomia e pela liberdade deste. No processo do cuidar, o enfermeiro é visto como coparticipante, existindo um elevado valor na relação terapêutica, em que cada um dos participantes traz para aquele momento o seu passado único e pessoal, “(...) estando ambos influenciados e afectados pela natureza da transacção, que por sua vez se torna parte da história de vida de cada pessoa” (Watson, 2002a, p.104).

Assim, o cuidar

“transpessoal refere-se a uma relação intersubjectiva, de pessoa-para-pessoa, que inclua dois indivíduos, num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois, ligando outras dimensões de ser e uma consciência mais profunda/ mais elevada, é tão importante para curar como o são as nossas abordagens convencionais de tratamento, e são possivelmente mais poderosas a longo prazo” (Watson, 2002b, p. 114)

O cuidado transpessoal ocorre quando o enfermeiro é capaz de identificar a condição da alma, sentir a emoção e a união com o outro, podendo expressá-la, o que permite que a pessoa alvo do cuidar liberte os seus sentimentos. Neste

processo, de acordo com a mesma autora (2002b), é preciso considerar o poder do amor, da fé/esperança, compaixão, consciência e acesso a uma fonte de energia, pois estas serão mais importantes e poderosas para o processo de cura. Na teoria do Cuidar Transpessoal, são abordados dez fatores, nomeadamente

“sistema de valores humanísticos-altruístas; fé-esperança; sensibilidade para consigo e para com os outros; relação de cuidar, ajuda-confiança; expressando sentimentos positivos e negativos; processo de cuidar criativo na resolução de problemas; ensinar-aprender transpessoal; ambiente sustentador, protector, e/ou correctivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente; assistência às necessidades humanas; forças existenciais-fenomenológicas-espirituais” (Watson, 2002a, p.130).

Em 2005, Jean Watson reformulou a sua teoria, desenvolvendo o processo Caritas Clinical, em que os fatores do cuidar são redefinidos para Caritas Processes, sendo o 2.º fator a fé-esperança (Watson, 2008). A autora considera que não se pode ignorar o papel que a esperança desempenha na vida das pessoas, principalmente quando confrontadas, com o desconhecido, crises de doença, dor, situações de luto, desespero, entre outras. Assim, o enfermeiro, na sua prestação de cuidados, ao escutar a pessoa, permite que o sistema de crenças desta seja tido em consideração, capacitando-a para encontrar o seu próprio sentido de esperança.

Considera-se assim a promoção da esperança como uma das intervenções especializadas de enfermagem, sendo responsabilidade do EEESMP a promoção desta na pessoa com experiência de doença mental.

## **2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

No presente capítulo pretende-se apresentar os contextos onde foram realizados os estágios. Será também explanada de forma detalhada a implementação do projeto e como foram adquiridas e desenvolvidas as competências do EEESMP.

Os nomes apresentados neste capítulo são fictícios, com o intuito de proteger a identidade das pessoas com experiência de doença mental a quem foram prestados cuidados.

### **2.1. Contexto comunitário**

O estágio em contexto comunitário decorreu na Unidade de Saúde Mental (USM) pertencente a um hospital central da área metropolitana de Lisboa, de 11 de outubro de 2021 a 10 de dezembro de 2021. Na realização deste, foram implementadas as intervenções delineadas no projeto, indo ao encontro dos meus objetivos, já descritos previamente.

#### **2.1.1. Caracterização da Unidade Comunitária**

Nesta unidade são prestados cuidados de saúde a pessoas com idade superior a 18 anos com o diagnóstico clínico de Esquizofrenia, Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), Depressão Major, Psicose e Perturbações da Personalidade, entre outros. As pessoas são referenciadas pelos Cuidados de Saúde Primários ou após terem alta hospitalar do serviço de Internamento Psiquiatria Agudos (IPA). Estima-se que a presente unidade dê resposta a 3000 clientes.

Funciona de segunda a sexta-feira, contudo à sexta-feira encontra-se encerrado à população, sendo realizadas as reuniões de equipa multidisciplinar, onde discutem situações clínicas. Às terças-feiras, são realizadas visitas domiciliárias (VD), de forma a prestarem cuidados às pessoas com dificuldades de se deslocarem até à USM, bem como para se perceberem o meio onde a pessoa com experiência de doença mental está inserida e perceberem quais as necessidades desta e família.

A equipa é constituída por três enfermeiras, médicos psiquiátricos, psicólogos, assistentes técnicos, assistente social e assistente operacional. A

USM utiliza o modelo do técnico de referência, onde a pessoa com experiência doença mental é acompanhada preferencialmente por um técnico de referência e este articula com os restantes membros da equipa e da comunidade. O enfermeiro, por norma, é o técnico de referência das pessoas com experiência de doença mental que realizam medicação injetável, sendo que estas têm consultas de enfermagem com maior periodicidade do que com os restantes profissionais. A periodicidade normalmente é definida pelo tipo de medicação injetável que é administrada ou mediante a necessidade da pessoa. Estas consultas têm como objetivo abordar diversas temáticas como a responsabilização para a elaboração de um projeto de vida, a adesão ao regime terapêutico, bem como a hábitos de vida saudáveis, sendo utilizadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais.

A USM realiza referenciação para diversas instituições e projetos, com o intuito de promover a reabilitação psicossocial. São também realizadas referenciações para os Cuidados de Saúde Primários, ou para consultas de outras especialidades.

No período em que decorreu o estágio na USM, havia um grupo de metacognição no qual não tive oportunidade de participar devido ao contexto de Pandemia COVID-19. Antes da Pandemia COVID-19, existia um grupo de apoio às famílias das pessoas com experiência de doença mental, que foi suspenso, devido ao confinamento. Neste grupo eram realizadas 12 sessões, quinzenalmente, onde abordavam diversas temáticas, como a fisiopatologia da doença, a adesão terapêutica, a comunicação, entre outros, de forma a capacitar as famílias. Estava previsto o grupo reiniciar em janeiro de 2022.

Apesar deste grupo ter sido interrompido durante a pandemia, a pessoa com experiência de doença mental era incentivada, se assim pretendesse, a trazer a pessoa de referência, de forma a ser realizada psicoddedução e disponibilizados contactos, caso esta necessitasse de comunicar com algum dos profissionais da USM.

### **2.1.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário**

No início do estágio, tive cerca de duas semanas de integração, nas quais observei as consultas realizadas pela enfermeira orientadora, tendo eu posteriormente a oportunidade de realizar as mesmas, com supervisão. Nestas

semanas, estive atenta à comunicação verbal e não verbal da enfermeira orientadora e dos clientes que recorriam à consulta, assim como às intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas realizadas. Percecionei também as maiores dificuldades dos clientes, os fatores protetores que têm para fazer face a estas e de que forma estes influenciam o *recovery* da pessoa com experiência de doença mental. Na realização de consultas de enfermagem, observei a interação entre a pessoa e respetiva família e o impacto que a experiência de um dos membros tem na restante família. Isto despertou-me ainda mais para a importância de englobar a família nos cuidados prestados à pessoa, de forma a poder prestar Cuidados Centrados na Pessoa (CCP).

No decorrer do estágio, realizei consultas de enfermagem a diversos clientes, nas quais avalei o estado mental da pessoa, realizei intervenções psicoeducacionais acerca dos sinais de agravamento da doença, bem como de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação, cessação tabágica, hábitos de sono e importância de atividade física, percecionando-se o grau de motivação para adesão ao plano terapêutico. Abordei também o projeto de vida e quais as ações que poderia desenvolver, de forma a ir ao encontro deste. Ao demonstrar motivação para a mudança, a pessoa foi estimulada a definir pequenos objetivos realistas e estratégias em conjunto com a equipa de saúde. Nas posteriores consultas em conjunto com a pessoa, foi avaliado se esta conseguiu pôr em prática o que ficou estabelecido na consulta anterior e como se sentiu.

Também tive a oportunidade de realizar VD a uma pessoa com experiência de doença mental que se encontrava em abandono terapêutico. A VD foi realizada com o objetivo de promover a adesão ao regime terapêutico, bem como avaliar as condições habitacionais. Esta constituiu um desafio para mim, pois senti medo, tendo esta experiência sido alvo de um jornal de aprendizagem. Quando eu e a Enfermeira Orientadora chegámos ao domicílio da Sra. D. Joana, esta encontrava-se aos gritos, com postura ameaçadora, inclinada para a frente, o que foi considerado como um comportamento agressivo (Townsend, 2011). Senti-me imobilizada, tal como o descrito por Goleman (2012), quase que como bloqueada, em que estava a tentar tomar uma decisão sobre o que fazer, se saía ou se permanecia ali, porque um dos motivos da agressividade da Sra. D.<sup>a</sup> Joana, era a minha presença. No entanto, também tive

receio de deixar a Enfermeira Orientadora sozinha, pois as medidas de de-escalada não estavam a surtir efeito. Esta deu-me indicação para sair, o que fiz. Quando a VD terminou e a orientadora saiu, tive uma sensação de alívio, por saber que a agressividade apenas tinha sido verbal. Esta situação fez-me refletir no que eu poderia ter feito de diferente e o que fazer em situações futuras. Considero que seria importante ter questionado diretamente a Sra. D.<sup>a</sup> Joana, em vez do filho, se poderia entrar, de forma a que esta não sentisse tanto que eu estava a invadir o seu espaço. Esta situação demonstrou-me a importância das técnicas de de-escalada do comportamento agressiva, sendo que estas são essenciais para prevenir o mesmo, tal como o descrito por Mavandadi, Bieling & Madsen (2016). Assim, torna-se importante perceber qual o real motivo da raiva sentida; auxiliar a pessoa a perspetivar os acontecimentos de forma mais positiva, identificando os vários fatores envolvidos; auxiliar na satisfação das necessidades e sugerir estratégias de *coping*; descentrar a pessoa daquele estímulo, conversando sobre tópicos do seu interesse com a intenção de despoletar emoções mais positivas; facilitar o autocontrolo, promovendo a existência de um local seguro onde a pessoa possa descarregar a sua frustração (Price et al., 2018). Estas aprendizagens foram colocadas em prática, numa situação à posteriori, no meu contexto de trabalho, onde me senti mais confiante para a utilização destas técnicas de de-escalada do comportamento agressivo.

Ao longo do estágio, também tive a oportunidade de intervir junto de uma cliente, sobre a qual realizei um estudo de caso e a quem foram implementadas as sessões acerca da esperança, planeadas no projeto. Estava planeado a realização destas em grupo, todavia pelas questões da pandemia COVID-19, não existiriam condições para que tal acontecesse, tendo de ser adaptadas para sessões individuais.

A Sra. D.<sup>a</sup> Cristina, de 65 anos, diagnosticada com PAB em 2015, estava reformada por invalidez. Morava com os cunhados, a filha destes, o companheiro e a sogra na casa desta, após ter sido despejada da sua casa, por falta de pagamento das rendas, há dois anos. Em 2015, iniciou quadro de delírios persecutórios e místicos, com diminuição das horas de sono. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por cefaleias, sendo observada por Neurologia. Posteriormente, foi encaminhada para a Psiquiatria, por apresentar os delírios e elação do humor. Permaneceu internada durante 26 dias. Após alta, foi

encaminhada para a USM, onde foram identificados os diagnósticos de enfermagem: adesão ao regime terapêutico comprometido e consciencialização comprometida. A Sra. Cristina faltava às consultas de enfermagem. Nas consultas médicas, recusava realizar medicação injetável, porque se “sentia bem”.

Aquando do despejo da sua casa, de acordo com o diário clínico, iniciou quadro de heteroagressividade com aumento da energia, diminuição das horas de sono e com “bastantes projetos”, sendo emitido um mandato de condução. No SU, à observação, com aspeto descuidado, madeixas rosa no cabelo, unhas pintadas com cores diversas. Apresentava-se com delírios persecutórios e de grandiosidade. Sem insight para a sua situação de doença, sendo internada em regime compulsivo durante 22 dias. Tem alta em regime de ambulatório compulsivo. Após alta, mantém absentismo às consultas de enfermagem, faltando um a dois meses e após a equipa da USM contactar o companheiro, retoma novamente à consulta para realização de medicação injetável. Depois de um dos períodos de absentismo, a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina retomou as consultas de enfermagem, o que coincidiu com o início do meu estágio, permitindo que fossem desenvolvidas as sessões para a promoção da esperança. Foram realizadas cinco sessões, sendo uma destas em conjunto com a assistente social.

### **1.<sup>a</sup> Sessão – Objetivos de Vida**

Na primeira sessão, pretendeu-se que a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina identificasse objetivos futuros (Apêndice IV). Esta sessão, vai também ao encontro das dimensões cognitiva, comportamental e temporal do modelo de Dufault & Martocchio (1985).

Nesta sessão, observei que a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina apresentava um olhar evitante, verbalização diminuída, passividade e avolia. A cliente partilhou comigo uma das suas preocupações, nomeadamente o peso, pois sentia-se com excesso de peso, apesar de apresentar um Índice de Massa Corporal de 21,08. Quando a questioneei acerca das suas atividades de vida diárias, referiu “*Não tenho vontade de fazer nada em casa, mas pronto, tenho de ajudar a minha sogra, porque ela tem alguns problemas de saúde*” (sic). Alargou-se a questão da desmotivação a outras atividades do quotidiano, onde mencionou “*Eu gosto*

*de realizar várias coisas, como andar a pé, ou desenhar, mas ultimamente não tenho tido vontade para a realização de nada” (sic).*

Apliquei a escala Hope Herth Index, para avaliação diagnóstica, obtendo um score de 34 em 40. Assim, de acordo com a escala não apresentava desesperança. Contudo, as verbalizações em que não se sentia motivada para a realização de atividades e a postura corporal, nomeadamente olhar evitante, discurso diminuído, passividade na prestação de cuidados, foram consideradas como sinais de desesperança, tal como o descrito por Querido (2018).

Assim, nesta sessão, pedi que a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina identificasse os seus objetivos de vida e ações que poderia realizar para os obter. Definiu como objetivos a aquisição de uma casa para morar com o companheiro, sendo que realizou um pedido de alojamento na câmara municipal. Delineou também como possível ação a procura de anúncios *online* ou nos jornais de casas ou quartos. Outro dos objetivos que mencionou foi a aquisição de óculos novos, tendo estabelecido o prazo de duas semanas para a aquisição destes.

Esta primeira sessão foi desafiante, principalmente por alguma insegurança da minha parte, por não ter experiência na área de saúde mental e psiquiátrica. Contudo, de acordo com Benner (2001), por encontrar-me num estado “proficiente”, sendo que consigo transferir o saber adquirido noutras experiências para novas situações e priorizar as situações foi um fator que contribuiu para que eu me sentisse menos insegura. Outro dos fatores que contribuiu para tal, foi o facto de estar habituada a realizar de forma sistemática a avaliação do estado mental das pessoas a quem presto cuidados.

Quando a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina descreveu a forma como se sentiu devido à mudança para casa da sogra, identifiquei um processo de contratransferência. Num dos momentos da sessão, eu disse *“Com o dinheiro que poupa do injetável, poderia poupar para realizar uma viagem” (sic)*. Esta afirmação fez-me refletir sobre a sua pertinência e até que ponto eu não estaria a colocar ali os meus desejos, em vez dos da cliente, tendo ficado desconfortável. Senti que tinha centrado a abordagem em mim e não na pessoa a quem estava a prestar cuidados. Poderia ter questionado *“Agora que não necessita de comprar a medicação injetável, tem algum plano para esse dinheiro?”(sic)*. Deste modo, poderia identificar os desejos e objetivos da própria, de que forma esta pensava colocá-los em prática, conhecendo melhor os recursos da cliente. Apesar deste

momento particular, foquei-me maioritariamente na Sra. D.<sup>a</sup> Cristina e na sua experiência de vida única.

Considero que o facto de ter demonstrado uma atitude de respeito, autenticidade e compreensão empática, promoveu um clima de confiança, que permitiu que a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina explorasse e partilhasse vários aspetos acerca de si, tal como o descrito por Chalifour (2008), sendo esta a base para a construção de uma relação terapêutica.

Futuramente, penso que seja importante, tal como o descrito por Phaneuf (2005), uma maior observação do meu comportamento, dos meus sentimentos e a modificação destes. Para tal ser possível, é necessário continuar a investir num maior nível de autoconsciência e autoconhecimento, indo de encontro ao mencionado na primeira competência do Regulamento n.º 515/2018 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (p. 21428).

Os diagnósticos de enfermagem, efetuados de acordo com a taxonomia NANDA, de Herdman & Kamitsuru (2018), foram: **Desesperança; Regulação de humor prejudicada; Distúrbio na autoimagem corporal**. Perante estes, planeei a seguinte sessão, onde iria começar a intervir na desesperança.

## **2.<sup>a</sup> Sessão – A esperança**

Nesta sessão foi notória a mudança na aparência da Sra. D.<sup>a</sup> Cristina. Tinha pintado o cabelo, o que lhe conferia um aspeto mais cuidado e observava-se um olhar menos evitante. Nesta sessão, apesar do discurso ser provocado, esta respondeu às questões realizadas e permitiu a exploração das respostas.

Comecei por realizar uma síntese da sessão anterior e por questionar como a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina descreveu como se sentiu durante a semana. Referiu ter marcado a consulta de optometria, para posterior aquisição dos óculos.

Esta sessão teve como objetivo a identificação de símbolos de esperança, bem como de fatores promotores ou inibidores de esperança (Apêndice V). Para tal, foi realizada uma entrevista semiestruturada para compreender o significado de esperança para a cliente, indo ao encontro às várias dimensões do modelo

de Dufault & Martocchio (1985), nomeadamente cognitiva, contextual, afetiva, afiliativa e temporal.

A cliente identificou como símbolo da esperança a natureza, sendo que *“Eu gosto muito da natureza, pois apesar das adversidades e da destruição causada pelo Homem, ela consegue sempre dar a volta à situação e renascer. Assim também é a esperança”* (sic). Enumerou como fontes de esperança o seu companheiro Miguel, como um suporte, que a encoraja na adversidade, bem como a sua irmã, que se encontra emigrada, mas com a qual tem contacto através das redes sociais. Como fontes de desesperança, descreveu o facto de *“estar a viver em casa da minha sogra. Tínhamos o nosso espaço... Foi a casa onde passei a minha infância, perdi tudo o que lá tinha... A minha sogra trata-me bem, mas não é a mesma coisa que termos o nosso espaço”* (sic). Outro dos fatores de desesperança é o facto de não ter nenhuma ocupação. Mencionou ter vontade de fazer algum curso de estética ou de desenho no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) ou até de trabalhar a tempo parcial em algo relacionado com costura. Como a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina referiu que gostava de desenhar, foi estimulada à realização de um desenho onde estivesse presente algo que representasse a esperança. Optou-se pelo desenho, pois a expressão plástica promove a criatividade e a descoberta de novos recursos, que contribuem para o aumento da esperança da pessoa com experiência de doença mental (Querido & Dixie, 2016 citando Solli et al., 2013). Por não existir material de desenho na USM, pediu-se à Sra. D.<sup>a</sup> Cristina que em casa, realizasse o desenho solicitado anteriormente e o trouxesse na consulta seguinte, proposta que aceitou.

Por a cliente se encontrar reformada por invalidez e querer trabalhar em part-time, foi solicitada a colaboração da assistente social. Foi também marcada uma consulta de enfermagem para dali a duas semanas.

### **Sessão conjunta com a Assistente Social**

Nesta sessão estava presente eu, a Sra. Enfermeira Orientadora e a Assistente Social. Estabeleceu-se como objetivo informar das questões legais acerca do trabalho em part-time ou da realização de cursos no IEFP. Informou-se a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina que o facto de estar reformada impossibilitava estas opções.

Após isto, foi questionada acerca do que gostaria de fazer, respondeu que gostava de concluir o 9.º ano de escolaridade. Assim, sugeri que esta fosse à escola, informar-se acerca desta opção, pretendendo responsabilizar a mesma pelo seu processo de *recovery*. Pois, tal como o descrito por Phaneuf (2005), o enfermeiro deverá “encorajar a pessoa a identificar, nomear as suas dificuldades, a vê-las nas suas verdadeiras dimensões, a descobrir os seus recursos para lhes fazer face: empenhá-la num processo activo, mudá-la do estado de paciente para o de interveniente na sua própria situação” (p. 12).

Nesta sessão, foi evidente o fácies triste e a postura cabisbaixa da Sra. D.ª Cristina, após lhe ter sido comunicado que esta não poderia trabalhar nem realizar um curso. Observei também o olhar mais evitante do que relativamente à sessão anterior, o que pode ser um sinal de tristeza ou depressão, tal como o mencionado por Phaneuf (2005). Também pode ser considerado um sinal de desesperança.

Nesta sessão, senti-me triste com o facto de perceber que existem poucos recursos na comunidade. O *recovery*, de acordo com Webster (2017), é influenciado pelo suporte social e pelas políticas de saúde. Isto fez-me perceber o longo caminho que o nosso país tem de percorrer para promover o *recovery* da pessoa com experiência de doença mental. Neste caminho é importante a participação do EEESMP, o que vai ao encontro da Unidade de Competência F 4.3.1, presente no Regulamento n.º 515/2018 - Competências do EEESMP “concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra” (p. 21430).

### **3.ª Sessão – “Cartas terapêuticas”**

Esta sessão teve como objetivo relembrar acontecimentos positivos, através da elaboração de cartas terapêuticas (Apêndice VI).

Nesta consulta, a Sra D.ª Cristina já tinha adquirido os óculos, referindo sentir-se agradada com esta compra. Mencionou que foi à escola obter informações acerca da possibilidade de concluir o 9.º ano de escolaridade, mas decidiu que não seria a opção mais conveniente, devido à interferência na sua rotina familiar. Após isto, mostrou-me o desenho sugerido na semana anterior. Pedi-lhe que explicasse o seu desenho, a qual afirmou “*desenhei a minha*

*sobrinha... As crianças são a esperança do nosso planeta. Elas com aquilo que aprendem na escola, podem fazer a diferença e ajudar os mais velhos a terem hábitos que possam salvar a natureza*” (sic). Questionei a cliente de como se sentiu quando realizou o desenho, tendo esta respondido que se sentiu bem, mas que antes desenhava melhor. Tive a necessidade de responder “*O desenho está muito giro*” (sic). Após ter dito isto pensei “*Será que não dei espaço para ela expressar algo mais?*”; “*Porquê a minha necessidade de ter respondido desta forma, enquanto poderia ter questionado: o que a leva a dizer isso?*” (sic), o que iria permitir a criação de espaço para que esta se expressasse.

Nesta sessão, a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina foi estimulada a escrever uma carta a alguém, onde enumerasse os motivos pelos quais fosse grata. Por referir não se sentir à vontade para escrever a carta de agradecimento naquele momento, pediu para a realizar no seu domicílio.

Ainda nesta sessão, a cliente volta a partilhar a sua preocupação com o peso e por conseguinte com a autoimagem. Começou por perguntar “*Acha que estou mais gorda, Enfermeira?*”(sic), tendo eu devolvido “*O que a leva a questionar isso?*”(sic). Ao que esta respondeu que não sabia, mencionando também “*Não sinto nada diferente... Mas tenho medo de estar gorda*” (sic). Comecei por explorar donde é que vinha esta preocupação, tendo esta respondido que “*desde pequena recordo que me sentia angustiada com o peso. Sabia que tinha de emagrecer, quando tinha mais bochechas... Não gostava de me ver...*”(sic). Referiu que na adolescência, a situação agravou-se com as alterações corporais. Apesar de não identificar nenhum fator predisponente a esta preocupação, relatou que a mãe tinha excesso de peso e que não gostava da sua autoimagem. Quando abordei a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina acerca de um internamento anterior, num serviço de IPA, devido ao diagnóstico de anorexia nervosa, esta referiu que não queria falar acerca dessa altura da sua vida e que estava curada. Por a cliente mencionar uma preocupação relativa à sua imagem corporal, sugeri a realização de um autorretrato, para trazer na próxima sessão, pois “o trabalho de arte, assim como um trabalho de criação, tem valor terapêutico-curativo, ambos para visualização e como uma forma de expressão.” (Watson, 2002b, p.194).

Foi realizada uma intervenção psicoeducacional acerca da sua doença, dos sinais de agravamento e da importância da adesão ao regime terapêutico.

Estas têm como objetivo “(...) ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa” (Regulamento n.º 356/2015, 2015, p. 17039).

No final da sessão, sugeri à Sra. D.<sup>a</sup> Cristina o ingresso numa instituição com atividades que promovem a reabilitação psicossocial, sendo explicadas quais as atividades existentes.

No final da sessão, foi salientado que na próxima semana, a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina traria o autorretrato e a carta de gratidão e que iríamos realizar a referenciação para a instituição de reabilitação psicossocial.

Durante a sessão, foi notório que a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina dirigiu-me o olhar quando falou comigo, o que não aconteceu nas sessões anteriores. A postura de passividade, relativamente aos cuidados também se encontrava diminuída. Quando comecei a falar das questões da autoimagem e da autoestima, a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina ficou desconfortável. Nesse momento, encolheu os ombros, o que pode ser, tal como o descrito por Phaneuf (2005), visto como um sinal de baixa autoestima. O seu desconforto ainda foi mais perceptível quando esta referiu que não queria falar acerca do seu internamento. Ao mudar o tema, a postura da cliente voltou a estar mais tranquila. Apesar de se abordarem assuntos com um grande impacto emocional, a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina referiu que se sentia bem com a realização destas sessões e que a ajudavam no seu quotidiano.

Quando a temática incidiu nas questões da autoimagem e da autoestima, senti-me desconfortável. Identifiquei-me com a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina, pois as questões da autoimagem e autoestima foram algo que marcaram a minha adolescência, existindo um fenómeno de identificação, em que por momentos, relembrei alguns dos sentimentos vivenciados nessa fase da minha vida. Neste sentido, tornou-se essencial ter algum distanciamento de forma a não tomar o que ela estava a sentir como parte de mim, sendo que “o enfermeiro está envolvido exteriormente, ao passo que o utente sente a dor de dentro e sabe que é o seu corpo, a mente e a alma que são afectados.” (Watson, 2002a, p. 115). Tive a perceção que abordei as questões tendo por base a minha experiência pessoal, o que vai ao encontro do descrito por Watson (2002a), em que cada pessoa traz para a relação no aqui-agora, o seu passado único e casual. Ao longo da relação terapêutica, apesar de algumas semelhanças, foquei-me na

Sra. Cristina e na sua experiência de vida única, tal como o mencionado por Chalifour (2009) citando Jourard (1974), “(...) embora o terapeuta reconheça estas afinidades, deve esforçar-se por oferecer cuidados que não sejam determinados em função das suas preferências, mas das características e das solicitações reais do cliente.” (p.64).

#### **4.ª Sessão – Promoção da autoestima**

Esta sessão decorre três semanas após a última e teve como objetivo a promoção da autoestima (Apêndice VII).

Na sessão, a cliente referiu que se tem sentido bem e que tem estado mais motivada na realização das suas atividades. Verbalizou não ter realizado a carta, pedida na sessão anterior, pois não se encontrava inspirada, nem tinha tido vontade de o fazer, contudo realizou o desenho conforme tinha sido combinado anteriormente, o qual mostrou. Sobre a realização do desenho, afirma “*senti-me bem... acho que ficou melhor que o outro*” (sic).

Assim, foi pedido que refletisse e, numa folha de papel, enumerasse características corporais que considera positivas e negativas. Após isto, pediu-se que descrevesse o seu desenho, falando acerca de si, onde abordaria os aspetos negativos, mas focar-se-ia mais nos aspetos positivos. Relativamente ao desenho, a Sra. D.ª Cristina refere “*No meu corpo, gosto muito das minhas mamas e dos meus braços. Gosto dos meus braços porque são finos e acho que tenho um busto bonito. (...) Não gosto das minhas coxas e da minha anca, apesar de haver formas de valorizar mais o que gosto*” (sic). Acerca das características pessoais menciona “*Gosto do facto de ser criativa, de gostar de ajudar os outros e de ser uma lutadora, mas não gosto desta falta de vontade de fazer as coisas que sinto*” (sic). Após reflexão, a cliente concluiu que as fases em que andava mais “irritada” com o seu corpo, se relacionava com as suas emoções e com as situações do seu quotidiano. Foi estimulada a enumerar estratégias de *coping*, que contribuíssem para a sua autoestima, tendo esta identificado algumas que considerava possíveis de realizar. Já no final desta sessão, a Sra. D.ª Cristina questiona acerca da carta de gratidão, se existiria alguma outra forma de fazer, sendo que não gosta de escrever.

Foi sugerida a realização de um diário de gratidão, em que esta identificava três aspetos do seu dia pelos quais é grata. Foi proposto que nesta

sessão, verbalizasse três desses aspetos, tendo referido “*As coisas boas do meu dia de hoje foram ter uma casa para dormir e comida, estar um dia de sol e o estar aqui com vocês*” (sic). Como esta seria a penúltima sessão, foi pedido que desse feedback acerca das sessões, a qual afirmou que se sentia melhor. A Sra. D.<sup>a</sup> Cristina referiu que estava a gostar e que se sentia melhor com estas. Foi agendada uma nova sessão para a semana seguinte, que seria a última, tendo faltado.

Foi contactada a instituição de reabilitação psicossocial, para saber do processo de admissão da cliente, a qual nos informou que as tentativas de contacto telefónico para a entrevista, não obtiveram sucesso. Denotaram-se, ao longo do estágio, alterações na postura da Sra. D.<sup>a</sup> Cristina, nomeadamente no olhar, demonstrava vontade para a realização de algumas atividades e menos passiva relativamente aos cuidados prestados. Não houve oportunidade para voltar a aplicar a escala Hope Herth Index- validado para a população portuguesa. Contudo, relativamente aos indicadores da NOC (2016), de Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, a Sra. D.<sup>a</sup> Cristina expressa vontade de viver, demonstra prazer de viver, expressa sentido para a vida e apresenta objetivos de vida.

### **2.1.3. Reflexão acerca do percurso desenvolvido no estágio em contexto comunitário**

Durante este estágio, vivenciei vários sentimentos, nomeadamente a frustração, pois muitas vezes não compreendia o abandono dos clientes da consulta, sendo que referiam que esta era benéfica e que conseguiam dar resposta a algumas das situações para as quais procuravam ajuda, o que não era congruente o que diziam querer e o seu comportamento. Tive receio destes sentimentos se imporem na relação terapêutica, pois quando aquilo que a pessoa vive “não é consonante com os valores e crenças do interveniente, este terá tendência para o julgar, ter ideias, preconcebidas e negativas acerca dele, estar menos disponível para o escutar, lhe impor a sua opinião e valores” (Chalifour, 2008, p.152).

Contudo, tive a consciência que não se prendia com o facto de as suas atitudes não estarem em consonância com os meus valores, mas também com a minha necessidade de salvar as pessoas. Surgem-me algumas questões que

são constantes mesmo noutras situações “*Porquê esta necessidade de salvar os outros?*” e “*Salvá-los de quem?*”. Após algum tempo de reflexão acerca do assunto, conclui que existia aqui um processo de contratransferência. Esta ocorre quando o profissional de saúde desloca para a pessoa alvo de cuidados padrões de comportamentos ou reações emocionais, como se ele fosse alguém significativo para o profissional de saúde (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). Houve a necessidade de realizar um percurso de desenvolvimento pessoal, em que a aceitação incondicional pelo outro estivesse presente, sendo que para tal é necessário, tal como o descrito por Rogers (2010), que o terapeuta aceite as atitudes da pessoa a quem presta cuidados, sejam estas positivas ou negativas. Caso isto não ocorra, a pessoa não pode mudar nem desenvolver-se naqueles aspetos que o terapeuta não consegue aceitar completamente.

Neste estágio, existiram várias situações de transferência e contratransferência que foram alvo de reflexão. Considero que tive facilidade em identificá-las, bem como identificar a causa, mas senti dificuldade em lidar com o que sentia. Nessas alturas, senti a necessidade de pedir *feedback* à Enfermeira Orientadora. Algumas das vezes, obtive como resposta que estava a ser assertiva e a clarificar os papéis da pessoa alvo de cuidados e o meu, tal como o descrito por Chalifour (2008).

Neste percurso, foi possível desenvolver a minha capacidade de aceitação. A aceitação dos meus sentimentos e de não sentir culpa pelos mesmos, ou de impor limites/clarificar papéis na relação terapêutica. A autoconsciência, tal como o descrito por Goleman (2012), foi fundamental, pois permitiu a avaliação da emoção noutra perspetiva e assim algumas pequenas mudanças neste sentido.

## **2.2. Contexto Hospitalar**

Este estágio foi realizado num hospital central da área metropolitana de Lisboa. Decorreu de 13 de dezembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022. Na realização deste, foram implementadas as intervenções presentes no projeto, sendo delineadas outras atividades de forma a ir ao encontro das necessidades dos clientes internados no serviço.

### **2.2.1. Caracterização do serviço de internamento**

Neste serviço, encontram-se internadas pessoas com idade superior a 18 anos. Os principais diagnósticos clínicos são: Esquizofrenia, PAB, Depressão Major, tentativas de suicídio, Psicoses, Síndromes demenciais e alterações cognitivas do desenvolvimento, cuja sintomatologia se encontre em fase aguda. Tem uma lotação de 28 camas, existindo duas camas por quarto. O número de camas foi variando ao longo do estágio, devido à necessidade de isolamento profilático por COVID-19 dos doentes internados.

No momento da admissão, é atribuído um enfermeiro de referência, que por norma é quem acolhe a pessoa no primeiro internamento ou o enfermeiro que tenha determinadas características que se adequem àquela situação específica. O serviço funciona em regime fechado, sendo apenas permitida a saída do serviço para realização de Meios Complementares de Terapêutica e de Diagnóstico (MCTD). As pessoas internadas neste serviço não utilizam roupas próprias, sendo fornecidos fatos de treino para vestirem durante o dia e pijamas durante a noite.

O IPA tem duas salas para realização de atividades ocupacionais e intervenções psicoterapêuticas, com televisão numa delas. Tem também uma sala de fumo que foi desativada na sequência da Pandemia COVID-19, a qual passou a ser utilizada como sala de estar dos clientes. Como existia esta restrição, foi oferecida a possibilidade de prescrição de pensos Transdérmicos de nicotina. No serviço, existe uma sala de tratamentos, onde são realizadas sessões de Eletroconvulsivoterapia (ECT), duas vezes por semana, sendo destacados no turno, dois enfermeiros. Este procedimento é realizado a pessoas que estão internadas no IPA ou a pessoas que se encontram em regime de ambulatório. Por o serviço não conseguir dar resposta a todas as pessoas que necessitam de ECT, têm protocolos com outras instituições, onde os mesmos se realizam.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos assistentes de psiquiatria e médicos internos de psiquiatria, enfermeiros generalistas e por EEESMP, assistentes operacionais, assistente social, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. As terapeutas ocupacionais realizam atividades ocupacionais às segundas, quartas e sextas-feiras. Às quartas-feiras, existe uma

atividade de musicoterapia. Uma vez por semana, há reuniões multidisciplinares, onde é discutida a situação da pessoa com experiência de doença mental. Após a estabilização dos sintomas e aquando da alta, é realizada a referenciação para a unidade de saúde, de forma a dar conhecimento ao médico assistente. Realiza-se também referenciação para as consultas externas de Psiquiatria do hospital.

A pessoa com experiência de doença mental pode ser referenciada para uma das duas unidades de Consulta Externa (CE), dependendo do concelho onde reside. Quando não existe apoio social adequado e a pessoa não possa ir para o domicílio, muitas vezes é transferida para um hospital privado com o qual têm protocolo de camas contratualizadas. Existem também referenciações para as equipas de tratamento, quando os clientes têm comportamentos aditivos. Num destes concelhos, há uma área de dia, onde são realizadas atividades terapêuticas. O outro concelho tem um projeto para abrir outra área de dia, contudo ainda não se encontra ativa. Devido à pandemia COVID-19, os grupos de intervenção com as famílias, encontram-se suspensos, sem previsão de retomar atividade.

### **2.2.2. Atividades desenvolvidas em contexto hospitalar**

No início do estágio, tive cerca de duas semanas de integração, nas quais fui integrada nas rotinas do serviço. Após estas, comecei por participar na prestação de cuidados de enfermagem gerais às pessoas com experiência de doença mental. Prestei cuidados com o intuito de promover o autocuidado, onde se incluem os cuidados de higiene, alimentação, eliminação, entre outros. Através da prestação destes, foi possível conhecer as várias pessoas internadas na sua generalidade e o desenvolvimento de relações terapêuticas. Desenvolvi atividades que promovessem a interação social e a autorrecreação através da realização de jogos lúdicos, utilizando cartas ou jogos de tabuleiro. Efetuei também atividades terapêuticas individuais, utilizando o desenho como mediador expressivo.

Realizei intervenções psicoeducacionais individuais acerca da doença mental e da importância da adesão ao regime terapêutico, sendo abordado nas mesmas, os sintomas de descompensação da doença, os efeitos secundários dos psicofármacos. As intervenções psicoterapêuticas de promoção de esperança foram planeadas para serem realizadas em grupo. Contudo, pelas

peessoas com experiência de doença mental se encontrarem com sintomatologia em descompensação, optou-se por realizar intervenções individuais. Esta opção foi aconselhada pela enfermeira orientadora, considerando as características do grupo internado, tendo sido apenas realizada uma sessão em grupo na última semana de estágio.

Ao longo do estágio, realizei intervenções psicoterapêuticas a alguns clientes internados, que visavam a promoção da esperança, aos quais foi identificado o diagnóstico de desesperança, após a aplicação da escala Hope Herth Index.

Passo a descrever as atividades desenvolvidas junto do Sr. José, sendo que foi uma das pessoas que tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializada por um maior período de tempo. Optou-se por realizar a colheita de dados ao longo de várias sessões, tendo a duração de cada uma destas cerca de 35/40 minutos. Foram realizadas três sessões, contudo existiram outros momentos informais nos quais contactei com o cliente.

O Sr. José, de 64 anos, pintor de carros, desempregado, divorciado, tendo dois filhos e três netos da sua primeira relação. Vive com a sua atual companheira. Apresenta antecedentes Hipertensão Arterial, dislipidemia e obesidade. Tem também antecedentes de cirurgia a uma hérnia inguinal e epigástrica. Menciona hábitos etanólicos que cessaram no início do ano 2021. Esteve internado em 2021, no IPA de outro hospital, com delírios somáticos de componente niilista, associado a ideação suicida, sendo acompanhado desde então em CE, contudo com períodos de não adesão ao regime terapêutico. Em janeiro de 2022, recorreu novamente ao SU, por abdominalgias, náuseas e vômitos. Apresenta novamente ideação delirante do tipo somático com componente niilista, em que refere que *“Só tenho o osso e a pele... está tudo arreventado o intestino... Porquê que eu não morro logo?”* (sic). Apresenta também ideação suicida, pois menciona *“Eu não posso estar assim... já não durmo nem deixo a mulher dormir, já estive para sair daqui para fora e mandar-me para baixo de um carro. Se não morro de uma coisa, morro de outra”*(sic). Quando questionado acerca da medicação, *“Eu faço a medicação, mas não serve de nada, isto entra por cima e sai no mijo. Está tudo arreventado”* (sic).

O primeiro contacto com o Sr. José foi após este ter saído do isolamento profilático, em que o seu colega de quarto me chamou, por este não se sentir

bem. Este apenas dizia que tinha uma dor abdominal, colocando as mãos sobre o abdómen para me descrever a dor. Pedi-lhe que me falasse mais sobre a dor, tendo ele referido *“Estou todo arrebetado. Tenho hérnias aqui... (pondo a mão sobre o abdómen). E as hemorroidas, estão todas saídas para fora. Isto é só ar cá dentro”* (sic). Apenas lhe consegui responder *“Parece-me mesmo que esta situação está a deixá-lo desconfortável.”* (sic), tendo este respondido que *“Sim, é uma dor muito desconfortável... Como não tenho nada cá dentro, o ar dos intestinos sai pelos ouvidos”* (sic). Eu inquiri acerca do ar que este sentia a sair pelos ouvidos, tendo percecionado que haveria a hipótese de serem acufenos. Quando questionado se lhe parecia possível que o ar do intestinos saísse pelos ouvidos, este respondeu que sim. Pediu-me que visse as hemorroidas ao que eu assenti, tendo ele dito *“Está a ver, tenho as hemorroidas todas arrebetadas, todas saídas para fora”* (sic), tendo eu respondido *“Eu acredito que possa sentir que tem as hemorroidas saídas para fora, mas eu não vejo nada, apenas vejo o seu ânus”* (sic), ao que ele me respondeu que as hemorroidas por vezes iam para dentro e que por isso não se viam, mas que lhe causavam dor, tendo este pedido medicação para as dores. Respondi-lhe que iria ver se tinha algo prescrito para as dores e como só já faltavam cerca de dez minutos para o jantar, que lhe daria a medicação analgésica nesse momento. Após o jantar, disse ao Sr. José que gostaria de falar um pouco com ele noutro momento, ao que este assentiu.

## **1. Sessão – A esperança**

Na segunda interação com o Sr. José, comecei por encaminhar o cliente para uma sala onde estivesse assegurada a privacidade deste, o que vai de encontro ao descrito por Chalifour (2008), em que o enfermeiro *“deve criar as condições que facilitem a troca e respeitem o seu carácter confidencial”* (p.27). Expliquei-lhe em que consistia o meu projeto e pedi o seu consentimento.

Realizei uma entrevista semiestruturada com objetivo, de identificar símbolos de esperança, bem como de fatores promotores ou inibidores da mesma.

Comecei por questionar o Sr. José sobre uma imagem que o fizesse lembrar a esperança. Este teve dificuldade em responder, mas referiu que para si *“(...) a esperança é algo que dá força para continuar apesar das dificuldades. (...) Sinto que não tenho mais força para continuar, não vale a pena viver assim.*

*Estou todo arreventado, não tenho nada cá dentro...*” (sic). Identificou a sua doença como um fator de desesperança, mencionando que não vale a pena viver assim, pois nem ele nem a sua companheira têm paz. Estas afirmações deixaram-me alerta, pois de acordo com Townsend (2011), podem ser pistas verbais que indiquem ideação suicida, sendo necessário realizar uma avaliação. Comecei por abordá-lo para saber se tinha algum plano de suicídio. Este respondeu que *“Por vezes, penso em acabar com a minha vida, pelo que eu e a minha mulher sofremos com isto (...), apesar de pensar por vezes em fazê-lo não tenho em mente nenhuma forma”* (sic), tendo sido comunicada esta ideação suicida não estruturada à equipa de enfermagem.

O facto de estar desempregado há dois anos, também é um fator de desespero. Quando questionado acerca da possibilidade de vir a encontrar um emprego, referiu *“Eu não tenho cabeça para voltar a trabalhar, sinto-me tão doente! Quem é que vai dar emprego a alguém assim? Eu quando sair daqui, vou tratar da reforma! Não posso trabalhar assim”* (sic). Descreve também que abandonou a medicação por falta de meios económicos, pelo que se propõe a referenciação para a Assistente Social, caso este quisesse, promovendo assim o envolvimento e a participação da pessoa nas decisões que lhe dizem respeito, tal como preconizado Chalifour (2008).

Identificou as seguintes fontes de esperança *“a minha companheira, apesar de ser uma pessoa bastante doente, é uma pessoa que me dá esperança. E os meus filhos também. Eles dizem que eu vou ultrapassar esta situação, mas eu não sei... Eu acho que a minha mulher, se eu não melhora me deixa. (...) Ela diz que estava tão bem sozinha e que agora eu a deixo sempre preocupada. Pergunta-me porquê que se foi meter comigo”* (sic). Uma das grandes preocupações do Sr. José era a separação da sua companheira, tendo explorado esta questão com ele.

Foi aplicada a escala Hope Herth Index, em que o Sr. José apresentou um score de 25 em 40. Mediante esta entrevista, considerei que também seria importante a aplicação do Inventário de Depressão de Beck, tendo obtido um score de 33 (depressão grave).

À minha avaliação, o Sr. José encontrava-se com o humor deprimido. A nível do pensamento, o cliente apresentava delírio somático com componente niilista e a nível do curso, ideação preservativa, pois durante as sessões

interrompia a temática da qual estava a falar, para se voltar a focar novamente nas queixas somáticas. A nível da atividade motora, era notório a bradicinesia. Quando sentado na cadeira, apresentava-se curvado e os ombros descaídos, o que pode ser sinal de fadiga ou de depressão, de acordo com Phaneuf (2005).

Assim, para a elaboração dos diagnósticos, considerei a taxonomia CIPE, já utilizada no IPA. Estabeleci como diagnósticos de enfermagem: **Desesperança presente; Humor comprometido** (humor depressivo); **Risco de Suicídio; Processo de pensar comprometido; Alucinação presente; Gestão do regime Terapêutico Comprometido**. Na seguinte semana, ficou estabelecido com o Sr. José que iria ser abordada a temática da gratidão.

Esta sessão foi bastante desafiante para mim, pois nos momentos em que o Sr. José desviou a temática para as suas queixas somáticas, não sabia o que fazer. Optei por dar espaço para este partilhar as suas preocupações, valorizando a sua experiência subjetiva, tal como o preconizado por Watson (2002). Quando existiu uma oportunidade, encaminhei o decurso da sessão para atingir os objetivos da mesma.

## **2. Sessão – Diário de gratidão**

Neste dia, o Sr. José procurou-me e pediu para falar comigo. Encaminhei-o para uma sala, para que a sua privacidade fosse assegurada. Começou por me referir que se sentia preocupado porque já estava internado há três semanas e não sentia melhorias do seu estado. Descreveu as suas queixas somáticas *“Tenho o intestino todo arreventado, nada passa aqui dentro. As hemorroidas continuam todas para fora e eu não consigo evacuar”* (sic). O Sr. José mencionou também que por vezes ouve uns zumbidos, mas já não lhe parece que o ar saia do intestino para o ouvido. Perguntei-lhe o que ele achava desse facto, ao que ele respondeu *“É bom, é sinal que estou um pouco melhor, apesar de tudo o resto estar igual”* (sic), tendo eu dito *“Não lhe parece que possa ser o início da sua recuperação?”*, tendo este assentido.

Esta sessão teve como objetivo relembrar acontecimentos positivos, de forma a aumentar a esperança. Comecei por lhe pedir que me descrevesse três situações ou pessoas pelas quais era grato na sua vida e qual a razão de o sentir. O Sr. José começou por verbalizar *“Oh, não tenho muito pelo qual possa estar grato. A minha vida não foi nada fácil...”* (sic), tendo eu dito *“Acredito, pelo que*

*já me contou que a sua vida não tenha sido fácil, mas mesmo assim têm existido coisas boas, não?” (sic). Ao que este me respondeu “Sim... Os meus filhos são pessoas pelas quais sou bastante grato (...) São muito preocupados comigo e tentam ajudar-me conforme podem”(sic). O Sr. José referiu também que era grato à sua companheira por todo o apoio que esta lhe dava e por o ajudar a lidar com a sua doença. Contou-me a história como tinha conhecido a sua atual companheira e de como foi o momento da sua separação com a ex-mulher. Explicou que tinha praticado a mesma ação que esta, mas que ao descobrir expulsou-a de casa. Este relato fez-me sentir zangada. Apesar disto, optei por questionar como se tinha sentido aquando da descoberta da ação da sua ex-mulher e explorar esta questão com ele, o que contribuiu para que eu entrasse na sua experiência de vida. Considero que este foi um cuidado transpessoal, onde existiram elementos como o poder do amor, fé, compaixão, intenção e acesso a uma energia mais profunda, o que é importante para a cura (Watson, 2002b).*

Outro dos motivos pelo qual o Sr. José é grato, são os seus netos. Mencionou ter uma relação de bastante afinidade com o neto mais velho, passando algum tempo com este no seu quotidiano e que tem muito orgulho no neto. Menciona que *“Gostava de ver os meus netos crescer, mas se continuo assim todo arreventado e os médicos não me fazem nada, não acho que seja capaz de os ver crescer. Queria ir para casa, mas sair daqui sem estar bem, também não me parece solução ” (sic). Ao que eu assenti.*

Propus ao Sr. José que escrevesse numa folha, todos os dias, três acontecimentos ou pessoas pelos quais era grato naquele dia, tendo este concordado. No final, foi realizado um breve resumo dos principais aspetos da sessão e despedi-me do Sr. José, sendo combinada a realização de uma próxima sessão na semana seguinte, onde iriam ser trabalhados os objetivos de vida.

### **3.ª Sessão – Objetivos de vida**

O Sr. José quando me viu no serviço na semana seguinte, veio falar comigo, de forma a perguntar se sempre seria naquele dia a sessão, ao que eu respondi que sim, tendo combinado com este para depois do lanche. Isto deixou-

me feliz, pois senti que estava a fazer a diferença e a conseguir estabelecer uma relação de confiança com o cliente.

Após o lanche, encaminhei o Sr. José para uma sala garantindo as condições de privacidade. Esta sessão teve como objetivo a identificação de objetivos de vida realistas. Comecei por questionar como se sentia, tendo referidas algumas das queixas descritas anteriormente, contudo ao longo da sessão, denota-se uma diminuição da preservação do pensamento e já tem algum juízo crítico sobre o mesmo. Quando questionado, *“Mas parece-lhe possível que o intestino possa assim arrebentar e a pessoa continuar viva?”* (sic), este respondeu que não. Argumentei que *“Por vezes, a cabeça das pessoas prega partidas e fá-las acreditar em coisas que podem não ser completamente reais. (silêncio)”* (sic), ao que este respondeu *“Pois, talvez seja isso que me está a acontecer (silêncio) A minha cabeça estar a pregar-me partidas (silêncio) É sinal que talvez seja a minha cabeça que esteja a precisar de ser tratada (silêncio)”* (sic). Nesta altura, senti a necessidade de inculcar esperança ao cliente, tendo eu respondido *“Por esse motivo, é que está internado aqui, de forma a poder perceber-se o que se passa consigo para o ajudarmos da melhor forma e a voltar para casa”* (sic). De acordo com Watson (2002a), o enfermeiro tem a capacidade de inculcar sentimentos nas pessoas a quem presta cuidados, neste caso a esperança.

Tendo em consideração os objetivos da sessão, questioneei o Sr. José sobre o que pretendia realizar quando tivesse alta e voltasse para o seu domicílio. Procurava também avaliar os recursos existentes, bem como os fatores que possam inibir a pessoa a atingir esses objetivos. Após ter realizado a questão, o Sr. José ficou em silêncio durante algum tempo. Ele interrompeu o silêncio para afirmar que tinha como objetivos ir ao fim de semana passear com a sua esposa, como faziam antigamente e que deixaram de o fazer com a pandemia e *a posteriori*, com a sua doença. Questionou-se também de que forma pretendia realizar esses objetivos, com o intuito de perceber se os objetivos eram realistas. O Sr. José verbalizou que não pensa voltar a conduzir, pois não se sente capaz para isso, mas que pode realizar alguns passeios nos transportes públicos.

Referiu também, que após a alta, pretende voltar a fazer pequenos trabalhos de pintura automóvel, por conta própria, de forma a ter uma rotina, tendo espaço e material para o fazer.

Nesta sessão, notou-se uma pequena melhoria no estado de saúde do Sr. José. Este, no início do internamento, referiu que não tinha objetivos de vida, que não se sentia em condições de trabalhar. Porém, decorrido quase um mês de estar internado, verbalizou ter objetivos de vida e vontade de voltar para o seu domicílio, o que vai de encontro aos indicadores da NOC (2018): expressa metas e razões para viver, nomeadamente ver o crescimento dos netos e ver o seu filho a constituir família.

Por esta sessão, ter sido no penúltimo dia do estágio, neste contexto, foi aplicada a escala Hope Herth Index, em que o Sr. José aumentou o seu nível de esperança, passando de um *score* inicial de 25 para 27 em 40.

### **Sessão de grupo – Relaxamento**

O planeamento desta sessão foi efetuado no decorrer do estágio (Apêndice VIII). Para a implementação desta sessão, foi utilizado o material existente no serviço, nomeadamente colchões e coluna de som. Houve também a necessidade de definir quais os critérios de exclusão na formação do grupo, sendo estes défice cognitivo acentuado, atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada, agitação psicomotora, estado de confusão ou acuidade auditiva diminuída (Coelho & Sousa, 2020).

Com o acordo da Sra. Enfermeira Orientadora, o grupo selecionado tinha um total de sete pessoas, sendo que o Sr. José não quis participar.

No início da sessão, sentia-me tensa e estava com receio que a minha voz o transparecesse, sendo que esta “traduz as nossas reacções, as nossas emoções, e toma por vezes uma importância maior que as palavras utilizadas.” (Phaneuf, 2005, p. 39). Tenho a noção que quando estou ansiosa, o meu ritmo de palavras aumenta. Um dos pensamentos que tive foi “Como posso eu fazer uma sessão de relaxamento, se eu própria estou tensa? E se eu começo a falar mais rápido e as pessoas não conseguem relaxar?” Neste momento, comecei por fazer exercícios de respiração, de forma a diminuir a minha ansiedade, o que surtiu efeito.

Convidei os participantes a entrar na sala e fechei a porta para evitar interrupções e de forma a ser assegurada a privacidade dos participantes. Por não saberem os nomes de todos, pedi que as pessoas se apresentassem. Após isto, expliquei o que se iria realizar naquela sessão, expondo os objetivos da mesma. Coloquei uma música de relaxamento e pedi que se deitassem no colchão, ou se não se sentissem à vontade, para se sentarem nas cadeiras. A sessão de relaxamento realizada foi uma adaptação do relaxamento muscular e do relaxamento por imaginação, tendo por base Payne (2003) e Coelho & Sousa (2020).

A sessão teve a duração de 40 minutos, sendo que os últimos dez minutos, foram destinados aos participantes darem feedback de como se sentiram. O Sr. Pedro referiu *“sinto-me bastante tranquilo. Senti-me mesmo a pisar na areia da praia e a sentir a brisa do mar na minha cara”* (sic). A Sra. D.<sup>a</sup> Joana afirmou que *“gostei muito do exercício. Sinto-me em paz. Senti-me mesmo no mar a mergulhar”* (sic). Por sua vez, o Sr. Daniel descreveu que apenas conseguiu molhar os pés na água, pois tem medo do mar, o que o deixou tenso, mas que se sentiu bem a passear à beira mar. Esta situação fez-me constatar que numa próxima vez, seria adequado questionar se alguém tem medo do mar, de forma a não deixar a pessoa desconfortável e para que o exercício não seja uma fonte de *stress*. A D.<sup>a</sup> Teresa verbalizou *“sinto-me leve. Nunca tinha feito nada deste género, mas gostei muito deste exercício.”* (sic). O *feedback* da sessão foi positivo. No entanto, considero que a sala era demasiado pequena para a realização desta sessão, sendo importante adequar o espaço à atividade realizada.

Destaco também um cliente de 20 anos, o André, sem antecedentes pessoais de doença, internado com um primeiro surto psicótico, tendo iniciado no domicílio, delírios místicos, de grandeza e persecutórios. Durante o internamento, apurou-se também ideias autolesivas, referindo por várias vezes que tinha *“ideia de furar os olhos”* (sic). O seu companheiro de quarto foi-me chamar porque o André se encontrava com ideias autolesivas. Informei a Sra. Enfermeira Orientadora e fui ter com este ao quarto. Comecei por explorar como se sentia e o que o preocupava naquele momento. No decurso da relação terapêutica, o André disse-me algo fora do contexto e desadequado à relação

que estava a ser criada, ao que eu respondi “*Pois, André, mas isso não vai acontecer*” (sic). Senti que respondi de forma agressiva, tendo existido um silêncio constrangedor após a minha afirmação.

Apesar de não ter estabelecido limites da forma mais correta, tive essa necessidade, o que não teria acontecido em situações anteriores, tendo precisado de refletir acerca da mesma. A forma como respondi poderia ter sido um entrave ao desenvolvimento de uma relação terapêutica, pois, tal como Coelho et al. (2020), descreve, deve estar presente“(…) respeito, a compreensão, a empatia, e a capacidade de não julgar o outro, exigindo assim uma grande capacidade de aceitação da pessoa e do seu problema” (p.69). Ao responder de uma forma agressiva, acredito que o André possa não se ter sentido aceite. Se fosse hoje, teria estabelecido limites de forma mais assertiva, como por exemplo “*André, eu aqui sou enfermeira e a nossa relação limita-se a uma relação terapêutica e isso não se enquadra no tipo de relação que estamos a estabelecer*” (sic), clarificando assim os papéis que cada um irá assumir durante a relação (Chalifour, 2008).

### **2.2.3. Reflexão acerca do percurso desenvolvido no estágio em contexto hospitalar**

Como já mencionado anteriormente, uma das minhas dificuldades é o estabelecimento de limites. Se percebi o desenvolvimento desta capacidade no contexto anterior, neste ainda foi mais notório. Por os clientes neste contexto se encontrarem em situação de agudização, senti uma maior necessidade de estabelecer limites, o que por vezes me deixava desconfortável, contudo sabia que se não o fizesse, não me estava a respeitar a mim própria.

Apesar de estar sozinha aquando da realização das sessões, à *posteriori* refletia em conjunto com a Sra. Enfermeira Orientadora acerca destas e de situações que me tinham deixado mais desconfortável. Esta reflexão foi benéfica para aperceber-me do que podia melhorar na minha relação com o outro.

Outra das dificuldades que tive foi a gestão dos silêncios. Existiram situações em que senti que os silêncios por serem prolongados, deixavam-me com dúvidas sobre o que fazer. Não sabia se interrompia aquele silêncio, ou se dava espaço para os clientes pensarem. Ao longo do tempo, aprendi a gerir os silêncios e até compreender a importância deste na comunicação com os

clientes, pois tal como o mencionado por Sequeira (2016), este, quando utilizado corretamente, permite manifestar respeito e a introspeção, a reflexão e o contacto com as suas emoções. Então, “*Porque é que estes silêncios me deixaram desconfortável?*” (sic). Primeiro, pela insegurança de não conseguir quebrar os silêncios de forma adequada e não estar a permitir que os clientes se exprimissem. Outro dos fatores, foi o receio da pessoa não conseguir dar resposta às minhas questões. Mas porquê? Penso que pudesse ser por não saber o que dizer, de forma a dar seguimento à sessão e pelo medo que a minha intervenção não fosse eficaz.

Este estágio permitiu um maior contacto com os clientes em fase de agudização da sua patologia, o que foi importante, pois não tinha experiência na área de doença mental. Permitiu-me também conhecer as dificuldades que as pessoas com experiência de doença mental enfrentam diariamente e refletir de que forma podia capacitá-las com ferramentas para enfrentar essas mesmas dificuldades. Através das reflexões realizadas nos jornais de aprendizagem, foi também possível tomar consciência das minhas idiosincrasias e como estas poderiam dificultar o desenvolvimento da relação terapêutica. Permitiram-me também ter mais perceção das minhas emoções e da minha postura corporal e o que esta pode transmitir ao outro, influenciando a relação. Com isto, torna-se essencial continuar a desenvolver uma maior autoconsciência, o que vai de encontro à primeira competência presente no Regulamento n.º 515/2018 – Competências do EEESMP (2018) “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (p. 21428).

### 3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo farei uma análise, sobre a aquisição de competências comuns do EE, as competências de Mestre e as competências do EEESMP, ao longo do estágio.

#### 3.1. Aquisição das Competências Comuns do EE e de Mestre

O primeiro domínio de competência presente no Regulamento nº 140/2019 - Competências Comuns do EE é a “**Responsabilidade profissional, ética e legal**” (p. 4745). Na minha prestação de cuidados, sempre refleti sobre a responsabilidade ética que tenho enquanto enfermeira. Considero que respeitei o princípio da autonomia, quando possível, e o seu direito à informação, tal como o referido no artigo 105º da Lei n.º 156/2015 – Código Deontológico do Enfermeiro. Isto permitiu que adequasse os meus cuidados e as sessões de psicoeducação ao cliente, prestando assim CCP. Quando, no estágio, ocorreram situações relativas à prática de cuidados que suscitavam questões éticas, a informação era analisada e debatida com a equipa de enfermagem presente, tendo em consideração os princípios éticos que regem a profissão, o que vai também ao encontro da Competência de Mestre, presente no artigo 15º, alínea c) do Decreto-Lei 65/2018, em que este tem

“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p. 4162)

Para o desenvolvimento destas competências, considero que foi necessário a reflexão acerca dos meus valores e convicções e de que forma estes interferem com o desenvolvimento da relação terapêutica. Através da autoconsciencialização, foi possível ultrapassar os meus preconceitos, prestando cuidados num ambiente de aceitação do outro e assegurando o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas.

O segundo domínio de competência é “**Melhoria Contínua da Qualidade**”, o qual inclui os indicadores dos cuidados de qualidade, sendo

monitorizados e avaliados parâmetros como quedas, úlceras por pressão e controlo de infeção.

No decorrer do estágio, considero que prestei cuidados promotores da segurança do cliente e da melhoria da qualidade dos mesmos, dando resposta aos indicadores pretendidos, o que vai ao encontro do Despacho n.º 9390/2021 (2021) - Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026. Saliento também o registo dos cuidados prestados a nível do programa Sclinico, que permite a continuidade dos cuidados, facilitando a comunicação entre a equipa, bem como a avaliação dos indicadores. Contudo, pelo tempo de estágio, não foi possível realizar avaliação dos mesmos.

Quando iniciei o estágio em contexto comunitário, estavam a começar a utilizar o programa SClinico, que permite a extração de indicadores da nossa prática de cuidados, com o intuito de avaliar os mesmos. Neste sentido, como já tinha experiência com este programa, realizei algumas sessões formativas sobre o Sclinico à equipa de enfermagem. Assim, a realização destas vai ao encontro do mencionado no artigo 15º, alínea d) do Decreto-Lei 65/2018, em que enquanto mestres devemos “ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p. 4162)

Na minha prática profissional, este é um parâmetro no qual tenho alguma atenção, sendo que até agora pertenço ao grupo dinamizador das úlceras por pressão, onde realizo auditorias neste âmbito, sugerindo mudanças para promover a melhoria contínua dos cuidados prestados. O facto de ter iniciado este percurso, fez-me refletir ainda mais sobre a responsabilidade que o enfermeiro, em particular o EE, tem de promover a melhoria contínua dos cuidados, bem como promover a segurança dos mesmos e de sugerir mudanças da prática profissional, baseadas na evidência.

A terceira competência é “**Gestão dos cuidados**”. Considero que esta não me é completamente desconhecida, na medida em que exerço funções de chefe de equipa na minha prática profissional, não sendo por isso uma iniciada, de acordo com a Benner (2001). Contudo, neste estágio foi possível adquirir aprendizagem de uma maior capacidade de reflexão e planeamento dos cuidados prestados. Através do desenvolvimento desta capacidade, foi possível

melhorar a inclusão da pessoa com experiência de doença mental na tomada de decisão, sendo os cuidados centrados nesta.

No contexto comunitário, a gestão foi mais perceptível a nível da conciliação de horários das marcações de consulta de enfermagem e médica, de forma a permitir que o cliente conseguisse conciliar a suas atividades laborais e de vida, com o dia das consultas. Também existia a necessidade de gerir a prioridade dos cuidados, nomeadamente aquando de pedidos de consultas por via telefónica, das referenciações para outros recursos na comunidade e consultas urgentes a pedido.

No contexto de internamento, apesar de existirem algumas similaridades relativamente ao programa informático utilizado, as rotinas, a articulação com os transportes, a tipologia de clientes internados, a gestão do serviço eram bastante diferentes ao que estava habituada no meu contexto profissional, sendo necessário conhecer e integrar-me no funcionamento do serviço. No IPA, tive inicialmente de perceber quais as tarefas delegadas, por exemplo aos assistentes operacionais, para *à posteriori* poder delegar e supervisionar, quando existia necessidade. Na prestação de cuidados especializados, também houve a necessidade de referenciação a outros elementos da equipa multidisciplinar ou até outras instituições.

A quarta competência é o **“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”**. Para poder prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade, tornou-se importante conhecer a evidência científica, de forma a basear os cuidados nesta. Assim, a elaboração do projeto começou com uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados e em livros relevantes para a temática, para conhecer o estado da arte acerca da temática, o que contribuiu para a minha aprendizagem profissional. Deste modo, desenvolvi Competências do Mestre que permitiram a aprendizagem, tal como o descrito no artigo 15º, alínea e) do Decreto-Lei 65/2018, em que o Mestre deve possuir “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p.4162)

O facto de realizar os estágio em áreas tão distintas, foi bastante desafiante quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Senti que estava a sair da minha área de conforto, o que por vezes fez-me sentir insegura e ansiosa, tendo eu de aprender a gerir o que estava a sentir, o que contribuiu para o meu

desenvolvimento pessoal e profissional, o que vai também ao encontro do artigo 15º, alínea b) do Decreto-Lei 65/2018, em que o mestre deve “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.” (p. 4162)

Esta competência também foi desenvolvida através da realização de formações, no contexto comunitário. Comecei por realizar um diagnóstico de formação, logo na primeira semana, sendo que identificaram o programa SClinico . Assim, foi realizada uma formação onde foi abordado a realização das avaliações iniciais no programa, bem como a realização dos planos de cuidados. Nestas formações, abordei a taxonomia CIPE e os diagnósticos mais frequentes na pessoa com experiência de doença mental, de forma a serem realizados planos de cuidados individualizados, tendo em consideração a pessoa como um ser único. Estas formações começaram a ser realizadas no início do estágio, o que deu para perceber o impacto das formações realizadas. Foi notório que os Enfermeiros da USM, no final tinham uma maior autonomia na utilização do programa SClinico, do que relativamente ao início.

### **3.2. Aquisição das Competências Específicas do EEESMP**

Com base no regulamento n.º 518/2018, o EEESMP “**Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional**”(p. 21427). No processo de autoconsciência, refleti sobre a aceitação do outro. Houve a necessidade de ver a pessoa como o ser único que é e considerar estas particularidades no plano terapêutico elaborado em conjunto com esta e perceber que esta tem opção de escolher o que acha mais adequado (Chalifour, 2008). Para tal, adotar o quadro de referência do cliente de forma mais completa possível e partilhar com este o que vê através do mesmo, livre de julgamentos, para que este se sentisse aceite por mim, tal como o descrito por Rogers (2004). Ao longo do tempo, com as aprendizagens provenientes deste percurso, comecei a basear-me mais na componente relacional, a permitir-me estar na relação e a perceber o verdadeiro significado de compreensão empática a qual “(...) permitir-lhe-á de se deixar tocar pelo

cliente e de adaptar as suas intervenções ao que pensa, ressentido e vive”(Chalifour, 2008, p.199). Assim, percebi que comecei a estabelecer uma relação terapêutica, na qual envolvia mais a pessoa nos cuidados e a permitir que esta realizasse as suas escolhas, em vez de tentar impor os meus valores, por considerar que estes seriam mais válidos.

Destaco também o desenvolvimento da gestão dos silêncios e do estabelecimento de limites, que foi notório neste estágio, como já referido anteriormente.

Ao longo do estágio, em ambos os contextos, partilhei e refleti em conjunto com as Docentes Orientadoras, bem como com as Enfermeiras Orientadoras, o que várias situações me suscitaram, permitindo que tivesse uma maior autoconsciência de mim. Também a realização de jornais de aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento desta competência, em que refleti acerca da minha postura e comportamento, o que aquela interação desencadeou em mim, o que fiz bem e o que não fiz da forma mais correta e o que poderia melhorar. Apesar de considerar que desenvolvi esta competência ao longo deste percurso, considero que esta é um trabalho contínuo.

A segunda competência que adquiri foi **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** sendo desenvolvida através da utilização da entrevista. Através desta, foi possível realizar uma avaliação das necessidades em saúde mental da pessoa. Na realização da entrevista, foi importante adequar a mesma à pessoa, tendo em consideração as diferenças culturais e linguísticas. Denota-se que a doença mental traz alterações à vida da pessoa que tem experiência desta, bem como da sua família. Fatores como a incerteza, a falta de conhecimento acerca da doença, de como intervir nestas situações, causa bastante sofrimento à família. Desta forma, é importante que esta seja incluída na avaliação que o EEESMP realiza, de forma a poder intervir junto da família, diminuindo o seu sofrimento e fornecendo estratégias adequadas que permitam que a família consiga lidar melhor com a situação de doença. No estágio em contexto comunitário, tive a oportunidade de entrevistar famílias, percecionando o impacto que a experiência de doença mental tinha no funcionamento da mesma e identifiquei os fatores protetores que apresentam. Tive também a oportunidade de intervir junto da mesma, de forma a capacitá-la para lidar com a doença. Salienta-se também

que a observação aquando da entrevista foi essencial para realizar a avaliação da pessoa com experiência de doença mental.

Foram realizados dois estudos de caso, um em cada contexto, o que permitiu identificar as necessidades daquelas pessoas. Os planos de cuidados foram realizados em conjunto com a pessoa alvo de cuidados.

Relativamente à terceira competência **“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”**, esta foi desenvolvida em conjunto com a pessoa alvo de cuidados e demonstrada através da elaboração de diagnósticos de enfermagem adequados à necessidade de cada um dos clientes a quem foram prestados cuidados. Também foi implementado o plano de cuidados realizado em conjunto com a pessoa, com o intuito de o enquadrar no seu projeto de vida. Os dados que permitiram a elaboração do processo de enfermagem foram recolhidos através da entrevista e da observação. Foi possível identificar os recursos existentes na comunidade, em ambos os contextos, através de entrevista com as Enfermeiras Orientadoras, de modo a adequar os recursos aos clientes. Só assim, foi possível sugerir recursos que se adequassem à situação dos mesmos e quando estes concordavam que o recurso existente se poderia adequar à sua necessidade, referenciava-os para estes.

Para a aquisição da quarta competência **“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar) e recuperar a saúde”** realizei intervenções de psicoeducação e psicoterapêuticas. A psicoeducação é “ (...) destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.” (Regulamento n.º 356/2015, 2015, p.17039). Para a realização destas intervenções, foi essencial identificar o *insight* dos clientes e quais os objetivos dos mesmos, de forma a adequá-las. Realizei intervenções psicoterapêuticas também às famílias que recorriam à USM, tendo sido o contexto onde tive a oportunidade de contactá-las mais e compreender as suas necessidades.

Foram também realizadas intervenções psicoterapêuticas, sendo descritas algumas destas no capítulo anterior. Torna-se importante salientar que para a elaboração dos planos de sessão e para a execução destes, foi essencial a pesquisa bibliográfica efetuada, bem como a reflexão conjunta com as Sras. Enfermeiras Orientadoras, o que permitiu adaptar o plano das intervenções psicoterapêuticas aos contextos de estágio.

Considero este foi o início do caminho e que para continuar a percorrê-lo e a desenvolver-me enquanto pessoa e enquanto profissional, torna-se importante investir em formações na área, de forma a poder prestar cuidados especializados de qualidade com o intuito de promover a saúde mental, bem como intervir junto da pessoa com experiência de doença mental, no sentido de promover a sua esperança.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste relatório pretendeu-se demonstrar a aquisição das competências do EEESMP e do grau Mestre. Para além disso, procurou-se dar resposta à questão “Quais são as intervenções de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança no adulto com experiência de doença mental?”. Considero que através do percurso que realizei, consegui dar resposta a esta questão.

A esperança é um elemento essencial na prática de enfermagem, sendo que tem um papel bastante importante na vida das pessoas, especificamente nas que têm experiência de doença mental. Através da promoção da esperança como intervenção especializada, é possível prevenir a depressão e o suicídio, bem como atuar na promoção do *recovery*. O EEESMP tem o dever de promover a esperança, instilando-a e desocultando-a nas pessoas a quem presta cuidados. Para tal, existem várias intervenções que o EEESMP pode realizar, nomeadamente identificar o significado que a pessoa atribui à esperança na sua vida, bem como fontes de esperança e de desesperança; ajudar a pessoa a estabelecer objetivos realistas e a identificar estratégias que permitam a obtenção destes; promover a autoestima; promover a realização de cartas de gratidão ou diários de gratidão; viver o presente, podendo-se utilizar para isso o relaxamento.

Relativamente às competências do EEESMP, estas foram adquiridas ao longo dos estágios. Desenvolvi o meu autoconhecimento, denotando-se uma maior consciência acerca de como posso estar na relação terapêutica com os clientes. Também foram realizadas intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas, auxiliando a pessoa a manter ou recuperar a sua saúde mental, tendo em conta o meio onde está inserida, bem como os seus fatores protetores.

As aprendizagens adquiridas durante este percurso despertaram a reflexão sobre a minha prática de cuidados, o que me permitiu transpor os CCP para a minha prática profissional. Para estes serem prestados, é necessário um maior envolvimento do enfermeiro na relação terapêutica, em que haja um maior conhecimento do cliente, dos seus problemas, necessidades e capacidades. Apenas tendo estes fatores em consideração se consegue capacitar a pessoa

com ferramentas adequadas a esta, que promovam o seu autoconhecimento e que promovam a esperança.

Considero que uma das maiores dificuldades se relaciona comigo. Tive de aceitar que na prestação de cuidados, tenho de me centrar mais no outro, nas suas necessidades e no que este pretende, do que naquilo que eu considero que sejam as necessidades destas. Interiorizar que eu apenas lhes posso dar ferramentas para promover o seu *recovery*, foi uma das grandes aprendizagens deste caminho. Todavia, apesar de sentir que eram fornecidas estratégias, havia uma dificuldade no seguimento das pessoas com experiência de doença mental, pela falta de recursos, o que pode ser considerado um dos fatores para a diminuição da adesão ao seu processo de reabilitação. É impreterível um maior acompanhamento pós-alta, tanto da pessoa, como da sua família, através de grupos de apoio, da criação de recursos que permitam a realização de atividades de terapêuticas, entre outros. Senti também dificuldade em ser assertiva com as pessoas a quem prestava cuidados, durante os estágios. Conforme ia interagindo com os clientes, existiram situações alvo de reflexão que contribuíram para que desenvolvesse a minha capacidade de estabelecer limites, sendo possível transpor isto para o local onde presto cuidados.

Existiram também dificuldades com a implementação do projeto, no sentido em que não foi possível realizar as intervenções psicoterapêuticas da forma planeada previamente. Devido à pandemia COVID-19, bem como a alguns fatores intrínsecos aos contextos, não consegui realizar as intervenções psicoterapêuticas em grupo. Isto exigiu uma capacidade de adaptação, para que conseguisse implementar o projeto, o que foi também desafiante. Gostaria de ter tido oportunidade de realizar mais intervenções em grupo, pois só realizei uma.

Ao longo do estágio, notei também uma alteração na minha prestação de cuidados. Pelas rotinas instituídas, pela tipologia de pessoas que se encontravam internadas e até mesmo, por vezes, por falta de disponibilidade para o “outro”, a prestação de cuidados baseava-se muito mais na componente técnica do que relacional. Contudo, quando esta era mais centrada na componente relacional, tinha receio de não conseguir dar resposta ao que a pessoa partilhava comigo, pelo que existiam poucos momentos em que era demonstrada disponibilidade ao “outro”. Pela componente relacional não estar muito presente na minha prestação de cuidados, nunca me tinha deparado com

a dificuldade de aceitação do outro, o que me apercebi no primeiro contexto de estágio. Houve a necessidade de ver a pessoa como o ser único que é e considerar estas particularidades no plano terapêutico elaborado em conjunto com esta e perceber que esta tem opção de escolha de escolher o que acha mais adequado (Chalifour, 2008).

Teria sido pertinente ter mais contacto com as famílias dos clientes a quem prestava cuidados, de forma a intervir junto destas, contudo pelas atividades laborais destas, não tive essa oportunidade, sendo que é importante conhecer o meio onde a pessoa está inserida.

Foi visível também que os profissionais de saúde não se encontravam despertados para a importância da promoção da esperança como intervenção psicoterapêutica, tendo-se notado uma evolução neste sentido. Considero que teria sido interessante o estágio ser mais longo, integrando a componente de investigação, com o propósito de se observar a evolução dos clientes ao longo do tempo. Seria pertinente também a realização de estudos, com o objetivo de dar a conhecer os ganhos de saúde obtidos através da promoção da esperança, para sensibilizar os profissionais de saúde, bem como as instituições para terem esta temática em consideração na formação.

Futuramente, penso continuar a investir no meu autoconhecimento e apostar na minha formação, para que possa intervir junto daqueles a quem presto cuidados, fomentando a qualidade dos mesmos. Neste âmbito, realizei um curso de *mindfulness* (Anexo I), sendo que esta tem inúmeros benefícios, como a promoção da regulação emocional, facilita o autoconhecimento, reduz o *stress*, melhora a capacidade de manter a concentração (Miguel & Ruiz, 2020). A nível da promoção da esperança, pretendo sensibilizar a equipa multidisciplinar do meu local de trabalho para a importância desta e de como pode ser promovida, com o intuito de prestar cuidados considerando todas as componentes da pessoa, tal como descrito no artigo 82.º b) da Lei n.º 156/2015 - Código Deontológico do Enfermeiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balsaneli, A. C. S., Grossi, S. A. A. & Herth, K. (2011) Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(3), pp. 354-358. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300008>
- Batista, J. V. A (2016) Adaptação à doença crónica O caso das doenças auto-imunes. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/88103>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Chalifour, J. (2008) A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda, Vol. I. 1ª edição. Loures: Lusodidacta
- Chalifour, J. (2009). *Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção* (Volume 2). Loures: Lusodidacta
- Coelho, J. et al (2020) A RELAÇÃO DE AJUDA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: UMA SCOPING REVIEW *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 23 63-72 DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020) Relaxamento in C. Sequeira & F. Sampaio (coords) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-210) Lisboa: Lidel
- Collière, M. F. (1983) *Promover a vida*. 2.ª edição. Lisboa: Lidel
- Conselho Internacional de Enfermagem (2019) *Classificação Internacional para prática de Enfermagem: 2019-2020*. Porto Alegre: Artmed
- Conselho Nacional de Saúde (2019) Sem mais tempo a perder – Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS
- Cruz, J. C. & Aquino, T. A. A. (2020) Espiritualidade e resiliência: relevância e implicações no pensamento frankliano. *REVER – Revista dos Estudos da Religião*. 20(2), pp. 89-103. DOI: [10.23925/1677-1222.2020vol20i2a7](https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a7)

- Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002a) The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), pp 832-840. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.12.10307>
- Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002b) The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing *British Journal of Nursing*, 11(13), pp 885-893. DOI: [10.12968/bjon.2002.11.13.10447](https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.13.10447)
- Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002c) The concept of hope in nursing 3: The concept of hope in nursing 3: Hope and Palliative Care Nursing. *British Journal of Nursing*, 11(14), pp 977-982. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.14.10470>
- Cutcliffe, J. R. (2009) Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. *Journal Psychiatric and Mental Health Nurse*. 16(9), pp. 843-847. DOI: [10.1111/j.1365-2850.2009.01490.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01490.x)
- Decreto-Lei N.º 065/2018 (2018) Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, *Diário da República, Série I* (n.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 9390/2021 (2021) Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, *Diário da República, Série II* (n.º187 de 24-09-2021), 96-103. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Dias, C., Valentim, V., Seabra, P. & Nogueira, M. J. (2019) Intervenções Promotoras de Esperança em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Saúde Mental. Especial* (7), pp. 97-102. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0253>
- Direção Geral da Saúde (2017) Programa Nacional de Saúde Mental. Acedido em 14-07-2021. Disponível em: [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)
- Domingos, J. & Faria, M. C. (2018) Vivências de espiritualidade, esperança e satisfação com a vida em Gerontes. *Actas do 12.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa (457-465). Acedido a 05-05-2022. Disponível em:

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6209/1/12CongNacSaude457.pdf>

- Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its Sphere and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*. 20 (2), 379-391
- Efstathiou, V., Papadopoulou, A., Christodoulou, C., Gournellis, R., Michopoulos, I. & Ferentinos, P. (2018) The Relationship between Hopelessness and Clinical Characteristics of Hospitalized Patients with Recent Suicide Attempt. *Issues in Mental Health Nursing* DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1491656>
- Faria, H. R., Gonçalves, I. A. C., Faria, M. R. G. V., Zanini, D. S., Campos, D. C. (2021) Promoção da Esperança como Fator Autoprotetivo: uma abordagem da Psicologia Positiva. *Psicologia Positiva* 99-106. Acedido em 27-01-2021. Disponível em: <http://www.psiemprocesso.periodikos.com.br/article/6091ab37a9539517eb529c33/pdf/psiemprocesso-1-1-99.pdf>
- Gallagher, M. & Lopez, S. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 548–556. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Goleman, D. (2012) *Inteligência Emocional* (17.<sup>a</sup> edição) Maia: Circulo de Leitores
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2018) *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020* (11.<sup>a</sup> edição) Porto Alegre: Artmed
- Herth, K. (1992), Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (10), 1251-1259. DOI: [10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x)
- Herth, K. (2005), State Of The Science Of Hope In Nursing Practice: Hope, The Nurse, And The Patient. In Elliot, J. (Editor) *Interdisciplinary Perspectives on Hope* (pp. 169-211). New York: Nova Science Publishers.

- Işık, I & Ergün, G. (2019) Hope and belonging in patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care* 56(2), 235-242. DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12418>
- Kimuma, H., Kimuma, S., Choeb, K. & Kimb, J. S. (2017) Effects of Mandala art Therapy on Subjective Well-Being, Resilience, and Hope in Psychiatric Inpatients. *Archive Psychiatric Nursing* 32(2), 167-173 . DOI: [10.1016/j.apnu.2017.08.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.008)
- Lei n.º156/2015 (2015) Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República, Série I* (n.º 181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B. L. & Lee, J. (2019) An Asian study on clinical and psychological factors associated with personal recovery in people with psychosis. *BMC Psychiatric* 19(1), pp. 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2238-9>
- Mavandadi, V., Bieling, P. & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the De-Escalating Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 23(1), 357-368. DOI: 10.1111/jpm.12310.
- McCormack, B.; Borg, M.; Cardiff, S.; Dewing, J.; Jacobs, G.; Janes, N.; Karlsson, B.; Mc Cance, T.; Mekki, T.; Porock, D.; Lieshout, F.& Wilson, V. (2015). Person-centredness - The "state". *Internacional Practice Development Journal* 5(1), p. 1-15. Acedido em 30/03/2021. Disponível em: [https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ\\_05\(suppl\)\\_01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_01.pdf)
- Miguel, A. H & Ruiz, D. M. (2020) Relaxamento in C. Sequeira & F. Sampaio (coords) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-210) Lisboa: Lidel

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2016) *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem* (5.ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier
- Muir-Cochrane, E., Lawn, S., Coveney, J., Zabeen, S., Kortman, B. & Oster, C. (2019) Recovery college as a transition space in the journey towards recovery: An Australian qualitative study. *Nursing Health Sciences*. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12637>
- Ngubane, S. N., McAndrew, S. & Colier, E. (2019) The experiences and meanings of recovery for Swazi women living with “schizophrenia”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12520>
- Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2012) Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. S.l.: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23-06-2022. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp\\_mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp_mceesmp.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2001) Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. (Relatório Mundial). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR?sequence=4>
- Organização Mundial de Saúde (2002) Cuidados Inovadores para Doenças Crônicas: Componentes estruturais de ação. (Relatório Mundial). Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02.01\\_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Organização Mundial de Saúde (2004) Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organização Mundial de Saúde (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44406/9789241548069\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44406/9789241548069_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde (2014) Social Determinants of mental health. Disponível em

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2021a, abril 13) Noncommunicable Diseases (para. 8) Acedido a 15-06-2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organização Mundial de Saúde (2021b) Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates (Relatório Mundial). Disponível em <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>

Paiva, L. P. C. & Rasera, E. F. (2012) O Uso das Cartas Terapêuticas na Prática Clínica. *Psicologia Clinica*. 24(1). pp 193-207 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>

Paixão, R. F., Patias, N. D. & Dell’Aglío, D. D. (2018). Autoestima e sintomas transtornos mental na Adolescência . *Psicologia Clinica e Cultura*, 34, 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>

Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. 2ª Edição. Loures: Lusociência

Peters, J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual. The Joanna Briggs Institute

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

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*. 77(1), 197-206. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002

- Querido, A. I. F. (2012) A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA EM FIM DE VIDA  
Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com  
Doença Crónica Avançada e Progressiva. (Tese de Doutoramento).  
Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4050>
- Querido, A. I. F. (2015) A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria (Relatório de Estágio).  
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1709/1/Ana%20Querido%202015%20-%20A%20Esperan%C3%A7a%20na%20Pr%C3%A1tica%20Especializada%20em%20ESMP.pdf>
- Querido, A. I. F. & Dixe, M. A. (2016) A esperança na Saúde Mental: Uma  
Revisão Integrativa da Literatura in *Revista Portuguesa de Enfermagem de  
Saúde Mental*. (Esp.3) DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0124>
- Querido, A., I., F. (2018) A esperança como foco de enfermagem de saúde  
mental in *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Esp.6) DOI:  
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0206>
- Querido, A. (2020) Promoção da Esperança em Saúde mental in C. Sequeira &  
F. Sampaio (coords) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e  
Intervenções* (pp. 243-246) Lisboa: Lidel
- Regulamento n.º 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos  
Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos  
Enfermeiros, Diário da República, 2ª Série (Nº 122 de 25-08-2015), 17034-  
17041. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67590900>
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas  
do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.  
Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 151 de 07-08-2015),  
21427 – 21430. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Regulamento nº 140/2019 (2019) Regulamento das competências comuns do  
enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série  
II (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Acedido a 25/03/2021. Disponível em  
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Rogers, C. R. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual: Editora da Universidade Autónoma de Lisboa
- Rogers, C. R. (2010). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica (11ª edição)*. Porto Alegre: Artmed
- Schrank, B. et al. (2011). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine* 74, 554-564 DOI: [10.1016 / j.socscimed.2011.11.008](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008)
- Sequeira, C. (2016) *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. & Sampaio F. (2020) Da Saúde à Doença Mental in C. Sequeira & F. Sampaio (coords) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 3-6) Lisboa: Lidel
- Stavarski, D., Alexander, R. K., Ortiz , S. N. & Wasser, T. (2019) Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing* 26, 29-38 DOI: [10.1111/jpm.12507](https://doi.org/10.1111/jpm.12507)
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (6ª edição)*. Loures: Lusociência
- Ursuliak, Z., Hughes, J., Crocker, C.E., MacKenzie ,A., & Tibbo, P.G. (2019). Claymation art therapy in early phase psychosis: A qualitative study to explore participants' experiences with the program and identify outcome effects, *Early Intervention in Psychiatry*, 14(6), pp. 698-704. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.12896>
- Van Niekerk, B., (2018) Religião e espiritualidade: Quais são as diferenças fundamentais? *HTS Teologiese Studies* 74 (3), 1-11. [https://doi.org/ 10.4102 / hts.v74i3.4933](https://doi.org/10.4102/hts.v74i3.4933)
- Viana, A. P. M (2010) *A Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos: Validação Transcultural do Herth Hope Index (Dissertação de Mestrado)*.

Disponível

em:

[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2019/2/ulsd058732\\_td\\_II\\_Corpo\\_do\\_trabalho.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2019/2/ulsd058732_td_II_Corpo_do_trabalho.pdf)

Watson, J. (2002a) *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Watson, J. (2002b) *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência

Watson, J. (2008) *Nursing: The philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. Boulder: University Press of Colorado

Webster, C. M. C. (2017) Paradigma do Recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental. *SMAD: Revista Eletrónica Saúde Mental, Álcool e Drogas*. 13(3). Pp. 116-117. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p116-117>

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – SCOPING REVIEW**

# **Intervenções promotoras de esperança em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com experiência de doença mental – *Scoping Review***

Hope promotion interventions in Psychiatric-Mental Health Nursing in person with mental disorder's experience – Scoping Review

Marta Lopes<sup>1</sup>

## **RESUMO**

**Introdução:** A esperança, sendo um determinante de saúde mental, influencia a saúde mental da pessoa com experiência de doença mental, sendo facilitador do *recovery*. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, pela proximidade que tem das pessoas a quem presta cuidados, tem o dever de avaliar a desesperança. Após esta avaliação, deverá intervir nesta, fazendo utilização terapêutica de si, com o intuito de desocultar a esperança do outro. Assim, torna-se importante que este saiba como intervir.

**Objetivo:** Mapear a literatura existente acerca das intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança no adulto com experiência de doença mental.

**Método:** Realizada *Scoping Review* tendo em consideração o protocolo Joanna Briggs Institute. A pesquisa incluiu artigos publicados entre 2016 e 2021, nos idiomas português e inglês. Foram excluídos artigos, onde não fossem englobadas intervenções de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e que tivessem como foco a saúde mental e/ou pessoas com experiência de outras doenças, sem ser de doença mental.

**Resultados:** Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se sete artigos e um capítulo de livro. As Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança podem ser realizadas em grupo ou de forma individual, utilizando mediadores expressivos, a relação de ajuda desenvolvida, a identificação de objetivos realistas e o apoio do grupo.

**Conclusões:** As intervenções especializadas promotoras de esperança têm efeitos benéficos na esperança das pessoas com experiência de doença mental, nomeadamente a prevenção do suicídio, da depressão e a promoção do *recovery*.

Palavras chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Doença Mental; Esperança.

---

<sup>1</sup> Mestranda no Curso de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Enfermeira na Clínica da Baía -Seixal; [marta.lobes@campus.esel.pt](mailto:marta.lobes@campus.esel.pt)

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Hope is a determinant of health and influences mental health of the person with mental disorder's experience, being a recovery facilitator. The Specialist Nurse in Psychiatric-Mental Health due to the proximity of the people to whom they care, has the duty to evaluate this feeling of hopelessness. After evaluate this, the Specialist Nurse in Psychiatric-Mental Health should make therapeutic use of themselves to unhide the hope of the other. It is important for the specialists nurse in psychiatric mental health to know how to intervene.

**AIM:** To map the scientific evidence about specialized Psychiatric-Mental Health Nursing Interventions regarding hope promotion in person with mental disorder's experience

**METHODS:** Scoping Review following the Joanna Briggs Institute methodology. The search included articles published between 2016 and 2021, in portuguese or english, and deleted articles where specialized psychiatric mental health nursing interventions regarding hope promotion were not mentioned mental health or another disorders, unless mental disorders.

**RESULTS:** seven studies and one chapter were identified, after applying exclusion and inclusion criteria. Specialized Psychiatric-Mental Health Nursing Interventions regarding hope promotion can be realized group or individual, using expressive mediators, helping relationship, identifying realist goals and group support.

**CONCLUSION:** Specialized Nursing Interventions have beneficial effects in person with mental disorder's experience, namely suicide prevention, depression and recovery promotion.

**KEYWORDS:** Hope, Mental Disorders, Psychiatric Nursing

## INTRODUÇÃO

A doença mental define-se como “a desarmonia ou desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade da pessoa, entendendo-se por personalidade os traços próprios e as características constituídas a partir dos fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos, de aprendizagem, etc.” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 4). Esta traz várias consequências para a pessoa que a experiencia, tanto a nível físico, como mental. Por vezes, associada à doença mental, surge a desesperança. Esta define-se como a “(...) distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros, pelo sentimento de falhanço e pela percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 58), sendo um dos fatores que pode conduzir ao suicídio.

Por sua vez, a esperança é considerada por Dufault & Martocchio (1985) como uma força de vida multidimensional e dinâmica, que se caracteriza pela expectativa de atingir um objetivo significativo.

Para estes, a esperança é considerada como um conceito subjetivo sendo que o seu significado varia de pessoa para pessoa. Também é vista como um conceito dinâmico, pois a sua definição pode adquirir diferentes significados ao longo da vida.

A esperança fortalece as defesas psicológicas e fisiológicas nas situações de crise, como por exemplo, de doença, morte ou acontecimentos de vida traumáticos. Esta melhora os níveis de *coping*, contribui para um sistema imunitário mais fortalecido e para a melhoria da qualidade de vida (Cutcliffe & Herth, 2002; Herth, 2005).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, segundo Efstathiou et. al (2018), encontra-se em posição privilegiada para realizar a avaliação da desesperança e intervir nesta. Assim, através deste estudo pretende-se identificar as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança na pessoa com experiência de doença mental.

## MÉTODO

Para a realização da presente *scoping review*, foi delimitada a questão orientadora, formulada através da mnemónica PCC, tal como o preconizado pelo Joanna Brigs Institute (Peters, Godfrey, McInerney, Baldini, Khalil, & Parker, 2017). Assim, definiu-se a seguinte questão: Quais as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promotoras de esperança no adulto com experiência de doença mental?”

Com o intuito de responder à pergunta orientadora, foi realizada

uma pesquisa no motor de busca EBSCO, utilizando as bases de dados MEDLINE E CINAHL, com o objetivo de identificar os termos de indexação. À *posteriori*, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados mencionadas anteriormente e na ferramenta Google Académico. Incluíram-se também livros de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Na realização da pesquisa, foram utilizados os descritores presentes na tabela I.

Termos Naturais	CINAHL Indexado	MEDLINE Indexado (MESH 2020)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mental illness</li><li>• Mental Disorders</li><li>• Chronic Mental disorder</li><li>• Adult</li><li>• Middle ag*</li><li>• Young Adult</li></ul>	Mental Disorders, Chronic Mental Disorders	Mental Disorders
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hope</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hope</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hope</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatric nursing</li> <li>• Nursing interventions</li> <li>• Nurs*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatric nursing</li> <li>• Nursing interventions</li> <li>• Nurses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatric Nursing</li> <li>• Nursing</li> <li>• Nurses</li> </ul>
---	--	--

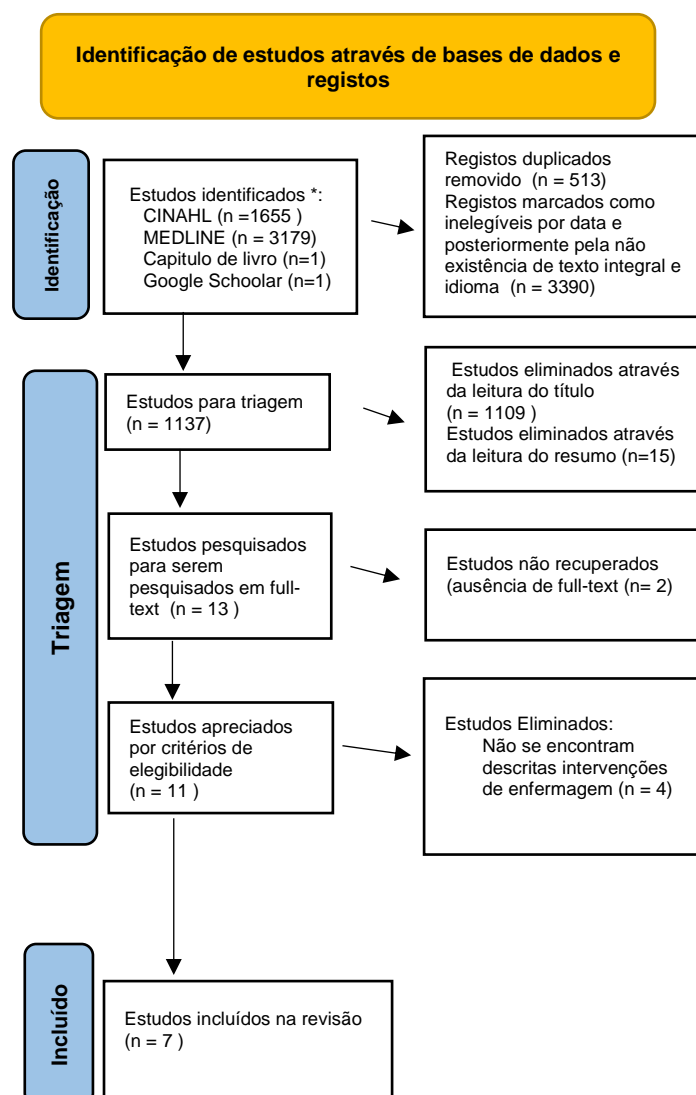
Tabela I – Descritores utilizados na pesquisa

Através das bases de dados obtiveram-se 4834 artigos (CINHAL: n. 1655; MEDLINE: n. 3179) sendo excluídos automaticamente 513, que se encontravam repetidos. Obteve-se através do Google Académico um artigo e foi utilizado o capítulo de um livro.

Definiram-se como critérios de inclusão, artigos que tivessem sido realizados entre 2016-2022, que englobassem intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e que fossem redigidos em língua portuguesa ou inglesa. Como critérios de exclusão, definiram-se artigos que estivessem repetidos nas bases de dados, com data anterior a 2016 e que tivessem como foco a saúde mental ou a intervenção a pessoas com experiência de outras patologias que não fosse a doença mental. Através do título, foram excluídos 1109 artigos. Foram também excluídos 15 artigos através da leitura do resumo e dois por não serem de acesso gratuito. Obtiveram-se 11 artigos, sendo excluídos quatro por não englobarem intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, nesta revisão foram incluídos sete estudos (5

artigos retirados da CINAHL e MEDLINE; 1 Google Scholar; 1 artigo de livro), , sendo seguidas as orientações das *guidelines* PRISMA (McKenzie, Bossuyt, Boutron, Hoffmann, Mulrow et al., 2021). (Fluxograma 1).

Posteriormente, realizou-se um quadro-síntese, para a caracterizar os estudos seleccionados



Fluxograma 1 – Processo de seleção de estudos através do Protocolo PRISMA

## RESULTADOS

Para sintetizar a informação foi realizado um quadro-síntese onde se encontra o nome do(s) autores, título do artigo, ano de publicação, tipo de estudo, conclusão do estudo e intervenções de enfermagem promotoras de esperança. Neste, encontram-se presentes os sete estudos selecionados.

No primeiro estudo de Stavarski, Alexander, Ortiz & Wasser (2018), que é um estudo descritivo transversal, onde pretendem identificar as percepções que os enfermeiros e as pessoas com experiência do comportamento alimentar sobre as intervenções promotoras de esperança. Destacam o envolvimento interpessoal do enfermeiro; a promoção de objetivos realistas, identificando estratégias para os atingir; o apoio da família e amigos; Realização de intervenções psicoterapêuticas utilizando mediadores expressivos; Participação em grupos de apoio.

O segundo estudo é um estudo fenomenológico e foi realizado por Işık & Ergün (2019). Tem como objetivo examinar o senso de pertença e de esperança da pessoa com experiência de esquizofrenia. Neste estudo, são identificadas como intervenções promotoras de esperança o incentivo da partilha de sentimentos; Identificar fatores promotores de esperança e de desesperança; estar disponível para a pessoa; Assistir a pessoa a realizar avaliações realistas sobre os eventos; Incentivar a participação em grupos e assumir as responsabilidades; Direcionar para receber apoio espiritual quando necessário.

O terceiro estudo realizado por Ursuliak, Hughes, Crocker, MacKenzie & Tibbo (2019) é um estudo qualitativo que tinha como objetivo determinar a eficácia de um programa em grupo, para adultos com psicose, utilizando a plasticina como mediador expressivo e explorar as experiências dos participantes. Neste, concluíram que a utilização da plasticina como mediador expressivo aumenta a esperança e a autoconfiança dos participantes, pelos trabalhos

desenvolvidos. O fato da intervenção ser realizada em grupo e pela partilha de experiências também é promotor de esperança.

O quarto estudo realizado por Kimuma, Kimuma, Choeb & Kimb (2017) é um estudo quase experimental. Este tem como objetivo investigar o efeito das mandalas no bem-estar, na resiliência e na esperança da pessoa com experiência de doença mental, tendo concluído que as mandalas podem efetivamente aumentar a esperança.

O quinto estudo realizado por Dias, Valentim, Seabra & Nogueira (2019) é uma *scoping review* que tem como objetivo identificar intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica promotoras de esperança. Identificaram a criação de narrativas terapêuticas; Técnicas de orientação para o futuro, estabelecendo objetivos realistas; Implementação de programas de promoção de esperança assentes na identificação de recursos e ameaças à esperança; Lembrar memórias de esperança do passado; Aprender a viver melhor o presente e planejar o futuro.

O sexto estudo foi realizado por Querido & Dixe (2016), tendo como objetivo conhecer o papel da esperança na Saúde Mental das pessoas. Ao longo do estudo identificam como intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a Musicoterapia e expressão artística; Enfoque na qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas alvo de cuidados; facilitação das relações sociais e redes de apoio; fortalecimento dos atributos pessoais como a autoestima e autoeficácia através do empowerment; estabelecer e formular objetivos realistas; desenhar intervenções específicas de esperança, incorporando espiritualidade e bem-estar.

O último estudo corresponde ao capítulo de um livro realizado por Querido (2020). Neste são identificadas como intervenções Desocultar a esperança do outro fazendo uso terapêutico de si; Identificar a narrativa de esperança da pessoa; Identificar atributos pessoais de esperança e determinar com a pessoa objetivos realistas; Identificação de símbolos de

esperança, elaboração de diários e Kits de esperança; Realizar cartas

terapêuticas; Grupos de ajuda mútua.

Autor, País	Ano	Título	Tipo de estudo	Principais resultados	Intervenções Promotoras de Esperança
Debra Stavarski, Robbi K. Alexander, Shelby N. Ortiz & Thomas Wasser; Estados Unidos da América	2018	Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study	Estudo descritivo transversal	Interações intencionais e significativas com enfermeiros podem ajudar os pacientes a se sentirem menos como um fardo e talvez melhorar a esperança dos pacientes para o futuro, o que pode ajudar a diminuir o risco de suicídio.	Envolvimento interpessoal dos enfermeiros; A promoção de fé e objetivos pessoais (motivação interna) e o apoio da família e dos amigos (motivação externa); Intervenções psicoterapêuticas com utilização de mediadores expressivos e a participação em grupos de apoio.
Işıl Işık & Gül Ergün; Turquia	2019	Hope and belonging in patients with schizophrenia: A phenomenological study	Estudo fenomenológico	O Sentimento de Esperança e de pertença são conceitos importantes para a pessoa com esquizofrenia	Encorajar a partilha de sentimentos; investigar os fatores que desencadeiam sentimentos de desesperança; estar com as pessoas; ter empatia e apoiar o cliente para fazer avaliações realistas sobre os eventos. Fortalecer o sentimento de esperança nos clientes; Incentivar a participação em grupos e a assumir responsabilidades; Direcionar para receber apoio espiritual quando necessário
Zenovia Ursuliak, Jean Hughes, Candice Crocker, Philip MacKenzie & Tibbo; Canadá	2019	Claymation art therapy in early phase psychosis: A qualitative study to explore participants' experiences with the program and identify outcome effects	Estudo qualitativo	A utilização dos mediadores expressivos alivia o stress, aumenta a confiança e a esperança. Promove também a valorização pelo trabalho desenvolvido e um maior interesse na realização de outras atividades. As atividade em grupo promove o apoio intergruppal.	A utilização de mediadores expressivos; Sessões serem em grupo.

<p>Ana Querido &amp; Maria dos Anjos Dixie; Portugal</p>	<p>2016</p>	<p>A esperança na saúde mental: Uma revisão integrativa da literatura</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>A esperança é protetora da saúde mental e previne a doença mental. Relação positiva entre a esperança e os determinantes de saúde mental A esperança é um fator de resiliência nas famílias</p>	<p>Musicoterapia e expressão artística; Enfoque na qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas alvo de cuidados; facilitação das relações sociais e redes de apoio, fortalecimento dos atributos pessoais como a autoestima e autoeficácia através do empowerment, estabelecer e formular objetivos realistas, desenhar intervenções específicas de esperança, incorporando espiritualidade e bem estar</p>
<p>Catarina Dias, Olga Valentim, Paulo Seabra &amp; Maria José Nogueira; Portugal</p>	<p>2019</p>	<p>Intervenções promotoras de esperança em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Uma scoping review</p>	<p>Scoping review</p>	<p>A operacionalização das Intervenções promotoras de esperança dependem dos contextos e da orientação filosófica do profissional. Pode ocorrer em vários cenários, várias abordagens e com diversas atividades</p>	<p>Criação de narrativas terapêuticas Técnicas de orientação para o futuro, estabelecendo objetivos realistas Implementação de programas de promoção de esperança assentes na identificação de recursos e ameaças à esperança Relembrar memórias de esperança do passado Aprender a viver melhor o presente e planear o futuro</p>
<p>Hyejin Kimuma, Sunman Kimuma, Kwisoon Choeb &amp; Ji Su Kimb, Coreia do Sul</p>	<p>2017</p>	<p>Effects of Mandala art Therapy on Subjective Well-Being, Resilience, and Hope in Psychiatric Inpatients</p>	<p>Estudo quase experimental</p>	<p>Apesar da utilização de mandalas poder ter aumentado a esperança, não houve diferença nos níveis de bem estar subjetivo e resiliência.</p>	<p>A utilização de mandalas pode efetivamente promover a esperança na pessoa com experiência de doença mental</p>

Ana Querido, Portugal	2020	Promoção da Esperança em Saúde Mental	(capítulo de livro)	Desocultar a esperança do outro fazendo uso terapêutico de si; Identificar a narrativa de esperança da pessoa; Identificar atributos pessoais de esperança e determinar com a pessoa objetivos realistas; Identificação de símbolos de esperança, elaboração de diários e Kits de esperança; Realizar cartas terapêuticas; Grupos de ajuda mútua.
-----------------------	------	---------------------------------------	---------------------	---

## DISCUSSÃO

Existe uma heterogeneidade demográfica nos estudos analisados. Com a análise dos estudos, foi possível identificar as intervenções que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental pode realizar com o intuito de promover a esperança. Os estudos são predominantemente dirigidos à pessoa com experiência mental, utilizando vários métodos de investigação, nomeadamente revisões sistemáticas da literatura, estudos quantitativos e qualitativos.

Os autores salientam a importância da promoção da esperança. Nos estudos de Querido (2020), Dias, Valentim, Seabra & Nogueira (2019) e Işık & Ergün (2019) salientam a importância de identificar o significado de esperança e quais os

fatores inibidores e promotores de esperança.

Também Querido (2020), Ursuliak, Hughes, Crocker, MacKenzie & Tibbo (2019), Işık & Ergün (2019) e Stavarski, Alexander, Ortiz & Wasser (2018) destacam a importância da participação em grupos de ajuda mútua para a promoção da esperança, através das partilhas efetuadas nos mesmos.

Querido & Dixie (2016), Ursuliak, Hughes, Crocker, MacKenzie & Tibbo (2019) e Stavarski, Alexander, Ortiz & Wasser (2018) abordam a utilização de mediadores expressivos como promotores de esperança, sendo que estes permitem que a pessoa (re)descubra capacidades.

A presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo em consideração as características da relação terapêutica, também é destacada como uma intervenção promotora de esperança, sendo que este intervém na esperança, fazendo uso terapêutico de si (Querido, 2020; Işık & Ergün, 2019; Stavarski, Alexander, Ortiz & Wasser, 2018; Querido & Dixie, 2016)

Os estudos demonstram o impacto positivo que a esperança tem no dia-a-dia da pessoa com experiência de doença mental e a importância das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nesse âmbito, podendo este intervir tanto individualmente como em grupos.

## **CONCLUSÃO**

Existe o dever, de acordo Vailliot, por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de instilar esperança nas pessoas a quem presta cuidados (Cutcliffe, 2009).

Através das intervenções especializadas promotoras de esperança é possível prevenir a depressão e o suicídio e promover o *recovery*. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica, pela proximidade das pessoas a quem presta cuidados, encontra-se em posição privilegiada para intervir promovendo a esperança. Neste âmbito, torna-se importante que este detenha um elevado autoconhecimento e autoconsciência, tal como o descrito no Regulamento n.º 518/2018 – Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, de forma a fazer uso de si, para desocultar a esperança do outro. Para tal, existem várias intervenções que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode realizar, nomeadamente: Identificar o significado que a pessoa atribui à esperança na sua vida, bem como fontes de esperança e de desesperança; Ajudar a pessoa a estabelecer objetivos realistas e a identificar estratégias que permitam a obtenção destes; Promover a autoestima; Promover a realização de cartas terapêuticas; Utilizar mediadores expressivos; Realizar grupos de ajuda.

Na realização da presente *scoping review*, existiram limitações, nomeadamente serem incluídos

apenas estudos em português e inglês e que se encontrassem disponíveis em texto integral, o que pode ter excluído resultados para este estudo.

Considera-se importante a realização de estudos sobre intervenções especializadas promotoras de esperança na pessoa com experiência de doença mental em diversos contextos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002) The concept of hope in nursing 3: The concept of hope in nursing 3: Hope and Palliative Care Nursing. *British Journal of Nursing*, 11(14), pp 977-982. DOI:

<https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.14.10470>

Dias, C., Valentim, V., Seabra, P. & Nogueira, M. J. (2019) Intervenções Promotoras de Esperança em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Saúde Mental. Especial* (7), pp. 97-102. DOI:

<https://doi.org/10.19131/rpesm.0253>

Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its Sphere and

Dimensions. *Nursing Clinics of North America*. 20 (2), 379-391

Efstathiou, V., Papadopoulou, A., Christodoulou, C., Gournellis, R., Michopoulos, I. & Ferentinos, P.(2018) The Relationship between Hopelessness and Clinical Characteristics of Hospitalized Patients with Recent Suicide Attempt. *Issues in Mental Health Nursing* DOI:

<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1491656>

Işık, I & Ergün, G. (2019) Hope and belonging in patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care* 56(2), 235-242.

DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12418>

Kimuma, H., Kimuma, S., Choeb, K. & Kimb, J. S. (2017) Effects of Mandala art Therapy on Subjective Well-Being, Resilience, and Hope in Psychiatric Inpatients. *Archive Psychiatric Nursing* 32(2), 167-173 . DOI: [10.1016/j.apnu.2017.08.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.008)

McKenzie, M., Bossuyt, J., Boutron, P., Hoffmann, I., Mulrow, C. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for

reporting systematic reviews. DOI: [10.1136 / bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)

Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2012) Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. S.l.: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23-06-2022. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp\\_mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp_mceesmp.pdf)

Peters, J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute

Querido, A. (2020) Promoção da Esperança em Saúde mental in C. Sequeira & F. Sampaio (coords) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 243-246) Lisboa: Lidel

Querido, A. I. F. & Dixe, M. A. (2016) A esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura in *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Esp.3) DOI:

<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0124>

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 151 de 07-08-2015), 21427 – 21430. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Sequeira, C. & Sampaio F. (2020) Da Saúde à Doença Mental in C. Sequeira & F. Sampaio (coords) *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 3-6) Lisboa: Lidel

Stavarski, D., Alexander, R. K., Ortiz, S. N. & Wasser, T. (2019) Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing* 26, 29-38 DOI: [10.1111/jpm.12507](https://doi.org/10.1111/jpm.12507)

Ursuliak, Z., Hughes, J., Crocker, C.E., MacKenzie, A., & Tibbo, P.G. (2019). Claymation art therapy in

early phase psychosis: A qualitative study to explore participants' experiences with the program and identify outcome effects, *Early Intervention in Psychiatry*, 14(6), pp. 698-704. DOI:

<https://doi.org/10.1111/eip.12896>

**APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO HERTH  
HOPE INDEX**



MARTA DANIELA PRATA LOPES

Boa tarde

Chamo-me Marta Lopes e encontro-me a frequentar o 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Venho, por este meio, solicitar que me concedam a autorização da utilização da escala Hope Herth Index, validado por Vossas Excelências para a população portuguesa, no meu projeto que se intitula por "Promoção da Esperança na pessoa com experiência de doença mental". Este será implementado entre outubro de 2021 a fevereiro de 2022, na consulta comunitária de Oeiras e no Serviço de Psiquiatria de Agudos do Hospital Garcia de Orta.

Grata pela vossa atenção

Os melhores cumprimentos

Marta Lopes



to me ▼

Boa noite Marta

Antes de mais as minhas desculpas pelo atraso na resposta mas por algum motivo perdi o rasto a este email.

Parabéns pela escolha da temática e pela iniciativa.

Espero que esteja tudo a correr pelo melhor e que já tenha tido a autorização dada por alguma das minhas colegas.

Se não for esse o caso, considere a permissão para utilizar o instrumento Herth Hope Index na sua versão portuguesa.

Segue em anexo para o caso de necessidade.

Votos de um excelente 2022, pleno de realizações pessoais e profissionais!

Com os melhores cumprimentos

## **II – ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (HHI-PT-DC)**

Em baixo estão listadas várias afirmações. Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento.

Data \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Sinto-me completamente só.				
4. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
5. Tenho uma fé que me dá conforto.				
8. Tenho uma profunda força interior.				
9. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
10. A minha vida tem um rumo				
11. Acredito que cada dia tem potencial				
12. Sinto que a minha vida tem valor e mérito				

## **APÊNDICE III – GUIÃO DE ENTREVISTA**

**Guião de Entrevista (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017; Sequeira, 2020; Querido, 2020)**

**Dados fornecidos:**

<b>Local:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Nacionalidade:</b>
<b>Sexo:</b>	<b>Diagnóstico:</b>
<b>Habilitações Literárias:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>Profissão:</b>	<b>Pessoa Significativa:</b>
<b>Apoios sociais:</b>	<b>Situação Laboral:</b>

**História da doença atual:**

- Caracterização do problema atual
- Perceção sobre o problema
- História de evolução
- Fatores associados
- Fatores precipitantes
- Consequências do problema
- Estratégias mobilizadas para minimizar ou resolver o problema
- Recursos da pessoa para resolução do problema

**Antecedentes pessoais:**

- Doenças
- Cirurgias
- Medicação
- Utilização de substâncias aditivas

**História de vida:**

- Infância:
  1. História pré-natal
  2. Lembranças de infância
  3. Ambiente familiar
  4. História escolar
  5. História de abusos
- Adolescência
  1. Relações significativas

2. Comportamento

3. História sexual

- **Adulto**

1. História de trabalho: relações;

2. História financeira

3. Relações significativas: Amizades; casamentos

4. Religião

**História familiar:**

- Doenças conhecidas

**Esperança:**

- Símbolo de esperança
- A esperança na vida da pessoa
- Fontes de esperança
- Fatores de esperança
- Fatores de desesperança

**APÊNDICE IV - SESSÃO “OBJETIVOS DE VIDA”**

## SESSÃO: OBJETIVOS DE VIDA

**Descrição:** sessão com intuito de delinear objetivos futuros realistas

**Objetivo geral:** Promover o estabelecimento de objetivos futuros, com o intuito de aumentar a esperança

**Objetivos específicos:** Promover a partilha de sentimentos; identificar objetivos futuros

**Justificação:** A identificação de objetivos futuros que sejam realistas e atingíveis, a realização de planos realistas para atingir o mesmo e a motivação são componentes do processo de esperança. Torna-se assim necessário incentivar o reajuste de objetivos mediante as capacidades da pessoa. Através da promoção de esperança, a pessoa com experiência de doença mental tem uma maior probabilidade seguir os seus objetivos. (Querido, 2012)

	Descrição	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apresentação dos objetivos da sessão</li><li>➤ Breve resumo da sessão anterior</li><li>➤ Realização de exercício quebra gelo – a definir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Definição de objetivos de vida realistas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Folha branca</li><li>➤ Canetas/lápis</li><li>➤ Mesas</li><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Partilha desse(s) objetivo(s) e identificar recursos para a realização deste(s)</li> </ul>			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feedback e avaliação das sessões</li> <li>➤ Agradecimento</li> <li>➤ Resumo da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadeiras</li> </ul>	Enfermeira	15 min

**APÊNDICE V - SESSÃO “SÍMBOLOS DE ESPERANÇA”**

## SESSÃO: SÍMBOLOS DE ESPERANÇA

**Descrição:** Atividade realizada com o objetivo de explorar o conceito de esperança e o que representa a esperança

**Objetivo geral:** Explorar significado da palavra “esperança”

**Objetivos específicos:** Identificar símbolos de esperança; Identificar fatores promotores ou inibidores de esperança, Informar sobre a importância da esperança da Saúde Mental

### Justificação:

A promoção da esperança reduz a depressão, bem como o risco de suicídio (Efstathiou et al., 2018). A presente sessão consiste na identificação de símbolos de esperança, com o intuito de ser explorado o seu significado, com o objetivo de promover a esperança (Querido,2020). Pretende-se utilizar a expressão plástica nesta atividade, com o intuito de promover a criatividade e na descoberta de novos recursos, contribuindo para o aumento da esperança da pessoa com experiência de doença mental (Querido & Dixie, 2016). Torna-se assim importante, de acordo com Querido (2012) citando Herth (2001) identificar os fatores que inibem a esperança, mas também áreas de esperança e recursos que a possam fortalecer, com o objetivo de promover a esperança.

	Descrição	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Tempo
Introdução	➤ Apresentação dos objetivos da sessão	➤ Cadeiras	Enfermeira	15 min
Desenvolvimento	➤ Exploração do significado da esperança ➤ Realização de um desenho no qual contenha uma	➤ Folhas brancas ➤ Lápis/ canetas ➤ Mesas ➤ Cadeiras	Enfermeira	10 min – desenho 25 min – partilha de experiências

	<p>imagem/símbolo que lhe lembre a palavra “esperança”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Partilha de experiências que possam promover ou inibir a esperança</li> </ul>			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feedback</li> <li>➤ Agradecimento</li> <li>➤ Resumo da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadeiras</li> </ul>	Enfermeira	10 min

**APÊNDICE VI - SESSÃO “CARTAS DE GRATIDÃO”**

## SESSÃO: CARTAS TERAPÊUTICAS

**Descrição:** Realização de uma carta a uma pessoa a quem sejam gratas

**Objetivo geral:** Promover memórias positivas, com o intuito de aumentar a esperança

**Objetivos específicos:** Promover a partilha de sentimentos e de experiências;

**Justificação:** As cartas terapêuticas têm como intuito atuar como um veículo para a promoção da mudança, o que mobiliza pensamentos motivadores, forças individuais e conselhos (Paiva & Rasera, 2012). Para além disto, as cartas terapêuticas ajudam a identificar sentimentos, promovem as relações entre o doente e família e facilitam o empowerment, o que por sua vez promove a esperança. (Querido, 2012 citando Prasko, Diveko, Mosny, & Sigmundova, 2009; Rodgers, 2009; Prasko et al., 2009).

	Descrição	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apresentação dos objetivos da sessão</li><li>➤ Breve resumo da sessão anterior</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realização de uma carta terapêutica</li><li>➤ Partilha do que sentiram aquando da realização da carta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Folhas brancas</li><li>➤ Esferográfica</li><li>➤ Mesas</li></ul>	Enfermeira	20 min –escrita 10 min – partilha de sentimentos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Feedback</li><li>➤ Agradecimento</li><li>➤ Resumo da sessão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	10 min

**APÊNDICE VII – SESSÃO “PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA”**

## SESSÃO: PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA

**Descrição:** Atividade realizada com o objetivo de explorar a autoestima

**Objetivo geral:** Reformular a concepção da autoestima

**Objetivos específicos:** Identificar características positivas/ negativas na sua autoestima; valorizar as características positivas da sua autoestima

### Justificação:

A autoestima é um dos determinantes de esperança (Gallagher & Lopez, 2013 e Schrank, Bird, Rudnick & Slade, 2011) e de acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2017), consiste na opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades. Uma baixa autoestima torna os indivíduos mais suscetíveis de consumo de droga e/ou tabaco e de virem a desenvolver uma doença psiquiátrica (Paixão, Patias & Dell'Aglio, 2018). Torna-se assim importante a promoção da autoestima

	Descrição	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apresentação dos objetivos da sessão</li><li>➤ Realização de exercício quebra gelo – a definir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realização de um autorretrato</li><li>➤ Identificação de características positivas e negativas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Folhas brancas</li><li>➤ Lápis/ canetas</li><li>➤ Mesas</li><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	10 min – desenho 25 min – partilha
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Feedback</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	10 min

	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Agradecimento</li><li>➤ Resumo da sessão</li><li>➤ Preparação da próxima sessão</li></ul>			
--	---	--	--	--

## **APÊNDICE VIII – SESSÃO “RELAXAMENTO”**

## SESSÃO: RELAXAMENTO

**Descrição:** Sessão realizada com o objetivo de promover o relaxamento.

**Objetivo geral:** Desenvolver estratégias de relaxamento

**Objetivos específicos:** Identificar os sentimentos referentes ao relaxamento; Promover a esperança

**Justificação:** O relaxamento através de imaginação com imagens positivas, de acordo com Querido (2012) citando Aubuchon (1990), aumenta os níveis de esperança. O relaxamento, de acordo com Payne (2003), é um estado de consciência, no qual se obtêm sensações agradáveis e afastam-se pensamentos desagradáveis ou que possam gerar *stress*. Assim, o relaxamento tem como objetivo prevenir as consequências fisiológicas do *stress*, aliviar este e desenvolver competências mentais para lidar com o mesmo.

	Descrição	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apresentação dos objetivos da sessão</li><li>➤ Apresentação do grupo</li></ul>		Enfermeira	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Relaxamento por imaginação guiada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Coluna de som</li><li>➤ Telemóvel</li><li>➤ Colchões</li><li>➤</li></ul>	Enfermeira	25 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Feedback</li><li>➤ Agradecimento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cadeiras</li></ul>	Enfermeira	10 min

	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Resumo da sessão</li><li>➤ Preparação da próxima sessão</li></ul>			
--	---	--	--	--

**ANEXOS**

**ANEXO I – CERTIFICADO CURSO DE *MINDFULNESS***

# Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Marta Daniela Prata Lopes natural de Seixal nascida em 12/10/1994, com o N.º de Identificação Civil 14687936 válido até 30/08/2024, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Mindfulness, em 17/08/2022, com a duração de 40:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Introdução ao Mindfulness	5:00	-
Estratégias e Competências do Mindfulness	5:00	-
Mindfulness nas Relações Interpessoais	5:00	-
Mindfulness no Trabalho	5:00	-
Mindfulness na Saúde e no Bem-Estar	5:00	-
Mindfulness na Educação	5:00	-
Mindfulness e a Alimentação - Mindfull Eating	5:00	-
A Aplicação da Prática do Mindfulness no dia-a-dia	5:00	-
Nota Final		20

Faro - Portugal, 09 de setembro de 2022

O(A) Responsável pelo(a) Traininghouse, Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Traininghouse Lda  
Nif: 510 294 901  
Atribuição de Referência

Certificado n.º 2195/2022 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Assinado por: **Marta do Nascimento José**  
Num. de Identificação: 10501848  
Data: 2022.09.09 13:49:00+01'00'

