



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

**A Promoção da Esperança no Jovem Adulto
com um Primeiro Surto Psicótico**

António de Campos Domingues

**Lisboa
2021**



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

**A Promoção da Esperança no Jovem Adulto
com um Primeiro Surto Psicótico**

António de Campos Domingues



Orientador: Professora Doutora Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

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

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Para a minha família, onde a vida começa e acaba, onde cada elemento se completa na individualidade de um todo.

Para a Cláudia, pelo incentivo e constante apoio. Também pela incessante partilha das experiências de sermos enfermeiros. Porque não é fácil falar de enfermagem com alguém que não é enfermeiro.

Ao Francisco e ao Afonso pelo crescimento que vivemos em conjunto durante este período de estudos. Estímulos conjuntos e incentivos partilhados. Todos crescemos.

Agradecer à professora Luísa d'Espiney. A nossa professora de família. Uma enorme partilha, um querer alcançar, sempre, algo mais. Mais do que respeito pela pessoa humana e pela profissão de enfermagem: um saber estar na vida que ilumina a existência do outro.

Agradecer à enfermeira Isabel Landeiro. Uma senhora enfermeira. Grande profissional, grande colega, grande pessoa. Nunca desiste do outro.

Agradecer, também, ao enfermeiro Abílio Cardoso. Enorme saber de experiência. Nunca deixa de ouvir o outro.

Agradecer a todos os colegas dos serviços, que ao longo deste percurso me apoiaram, quer pela disponibilidade de trocas de turnos, quer pelas partilhas e incentivos. Não se consegue prosseguir estudos de graduação e de pós-graduação sem a colaboração de todos.

Também para todas as pessoas que se cruzaram connosco durante este percurso. Pelo respeito que transmitiram. Pela participação sincera e desinteressada. Muitas das vezes, elas próprias, a viverem contextos existenciais complexos e sofredores.

A todos, o meu muito obrigado.

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychiatric Association*

ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

BUS – Bens de Utilidade Social

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICD – *International Classification of Diseases*

ICN – *International Council of Nurses*

IDEQ – Instituto de Prevenção e Tratamento da Dependência Química e Comportamentos Compulsivos

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A esperança apresenta-se como uma possibilidade existencial, onde o jovem adulto se projeta no futuro pelo trabalho no presente de objetivos realistas. Para além de ser um forte determinante em saúde mental, a esperança constitui um importante foco de enfermagem de saúde mental e um conceito chave no processo de *recovery* do jovem adulto. Promover a esperança assume, então, um papel central na prática especializada de enfermagem de saúde mental, pela forma como é estabelecida uma parceria com a pessoa na redescoberta de possibilidades de bem-estar e de autonomia.

O presente relatório tem como objetivo descrever o percurso de aquisição de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e de mestre na área de especialização. Este caminho foi percorrido em dois contextos clínicos distintos: uma unidade de internamento de psiquiatria e uma consulta comunitária especializada.

O jovem adulto narra a experiência de um primeiro surto psicótico de forma confusa, incoerente, colocando em evidência um conjunto de emoções negativas, conseqüentes a uma perda de funcionalidade para com as aspirações que o mesmo tem, na fase de desenvolvimento psicossocial que vive. Atendendo a todo o seu percurso de vida, o jovem adulto lida com o acontecimento de vida atual com confiança e orientação para o futuro, sustentado por um conjunto de objetivos de vida.

Pelo enquadramento conceptual foram identificadas duas atitudes fundamentais para a promoção da esperança: a relação terapêutica e o enfermeiro ser portador, ele próprio, de esperança. Alocado a um trabalho de projeto para a promoção da esperança no jovem adulto a experienciar um primeiro surto psicótico, foram trabalhadas as competências preconizadas para a especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Toda a prática reflexiva inerente a este percurso de especialização conduziu a que a promoção da esperança encontrasse forte vinculação ao sentido de vida e *recovery*.

Palavras-Chave: Esperança; Jovem Adulto; Saúde Mental; Enfermagem; Primeiro Surto Psicótico

ABSTRACT

Hope presents itself as an existential possibility, where the young adult projects himself into the future by working in the present with realistic goals. In addition to being a strong determinant in mental health, hope is an important focus of mental health nursing and a key concept in the young adult's recovery process. Promoting hope thus assumes a central role in the specialized practice of mental health nursing, due to the way in which a partnership is established with the person in the rediscovery of possibilities for well-being and autonomy.

This report aims to describe the trajectory of the acquisition of specialized skills in mental and psychiatric health nursing and a master's degree in the area of specialization. This path was followed in two distinct clinical contexts: a psychiatric inpatient unit and a specialized community consultation.

The young adult narrates the experience of a first psychotic episode in a confused, incoherent way, highlighting a set of negative emotions, resulting from a loss of functionality towards the aspirations that he/she has, in the phase of psychosocial development that he/she lives. Taking care of their entire life course, young adults deal with the current life event with confidence and guidance for the future, supported by a set of life goals.

Through the conceptual framework, two fundamental attitudes for the promotion of hope were identified: the therapeutic relationship and the nurse being a carrier of hope. Allocated to a project work for the promotion of hope in young adults experiencing a first psychotic break, the skills recommended for specialization in mental health and psychiatric nursing were worked on.

All the reflexive practice inherent in this specialization path led to the promotion of hope finding a strong connection to the meaning of life and recovery.

Key words: *Hope; Young Adult; Mental Health; Nursing; First Psychotic Break*

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. O JOVEM ADULTO E A EXPERIÊNCIA DE UM PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO.....	13
1.2. A ESPERANÇA ENQUANTO ELEMENTO DE RECOVERY.....	16
1.3. AS ATITUDES PROMOTORAS DE ESPERANÇA.....	21
2. A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO JOVEM ADULTO COM UM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO	26
2.1. A INTERVENÇÃO DO EEESMP EM AMBIENTE HOSPITALAR ..	27
2.1.1. O grupo [RE]NASCER DA ESPERANÇA	30
2.1.2. A esperança enquanto iniciativa para um projeto de vida ...	35
2.1.3. A promoção da esperança no grupo do comportamento alimentar	38
2.2. O CONTEXTO COMUNITÁRIO	40
2.2.1. A consulta especializada de enfermagem	41
2.2.2. A visita domiciliária	44
2.2.3. O trabalho multidisciplinar e os recursos comunitários	46
2.2.4. A esperança enquanto caminho para um sentido de vida ...	48
2.3. A ESPERANÇA NAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM.....	49
3. OS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Modelo de sistemas de Betty Neuman aplicado ao jovem adulto a experienciar um primeiro episódio psicótico

APÊNDICE 2 – Mapa conceitual

APÊNDICE 3 – Modelo de relação de ajuda profissional

APÊNDICE 4 – Diagnósticos de enfermagem

APÊNDICE 5 – Entrevista semidiretiva de colheita de dados

APÊNDICE 6 – Análise das entrevistas semidiretivas de colheita de dados

APÊNDICE 7 – A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico: a *Scoping Review*

APÊNDICE 8 – Plano de sessão 1 – Início da relação: o encontro com o outro

APÊNDICE 9 – Árvore dos talentos grupal

APÊNDICE 10 – Plano de sessão 2 – O ponto de partida: o que existe em nós?

APÊNDICE 11 – Plano de sessão 3 – O significado de vida: problema ou oportunidade?

APÊNDICE 12 – Plano de sessão 4 – O significado como problema: estratégias de clarificação

APÊNDICE 13 – Plano de sessão 5 – Viver a mudança: um novo significado

APÊNDICE 14 – Plano de sessão 6 – A mudança acontece: estou preparado

APÊNDICE 15 – Brasões de esperança dos participantes do grupo [re]nascido da esperança

APÊNDICE 16 – Folheto O [re]nascido da esperança

APÊNDICE 17 – Questionário de avaliação da satisfação dos participantes face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança

APÊNDICE 18 – Plano de sessão de Psicoeducação – As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar

APÊNDICE 19 – Pensamentos de iniciativa vs. Obstáculos vs. Pensamentos de caminho

APÊNDICE 20 – Folheto Estilos de Vida Saudáveis

APÊNDICE 21 – Processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista

APÊNDICE 22 – Processo de aquisição de competências específicas do EESMP

APÊNDICE 23 – Recensão crítica do II capítulo do livro de Carl Rogers “*Tornar-se pessoa*”

ANEXOS

ANEXO 1 – Modelo Integrado de *Recovery* Orientado

ANEXO 2 – Grelha de análise das narrativas dos participantes face à presença expressa de elementos de esperança – NOC

ANEXO 3 – Escala da esperança (HHI – PT – DC)

ANEXO 4 – Parecer e autorização dos peritos de validação da escala da esperança (HHI – PT – DC) para utilização em contextos de saúde mental

INTRODUÇÃO

O posicionamento da pessoa com doença mental, no contexto dos cuidados de saúde, tem sido dinâmico, em linha com a natural evolução dos conceitos de saúde, doença, prestação de cuidados e resultados sensíveis aos mesmos. Desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, a saúde é entendida como um objetivo social primordial, fomentando a participação da pessoa no exercício da assertividade para com os seus direitos e deveres, de forma a participar individual e coletivamente no seu projeto de saúde. Na Declaração de Jacarta, em 1997, é dada ênfase à importância de a pessoa estar no centro de decisão das melhores opções para a sua saúde.

Entende-se, então, que é a pessoa que possui o protagonismo de perseguir um equilíbrio para a sua vida, onde a saúde mental representa "... um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade" (WHO, 2001). O equilíbrio, pela perspectiva negativa, como ausência de doença, e pela perspectiva positiva, como a capacidade de adaptação e bem-estar.

De entre os vários determinantes de saúde mental, representando as inúmeras circunstâncias que sobressaem da interação que a pessoa vive com o ambiente e passíveis de serem alteradas ao longo do ciclo vital (Compton & Shim, 2015), a desesperança é apresentada como sendo uma condição que concorre com os processos de adaptação da pessoa, gerando desequilíbrio e perda de homeostase (Patel & Kleinman, 2003). É apontada, também, como sinal de alerta e de maior incidência para a doença física, para a depressão e para os comportamentos suicidários (WHO, 2010; Cutcliffe & Herth, 2002).

A esperança conforta a alma, a honra e a vida. A sabedoria popular opina sobre um conceito intrínseco a todo o ser humano e multidisciplinar na sua abordagem teórica. A Enfermagem, como uma disciplina do conhecimento, assume também a sua responsabilidade na multidisciplinaridade e atribui-lhe um foco com área de interesse para o cuidar (ICN, 2015).

Este foco de atenção tem sido, para mim, motivo de preocupação. Na minha prática clínica, posso dizer que o conforto da esperança na alma, na honra e na vida adquire relevância acrescida, onde a pessoa inserida em franjas da sociedade como a reclusão ou o internamento em unidades de vida protegida e apoiada parece viver uma desesperança sem fim. As emoções tendem a ser sempre negativas e o futuro

um bem inacessível. Desta forma, como podemos trabalhar o presente se não existe um vislumbre que possa ser apelidado de futuro?

A esperança apresenta-se como uma possibilidade de confiança, de futuro e de sentido à existência (Monteiro, 2014), promovendo a adaptação da pessoa em momentos de desequilíbrio. Constitui-se, portanto, como um forte determinante para a saúde mental (Oliveira, 2020; Querido & Dixe, 2016), mais, na enfermagem adquire um importante estatuto de foco de enfermagem de saúde mental (Querido, 2018). Desta forma e ancorada a toda uma perspetiva existencial humanista, a inquietação gerada em mim devolve-me a responsabilidade de intervir em algo refletido como imperfeito, sendo um projeto de promoção da esperança uma estratégia de intervenção organizada e focada nas reais necessidades das pessoas.

A população visada para este projeto teve discussão e enquadramento por três vertentes distintas. Primeiro, uma observação prévia, em contexto clínico, da necessidade de promoção da esperança no jovem adulto a experienciar um primeiro surto psicótico. Em segundo lugar, todo o enquadramento teórico defender que a grande incidência do primeiro episódio ocorre no final da adolescência e no jovem adulto. Por fim, a escassa produção científica sobre experiências de esperança do jovem adulto a experienciar um primeiro episódio psicótico.

O processo de observação e reflexão da prática profissional, aliado a uma necessidade pessoal e profissional de desenvolvimento de competências, de forma a dar respostas mais capazes para com os problemas de saúde mental das pessoas que cuido, conduz-nos à finalidade máxima do presente estudo, sendo a mesma desenvolver um trabalho de projeto que dê resposta à seguinte pergunta de partida: **como é experienciada a esperança pelo jovem adulto ao viver um primeiro episódio psicótico?**

A operacionalização de todo este processo toma forma pela oportunidade dada pela ESEL, ao ministrar o 11º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O objetivo primordial para este trabalho de projeto é **“Promover a esperança no jovem adulto com um primeiro surto psicótico”**.

De uma forma mais específica, todo este percurso formativo, descrito neste relatório de estágio, pretende, por um lado, demonstrar e validar todo o processo de aquisição de competências comuns ao enfermeiro especialista e as competências específicas ao EEESMP, mas também, as competências inerentes à atribuição do grau de mestre.

Para além da metodologia de trabalho de projeto, já anteriormente defendida, recorreremos, também, a um consistente enquadramento teórico, de forma a sustentar todo o processo interventivo. A revisão da literatura feita com recurso a uma *Scoping Review* forneceu-nos um contributo importante, mapeando as evidências sobre **“A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico”**. Ainda, um constante pensamento e prática reflexiva, de forma a manter uma atitude crítica, mas construtiva, perante a realidade considerada imperfeita. Por último, e ainda como metodologia utilizada, a observação participante, pela conciliação da promoção da esperança, por nós realizada, com a observação das experiências de esperança do jovem adulto a viver um primeiro episódio psicótico.

Este escrito encontra três momentos importantes na sua constituição. Em primeiro lugar, o enquadramento teórico pretende blindar toda a definição de conceitos, a sua relação e alcance, de forma a sustentar todas as posteriores intervenções. Desta forma, exploramos a ligação existente entre o jovem adulto e a experiência de um primeiro surto psicótico. Também o conceito de esperança e a sua contribuição para o processo de *recovery*. Por fim, as atitudes promotoras de esperança, como forma de operacionalizar a promoção da esperança enquanto intervenção psicoterapêutica realizada pelo EEESMP.

Em segundo momento, é dado ênfase ao trabalho interventivo, em contexto de ensinamentos clínicos, para a promoção da esperança no jovem adulto a viver um primeiro surto psicótico. São definidos dois contextos distintos, internamento e comunidade, de forma a atender às exigências da OE para o desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada de enfermagem de saúde mental. É dada relevância também à esperança nas equipas de enfermagem, não fosse essa uma das condições necessárias para a instilação da esperança por parte dos enfermeiros.

Por fim, a descrição de todos os processos de aquisição de competências especializadas, quer de natureza comum a todas as especialidades em enfermagem, quer as específicas à especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este trabalho pretende ser, ele próprio, o garante de aquisição de competências inerentes à atribuição do grau de mestre.

Importa ainda referir que a elaboração deste relatório de estágio obedeceu a uma metodologia de natureza expositiva e descritiva, mas também analítica de forma a dar resposta à pergunta inicial. Para a sua escrita usámos as normas defendidas pela *American Psychology Association*, na sua sétima edição apresentada em outubro de 2017.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fase conceptual deste trabalho teve a sua génese na fase de projeto, onde a ideia inicial de trabalhar a esperança surge pela observação da prática clínica diária. Esta observação e reflexão sobre a mesma permitiu delimitar fenómenos de desesperança, suficientemente fortes, inquietantes e capazes de mobilizar para uma ação ou intervenção.

Conceptualizar estes fenómenos pretende ser um processo organizado de desenvolver ideias e de as sustentar teoricamente, com vista a materializar de forma lógica e ordenada o objeto de estudo (Fortin, 1999). A definição dos conceitos chave e de todos os outros elementos do trabalho permitirá a criação de uma relação entre os mesmos, dando origem a um mapa conceptual.

1.1. O JOVEM ADULTO E A EXPERIÊNCIA DE UM PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO

O entendimento do ciclo vital pressupõe, não só, a perceção de alterações que cada pessoa vive ao longo da sua vida, mas também o pluralismo e a heterogeneidade dos caminhos existências para caracterizar essas mesmas alterações (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999). O integral desenvolvimento da própria vida, por todas estas alterações deverá, também, ser enquadrado com múltiplos fatores como a idade, a biografia de cada pessoa, aspetos geracionais e socio-históricos (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O período do ciclo vital designado por Jovem Adulto representa a passagem entre a adolescência e a fase adulta e contém similitudes para com ambas as etapas adjacentes (Dias & Fontaine, 2002). São múltiplos os enquadramentos feitos a esta fase do ciclo vital, tendo por base quer as mudanças sociais, económicos e demográficas presentes, quer os momentos em que ocorrem essas mudanças, tais como a escolaridade, a independência financeira, o casamento e a parentalidade (Settersten Jr, Furstenberg Jr & Rumbaut, 2008). Atendendo a uma dupla conceção desenvolvimentista, mas também evolucionista, optamos por duas teorias que preenchem estas duas exigências: Erik Erikson e Jeffrey Arnett.

A teoria de desenvolvimento psicossocial de Erikson contempla oito fases, sendo que a cada uma corresponde uma crise associada a uma ambivalência sentimental a que a pessoa está sujeita, vivida pelo conflito com o meio social envolvente e a uma tarefa que é colocada para a sua resolução (Erikson, 1980). Cada resolução positiva

conduz à epigénese de determinado componente da personalidade, pelo desenvolvimento de determinado sentimento (Veríssimo, 2002). O jovem adulto vive a sua identidade fortalecida e procura a intimidade nas relações com o outro, fruto de um sentido de vida deveras perspetivado. A ambiguidade surge pelos perigos de hostilidade, desacordo, dominação ou desilusão, entre muitos outros (Erikson, 1980). A não resolução do conflito conduz ao evitamento e ao isolamento. Erikson defende a janela temporal para esta etapa como sendo dos 21 aos 40 anos (Veríssimo, 2002).

A prorrogação desta fase até à quarta década de vida tem um argumento importante em sua defesa: o cérebro do adolescente mantém o seu sazonalidade até ao meio da terceira década de vida (Johnson, Blum & Giedd, 2010). Erikson entendia este período de extensão do desenvolvimento como a moratória psicossocial, onde a experiência de papéis e sentido de alternativas era preferido face a compromissos ou responsabilidades (Erikson, 1980).

Na segunda proposta teórica visada para enquadrar o jovem adulto, Arnett restringe esta fase ao período entre os 18 e os 25 anos de idade, nomeando-o como *emerging adulthood* (Arnett, 2000). Esta proposição admite que o adulto emergente explora e experimenta as infindas oportunidades no amor, no trabalho ou nas perspetivas de vida, atrasando a passagem para a fase seguinte. Desta forma, centraliza a sua identidade na independência, no autodesenvolvimento ou na tomada de decisões pessoais, experimentando várias funções e papéis antes de consolidar a sua identidade, assumir compromissos e transitar para a fase adulta (Arnett, 1998).

Em suma, o jovem adulto não representa, apenas, uma transição entre a adolescência e a idade adulta. Representa sim uma época distinta, onde a pessoa vive mudanças no *self*, analisa preferências pessoais e comportamentos (Arnett, 1998) e edifica um sentido de identidade (Benson & Elder Jr, 2011), promovendo a sua autonomia (Dias & Fontaine, 2002) e construindo a sua intimidade (Erikson, 1980).

Para a compreensão do entendimento de psicose, importa enunciar o seu conceito nosológico. Este surge com Karl Jaspers quando, em 1913, estabelece a dicotomia entre psicose e não psicose, ou neurose (Bürky, 2008). A primeira seria resultado de uma doença somática, portanto, um processo, enquanto a segunda seria uma história de vida psicológica, representando uma constante ligação à saúde. A partir da conceção nosológica, Jaspers apela à clarificação diagnóstica, nomeadamente pela aplicação de critérios bem definidos. Esta clarificação diagnóstica toma maior consistência na segunda metade do século vinte, com o

desenvolvimento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e da *International Classification of Diseases* (ICD).

O conceito de psicose não é consensual e tende a ser heterogêneo, complexo e multifatorial, sendo a gravidade dos sintomas e a sua ampla variedade o elemento guia para diferentes diagnósticos subsequentes (First & Gibbon, 2004; Rosen, Marvin, Reilly, Deleon, Harris, Keedy, Solari, Weiden, P. & Sweeney, 2012 & American Psychiatric Association, 2013). O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) circunscreve o conceito de psicose à presença de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou comportamento inadequado, bem como a ausência de *insight* para com os sintomas (APA, 2013). Para além de sintomas negativos, são descritos também sintomas negativos e afetivos (Levy & Coentre, 2014). Relativamente ao humor, a evidência aponta para a disforia, a tendência para o suicídio e a desesperança (Stuart & Laraia, 2001).

Face a este contexto, importa clarificar o conceito mais abrangente de psicose. Assim, psicose representa uma perda dos limites do *Ego* ou um dano significativo na noção (Sadock, Sadock, Ruiz & Kaplan, 2009) e do contato com a realidade (National Institute of Mental Health, 2015).

A epidemiologia do primeiro episódio psicótico é pouco conhecida, pela inexistência de estudos sistémicos suficientes para a sua compreensão (Baldwin, Browne, Scully, Quinn, Morgan, Kinsella, Owens, Russell, O'Callaghan & Waddington, 2005). A sua incidência é descrita de 16,7 casos por cada 10 000 pessoas para o sexo masculino e 8,1 casos por cada 10 000 pessoas para o sexo feminino, sendo o pico temporal de aparecimento dos sintomas entre os 15 e os 24 anos (Amminger, Harris, Conus, Lambert, Elkins, Yuen & McGorry, 2006). Turner, Smith-Hamel & Mulder (2006) e Payne, Malla, Norman, Windell & Brown (2006) defendem, que para os estudos que analisaram, o intervalo circunscreve-se nos 22 aos 31 anos. Mais ainda, Sadock et al (2009) e APA (2013) corroboram o final da adolescência e o início da idade adulta como o momento de maior probabilidade de surgir um surto psicótico.

Levy & Coentre (2014) alertam ainda para privilegiar um diagnóstico sindromático em detrimento de um diagnóstico nosológico pelo polimorfismo das apresentações clínicas e de forma a não estigmatizar as pessoas afetadas. Corrigan & Penn (1999) reforçam esta ideia afirmando que o impacto do estigma e da discriminação pode ser tão prejudicial como a própria doença em si. Esta abordagem sindromática conduz a que, no jovem adulto, surjam dois grandes grupos diagnósticos, na psicose: as psicoses não afetivas, situação que conduzirá em 20 %

a uma esquizofrenia (Carreiro & Martins, 2008) e as psicoses afetivas, com potencial evolução para um transtorno bipolar com sintomatologia psicótica ou um transtorno depressivo major com características psicóticas (Coentre, Blanco, Fontes & Power, 2011).

Será importante, ainda, uma breve análise dos fatores de risco para um primeiro episódio psicótico. Os fatores de risco psicossocial, são referidos por Kapila, Fisher, Johnson, Major, Rahaman, Joyce, Chamberlain-Kent, Lawrence, Young & Stone (2019) como sendo determinantes para o desenvolvimento de uma psicose. As experiências traumáticas como uma maternidade atípica, a perda de figura de referência ou os abusos, bem como atraso no desenvolvimento ou baixo nível de funcionamento intelectual, na relação com fatores familiares e genéticos (história familiar de psicose), potenciam o risco da mesma. São descritos, ainda, fatores ambientais, tais como a mudança frequente de emprego, o absentismo escolar, baixo nível de energia, exposição a *cannabis* na infância e consumo atual de *cannabis* (Dragt, Nieman, Veltman, Becker, van de Fliert, de Haan & Linszen, 2011).

Por último, de referir a importância crescente que o estudo destes fatores de risco, na sua interseção com o funcionamento pré-mórbido, para uma deteção precoce, diagnóstico e tratamento antecipado, de forma a reduzir os 25 % de mau prognóstico associado ao primeiro surto psicótico (Levy & Coentre, 2014). O pródromo ou fase prodrômica refere-se ao período que antecede a eclosão dos principais sintomas psicóticos (Larson, Walker & Compton, 2010), podendo ter a duração de semanas, meses ou anos, antes da instalação da psicose propriamente dita. Nesta fase, os jovens adultos experienciam déficits na motivação, na cognição, na emoção, na perceção, na comunicação e até, no padrão do sono (Larson et al, 2010).

As manifestações sintomáticas são inespecíficas, facilmente passando despercebidas ou mal interpretadas, passando por alterações do sono, humor depressivo e ansioso, irritabilidade, diminuição da atenção, isolamento social, uso de substâncias, deterioração do funcionamento, entre outras (Levy & Coentre, 2014). Com a proximidade do episódio psicótico propriamente dito, estes sintomas têm agravamento no que toca à sua frequência, intensidade e duração (Larson et al, 2010).

1.2. A ESPERANÇA ENQUANTO ELEMENTO DE *RECOVERY*

A esperança encontra na Filosofia e na Teologia a base para o primeiro enquadramento conceptual e desenvolvimento heurístico. Na segunda metade do

século 20, a esperança ganha o interesse das ciências sociais, humanas e da saúde (Ward, & Wampler, 2010), principalmente pelo trabalho de Karl Meiningner, quando em 1959 enuncia a esperança como um elemento fundamental para o *recovery*, pela influência exercida pelo profissional, influência esta transmissora de esperança (Schrank, Bird, Rudnick & Slade, 2011a). Madeline Vaillot, em 1970, defende que inspirar esperança é uma atividade específica dos enfermeiros, constituindo um parâmetro fundamental para a vida, uma condição essencial nas relações interpessoais e influenciada pelo ambiente (Cutcliffe, 2009). Neste entendimento, Querido (2015) ressalva que “... a esperança é transferível entre os profissionais de saúde e as pessoas de quem cuidam” (p.52).

Etimologicamente, esperança advém do Latim *Sperantia*, representando “A disposição do espírito que induz a esperar que uma coisa se há-de realizar ou suceder” (Dicionário Online Priberam de Português). Em 1991, Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, Yoshinobu, Gibb, Langelle & Harney propõem um conceito de esperança assente no pressuposto que a mesma constitui um processo cognitivo que dirige a pessoa a ponderar os seus objetivos (*goals*) de duas maneiras distintas, mas interrelacionadas: através de iniciativa (*agency*), pelo sentido de determinação e motivação em direção aos objetivos, ou pelos caminhos (*pathways*), a percepção que a pessoa tem de conseguir criar formas e planos para alcançá-los. Damos ênfase a este entendimento pela função que desempenha na construção de um desenvolvimento humano positivo (Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2008).

A esperança é enquadrada como uma área de atenção relevante para a Enfermagem (ICN, 2015) e é entendida como um “... sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2015, p.57). Cutcliffe & Herth (2002) descrevem a esperança como algo fundamental para a vida, constituindo uma experiência de sentido e propósito para a existência humana, tal como Dufault & Martocchio (1985) ao conceptualizarem a esperança como “...uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (p. 390).

A dimensão temporal no conceito de esperança é forte e a palavra futuro é transversal a qualquer tentativa de definição. Querido (2018) imprime essa mesma intenção e define esperança como “Um processo dinâmico, orientada para o futuro, mas atendendo ao passado e vivida no presente, implicando o estabelecimento e

alcance de objetivos que, para a pessoa, sejam significativos”, defendendo também ser um conceito importante para a enfermagem e relevante para a saúde mental.

Como modelo para a prática de enfermagem, destaca-se o trabalho de Dufault e Martocchio, publicado em 1985 e que estrutura o conceito de esperança através de dados obtidos por múltiplas entrevistas e observações a doentes idosos portadores de cancro. Desta forma, Karen Dufault e Benita Martocchio deduzem duas esferas e seis dimensões da esperança, que servem de modelo teórico para a compreensão da sua complexa realidade, no que toca a uma vivência pessoal de doença e relação interpessoal, em todas as fases do ciclo vital.

A conceção da esperança é feita então em duas esferas: a esperança generalizada, associada a algum ganho no futuro, mas sem conexão a qualquer objeto concreto ou abstrato, de forma implícita ou explícita e a esperança particularizada, pela relação com um objeto de esperança ou um resultado específico que é enaltecido. Para cada esfera são definidas seis dimensões comuns: afetiva, cognitiva, contextual, temporal, comportamental e afiliativa/relacional (Dufault & Martocchio, 1985).

A conceptualização de esperança nas seis dimensões apresentadas por Dufault & Martocchio não se revelou estanque. Através de uma revisão compreensiva da literatura, Schrank, Stanghellini & Slade (2008) reduzem a conceção da esperança para apenas 4 dimensões: afetiva (confiança, humor e emoções positivas), cognitiva (reflexão sobre experiências passadas, objetivos, planeamento e avaliação da probabilidade de sucesso), comportamental (motivação pessoal e atividade) e relacional (recursos ambientais, cuidados de saúde e relacionamentos). O significado de uma experiência de esperança ocorre numa dinâmica temporal não linear, onde as experiências passadas influenciam o futuro, mas também o que se espera do futuro interfere com as experiências passadas (Schrank, Stanghellini & Slade, 2008).

Mais recentemente, Schrank, Hayward, Stanghellini & Davidson (2011b), através da análise de várias reflexões, de diferentes perspetivas do conhecimento em enfermagem, operacionalizam o conceito de esperança em sete dimensões distintas. A saber: tempo, ponto de partida positivo ou negativo, objetivos amplos e específicos, características pessoais, controlo interno ou externo, referência à realidade e as relações. Os autores concluem todo este processo refletindo sobre a enorme aplicabilidade da esperança em inúmeros contextos clínicos, em virtude das inúmeras definições existentes e face à sua complexidade enquanto conceito e seu potencial.

Não podemos deixar de apresentar o contributo de Monteiro (2014), descrito no seu artigo de análise crítica e reflexiva sobre a esperança e onde mobiliza o conceito através dos pontos comuns das várias definições analisadas: a esperança enquanto confiança, a esperança enquanto futuro e a esperança enquanto possibilidade existencial. Face a estes três eixos definidores e orientadores, a autora propõe a noção de esperança como “...um processo existencial de adaptação realista a circunstâncias negativas...” (Monteiro, 2014, p.33).

Como processo dinâmico, a esperança trabalha o presente com vista a um objetivo importante e significativo para a pessoa no futuro, baseado num percurso e vivências passadas (Querido, 2018). Este futuro assenta na emoção percebida e traduzida em sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros, no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e desejo de viver, bem como traçar objetivos e mobilizar energia para os alcançar (ICN, 2015).

Como conceito multidimensional, a esperança é entendida como uma emoção, um processo psicológico que termina na formação de um sentimento (Damásio, 2003/2014), mas também como uma cognição (Schrank et al, 2011b) representando um processo intelectual de mobilização de todos os aspetos da perceção: pensamento, raciocínio e memória.

Durante o seu ciclo vital, a pessoa vivencia estados de homeostasia como uma regulação automática da vida que, através de melhores estados de saúde, aumenta o bem-estar pessoal (Damásio, 2003/2014). Mas, na sua relação consigo própria e com o meio ambiente, desenvolve estados de desequilíbrio, ao vivenciar acontecimentos de vida geradores de stresse e ao avaliar os seus recursos internos para lidar com os mesmos. A doença mental é um exemplo de um possível estado de desequilíbrio.

A esperança acompanha a pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital. No entanto, é no jovem adulto que adquire relevância acrescida. Consolidada a construção da sua identidade, o jovem adulto parte à procura de relações de intimidade com o outro (Veríssimo, 2002). Sendo que, para Erikson, cada etapa do desenvolvimento do *Ego* contempla uma crise interna, cuja resolução positiva representa crescimento, quando vivida de forma negativa conduz a uma regressão no desenvolvimento pessoal (Erikson, 1980). As relações podem ser gratificantes, mas também não isentas de perigos. O medo da rejeição poderá conduzir ao isolamento.

Estas interações constituem uma parte da relação do jovem adulto com o meio ambiente e a realidade. A sua saúde mental não se coaduna somente a características

ou condições intrapessoais, mas é construída na relação com o meio ambiente envolvente (Violante, 2012).

Neste momento, a nossa opção para sustentar esta relação do jovem adulto com o meio ambiente recai no modelo de sistemas de Betty Neuman. O ambiente apresenta-se como um dos quatro pressupostos que sustentam a teoria, para além de pessoa, saúde e enfermagem. A saúde, é descrita por Neuman como um estado contínuo entre o bem-estar e o mal-estar onde, através de um contínuo fluxo de energia entre a pessoa e o ambiente, a mesma lida com os agentes stressores de forma a procurar um nível ótimo de saúde (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente, para Neuman, representa três realidades distintas (interna, externa e criada), bem como pressupõe a existência de três tipos diferentes de agentes stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais). A pessoa, denominado sistema cliente, lida com estes agentes enquanto sistema aberto e dinâmico, em constante mudança na inter-relação de fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e desenvolvimentistas. A enfermagem adquire relevo pela preocupação que imprime na dinâmica das variáveis que interferem na relação entre a pessoa e o ambiente (Neuman, 1995).

Toda a dinâmica do modelo de sistemas de Betty Neuman permite o enquadramento e a compreensão da relação do jovem adulto com o seu meio ambiente, quer seja interno (a crise existencial), externo (fatores de risco) ou recriado pelo episódio psicótico, bem como a representação da relação que o mesmo vive com os vários agentes stressores e os efeitos que essa interação tem no seu equilíbrio e homeostasia (Apêndice 1). Como *inputs* ao sistema cliente, são descritos elementos de ordem psicossocial, familiar e genética (Kapila et al., 2019) e ambiental (Dragt et al., 2011). As emoções que o jovem adulto vive, na interação com os referidos *inputs*, representam "...um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa" (Damásio, 2003/2014, p. 67).

Estando a esperança num polo positivo de adaptação, no polo negativo estará a desesperança e as emoções negativas: tristeza, solidão, sentimentos de impotência, insegurança, desespero ou desamparo. Mas como referido anteriormente, a esperança não representa apenas uma emoção, mas também uma cognição. E é com base neste processo intelectual que o jovem adulto percebe a "condição da pessoa relativamente a outras; posição relativa de uma pessoa" (ICN, 2015), representando um *status* comprometido, com *outputs* de isolamento social, desolação e crise.

1.3. AS ATITUDES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

A esperança apresenta-se como um determinante de saúde mental deveras importante (Querido & Dixe, 2016), pela forma como intervém no processo de *recovery* da pessoa. Mais do que ser um elemento adjuvante de qualquer técnica ou intervenção, a instilação de esperança pode ser um elemento terapêutico (Yalom, 1998). Mas como transformar esta possibilidade terapêutica em atitudes concretas de promoção de esperança?

O recurso à evidência científica disponível assume-se como o caminho mais adequado para o efeito (Craig & Smyth, 2004). Desta forma, uma pesquisa nas bases de dados disponíveis identifica três revisões da literatura com enfoque em cuidados de enfermagem promotores de esperança. A saber: Cutcliffe & Koehn (2007), Querido & Dixe (2016) e Dias, Valentim, Seabra & Nogueira (2020).

A revisão sistemática da literatura realizada por Cutcliffe & Koehn (2007) indica que a inspiração de esperança na saúde mental está alicerçada na relação entre o enfermeiro e a pessoa com necessidade de esperança, em concordância conceptual com a teoria de Peplau das relações interpessoais.

Na segunda revisão da literatura encontrada, de cariz integrativo, Querido & Dixe (2016) dão consistência à relação interpessoal, em especial a desenvolvida com profissionais de saúde mental, como o fator influenciador da esperança com maior expressividade na literatura. Referem, ainda, a importância da confiança na relação, bem como a estimulação da autoeficácia, autoconfiança, autoestima, resiliência, otimismo, coerência e o empowerment como fatores para a resolução de problemas. As técnicas expressivas, tais como a musicoterapia ou a expressão artística, estimulam a procura de recursos que conduzam à esperança, associados a processos de bem-estar e prazer, bem como a espiritualidade, com ganhos na qualidade de vida.

Por último, a *Scoping Review* levada a cabo por Dias et al. (2020), mapeando e analisando cinco estudos, permitiu concluir que as intervenções estavam enquadradas em dois domínios específicos: a relação terapêutica e a necessidade de os enfermeiros, na prática clínica de promoção da esperança, serem detentores eles próprios de elevados níveis de esperança. Foram ainda identificadas intervenções específicas e direcionadas para a prática clínica, a saber: a criação de narrativas terapêuticas, o desenvolvimento de estratégias de contato com a realidade, as técnicas de orientação para o futuro estabelecendo objetivos realistas, a implementação de programas de promoção da esperança assentes na identificação

de recursos e ameaças à esperança, relembrar memórias de esperança do passado e aprender a viver melhor o presente e planejar o futuro (Dias et al., 2020, p.102).

Tendo por base este último estudo e a sistematização das atitudes promotoras de esperança com base nos domínios **O enfermeiro portador de esperança** e **A relação terapêutica**, procuraremos enquadrar os mesmos numa lógica de mobilização para a ação, de forma a operacionalizar as referidas atitudes promotoras de esperança.

Para o domínio O enfermeiro portador de esperança, como atitude relacional e qualidade terapêutica, é entendida por Chalifour (2008) como uma crença do terapeuta, de que o trabalho que desenvolve e as intervenções que implementa terão os resultados esperados. Em virtude de uma atitude positiva impregnada de esperança, o enfermeiro estará em condições de instilar essa esperança na pessoa que vive processos de desesperança. Cutcliffe (2006) defende que essa crença é vivida pelo cuidado holístico, assentando no bem-estar da pessoa e na aliança terapêutica criada.

A instilação da esperança, que o enfermeiro sente importante na relação com a pessoa em processo de *recovery*, pode ser feita por vários modos de contato com a mesma. Phaneuf (2005) dá ênfase à comunicação da esperança como "... uma transmissão verbal da enfermeira de um sentimento de expectativa confiante a respeito do efeito do tratamento, do estado da pessoa e do futuro" (p.384). A atitude positiva e a intencionalidade da comunicação verbal, como meio de criar resiliência.

A relação terapêutica, o segundo domínio encontrado, é descrita como a parceria estabelecida com a pessoa, pelo respeito das suas capacidades e valorização das potencialidades (OE, 2001). Enquanto instrumento do cuidar, enquadra-se na "...união com outra pessoa...assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade" (Watson, 2002, p.111). Mais ainda, a qualidade da intervenção assenta na qualidade da relação terapêutica, em que "A possibilidade de mudança ocorre na e pela relação" (Leal, 2005, p.241).

No entanto, é esperado que a relação terapêutica seja uma relação de ajuda, pelo simples facto de a relação de ajuda contribuir para o crescimento e desenvolvimento de pelo menos um dos intervenientes (Rogers, 1985; Phaneuf, 2005). Nesta conceção existencial humanista, a relação de ajuda é então "uma interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda" (Chalifour, 2008, p.33). Esta interação exige do Enfermeiro a necessidade de

“ter uma profunda consciência do contato com aquele que incita a prosseguir com o crescimento pessoal” (Lazure, 1994, p.14).

Um outro entendimento deste conceito é dado por Phaneuf (2005), porventura de forma mais prática, descrevendo-o como uma troca verbal ou não verbal situada acima do trivial, onde, através de um clima de compreensão e apoio, a pessoa que pede ajuda compreende a situação atual, aceita-a e compromete-se à mudança. A mesma autora defende ainda a possibilidade de a relação de ajuda ocorrer de forma informal (espontânea, instalação natural, mas de acordo com as necessidades da pessoa) e a formal (com estruturação prévia).

A literatura não é unânime relativamente ao número de etapas que o processo de relação de ajuda deva ter, no entanto Chalifour (2008) identifica três momentos chave: o início da relação (fase de orientação), o momento intermédio (a fase de trabalho ou de emergência de identidades) e o fim da relação (fase de conclusão). Cada momento da intervenção tem tarefas específicas que convêm esclarecer. O início da relação deverá contemplar a criação de um ambiente de confiança, a clarificação dos papéis, o acompanhar a pessoa a expressar o seu pedido de ajuda e ainda, informar acerca dos recursos disponíveis e regulamentos da instituição. Na fase de orientação, será dada prioridade à definição de estratégias e o favorecimento da aprendizagem de novos comportamentos. Por fim, no fim da relação, são comunicadas impressões que emergiram da relação e assegurada a transição que a pessoa vive entre a situação atual e futura.

Já falado anteriormente da qualidade da relação terapêutica como essencial para a qualidade da intervenção, importa perceber que, uma parte importante das mudanças vividas pelo cliente se devem a isso mesmo, não podendo haver relação de ajuda sem o desenvolvimento de certas atitudes por parte do interveniente e a sua manifestação ao cliente. Chalifour (2008) enuncia cinco atitudes essenciais: compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade, compaixão e esperança.

Mais recentemente, Pereira & Botelho (2014), através de uma revisão sistemática da literatura, identificaram duas dimensões de qualidades pessoais do Enfermeiro que favorecem a relação terapêutica: a dimensão pessoal (as qualidades ou características pessoais do profissional) e a dimensão profissional (o domínio teórico e técnico da área do conhecimento). A análise da literatura permitiu enunciar as seguintes qualidades pessoais do Enfermeiro: o altruísmo, a compaixão/solidariedade, a gentileza e simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade.

No início deste capítulo colocámos em destaque o papel da esperança no *recovery* em saúde mental, assumindo o papel de catalisador para a mudança e consequentes ganhos em saúde (Snyder, Ritschel, Rand & Berg, 2006). No entanto, o próprio *recovery* é elemento de transmissão de esperança, nas expetativas geradas pelas intervenções, apoios e tempos de suporte, bem como na reintrodução da esperança com base em que a recuperação é possível (Frost, Tirupati, Johnston, Turrell, Lewin, Sly & Conrad, 2017).

Então, como poderemos definir *recovery*? Anthony, em 1993, descreveu *recovery* como “Um processo profundamente pessoal, com foco no desenvolvimento de um novo significado e propósito de vida, a fim de crescer além do impacto da doença mental” (p.14). Um processo (Deegan, 1996), mas também um resultado, traduzido em bem-estar e inclusão social, bem como um novo significado e propósito para a vida (Frost et al., 2017). Nas narrativas das pessoas, a recuperação é entendida como “...uma jornada de pequenos passos...”, onde iniciativas como a promoção das atividades da vida diárias são “...frequentemente consideradas tanto facilitadoras quanto indicadoras de recuperação.” (Drake & Whitley, 2014, p.237).

Esta perceção de *recovery* representa uma mudança da forma como a pessoa com doença mental é abordada, com um emergente sentimento bilateral de possibilidade de recuperação, baseado em um novo sentido de significado e propósito para a vida percecionado pela pessoa, mesmo na presença de sintomatologia (Jose, Ramachandra, Lalitha, Gandhi, Desai, & Nagarajaiah, 2015). Este mesmo entendimento é validado pela WHO (2017), onde *recovery* traduz o reaver, pela pessoa, do controlo da sua identidade e da sua vida, de esperança e de significado para a sua existência. Este controlo toma forma pela possibilidade de exercício profissional, de relacionamentos pessoais ou de participação na comunidade.

Desta forma, *recovery* deixa de ser o regresso a um estado de normalidade ou mesmo a uma cura de uma doença, mas sim um ganho de um novo significado e propósito de vida, existindo empoderamento para uma nova existência autodirigida, determinada e autónoma, mesmo tendo em conta a possibilidade atual (ou passada) da presença de sofrimento emocional WHO (2017).

Apesar das inúmeras reformas que os serviços de saúde mental têm sofrido, permanece o foco de atenção na doença e na manutenção de atitudes paternalistas (Frost et al., 2017). Os mesmos autores, de forma a dar ênfase às capacidades e potencialidades de cada pessoa, propõem um modelo orientado para a recuperação integrada, baseado na tríade **Remediação, Restauração e Reconexão**.

Os princípios orientadores para este modelo passam por cuidados orientados para a recuperação, uma abordagem centrada na pessoa, holística e inclusiva, a possibilidade de decisão e gestão dos cuidados pela mesma, um sentido contínuo e abrangente de cuidados, com base nas melhores evidências científicas disponíveis e o recurso às tecnologias de informação, sempre num sentido de equidade e de parceria com as estruturas locais. Desta forma, a remediação do funcionamento restabelece um sentimento de possibilidade, a restauração habilita e recupera competências e a reconexão restabelece a presença na comunidade e a inclusão social (Frost et al., 2017).

Toda a disposição das três fases deste modelo não traduz um processo linear (Anexo 1). A área de interseção das três etapas conduz a um elemento central ao modelo e onde surgem as necessidades pessoais de *recovery*. Este elemento tem como conceito principal a esperança e é a partir desta que emerge, por um lado, os aspetos de bem-estar, amizades, habitação ou relacionamentos e, por outro lado, aspetos cognitivos, capacidades de *coping*, habilidades pessoais e sociais, emprego e família (Frost et al., 2017). A esperança, como elemento catalisador para a mudança, é transversal aos três momentos. Consoante o contexto, poderá ser internalizada para a construção de objetivos realistas e a iniciativa pessoal para a sua consecução, bem como o processo motivacional para o caminho para um novo propósito e significado de vida (Snyder et al., 2006).

Após este momento descritivo, mas também de enquadramento conceptual, torna-se importante demonstrar as relações teóricas e, porventura, processuais entre os conceitos chave e os vários elementos inerentes ao trabalho (Apêndice 2).

O jovem adulto ocupa o lugar central no mapa conceptual. Vive e experiencia estados de equilíbrio vs. desequilíbrio, consoante as suas capacidades adaptativas perante a crise interna que vive no seu desenvolvimento psicossocial e o primeiro episódio psicótico. Os estados de desequilíbrio são avaliados quer por processos psicológicos – emoções, quer por processos intelectuais – cognições. A desesperança que o jovem adulto vive é trabalhada em parceria com um enfermeiro portador de esperança e numa relação terapêutica que se torna de ajuda. A esperança surge na confiança, na orientação para o futuro e no próprio sentido existencial, numa relação forte com o próprio propósito e sentido de vida. Esta interação tem influência direta na relação que o jovem adulto vive, já não em processos de desequilíbrio, mas sim em homeostasia. O *recovery* é então experienciado como um processo de redescoberta de possibilidades e como um resultado em ganhos de bem-estar e autonomia.

2. A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO JOVEM ADULTO COM UM PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

Todo o caminho percorrido neste contexto de formação especializada obedece à metodologia de trabalho de projeto. Este método teve a sua origem com John Dewey e o movimento de educação progressista do início do século XX (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010), representando "...um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real" (p. 3). O plano de trabalho desenvolvido pressupõe o exercício de mobilizar a teoria para um conjunto de intervenções práticas, através de processos intencionais, autênticos, complexos, mas autónomos e faseados no tempo.

Pelo enquadramento teórico feito, fruto da pesquisa de evidências científicas na literatura, iniciada na fase de elaboração do projeto de estágio e consolidada ao longo do trabalho desenvolvido, é possível direcionar este trabalho de promoção da esperança em duas vertentes distintas, mas interdependentes: os conceitos e os contextos. A primeira vertente, a conceptual, advém dos dois domínios específicos identificados, a Relação Terapêutica e o Enfermeiro portador de esperança. Na segunda vertente, a contextual, estão definidos dois ambientes de ensino clínico, a saber, uma unidade de internamento de doentes agudos e adultos de ambos os sexos, de um hospital geral e o segundo em consulta comunitária de um centro hospitalar.

Tendo por base o modelo de ajuda profissional de Chalifour (2008), com o trabalho de sistematização do referido modelo feito por Sequeira (2016, 2006) enquanto intervenção psicoterapêutica e a adaptação aos contextos clínicos, desenvolvemos um plano de trabalho para uma relação de ajuda, atendendo aos três momentos chaves identificados na literatura. É ainda suportado pelo referencial teórico de Peplau, pelo enquadramento conceptual de esperança feito por Dufault & Martocchio (1985), Snyder et al. (1991) e Schrank et al. (2008), pelo enquadramento operacional por Schrank et al. (2011b) e pelas intervenções promotoras de esperança, identificadas na literatura por Dias et al. (2020).

É certo que a relação de ajuda profissional de Chalifour (1998) constitui um modelo para a prestação de cuidados, mas torna-se imprescindível utilizar um referencial teórico que justifique o conhecimento e a sistematização da prática clínica. Pela teoria das relações interpessoais de Peplau, a centralidade reside na relação, onde a pessoa do cliente assume-se como parceiro. É ainda pressuposto desta teoria o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro na relação direta com as

aprendizagens feitas pela pessoa ao ser cuidada. A enfermagem é então entendida como um processo interpessoal, tendo presente a interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum (George et al., 2000; Tomey & Alligood, 2002).

A relação interpessoal conceptualizada por Peplau contempla etapas, onde a meta estabelecida mutuamente traduz incentivo para o processo terapêutico. As quatro etapas, a saber, orientação, identificação, exploração e a resolução, têm comparação com o processo de enfermagem (George et al., 2000). A análise do problema e das estratégias de resolução, associado à capacitação da pessoa e à consolidação para a mudança preconizados por Chalifour para a relação de ajuda, estão enquadrados pela conceptualização de Peplau, onde a experiência de aprendizagem bilateral é traduzida em crescimento pessoal e profissional do Enfermeiro e em sentimentos de confiança no futuro, possibilidades, confiança, entusiasmo, razões para viver, mobilizando energia para tal, por parte da pessoa.

2.1. A INTERVENÇÃO DO EEESMP EM AMBIENTE HOSPITALAR

O primeiro contexto de estágio decorreu numa unidade hospitalar do distrito de Lisboa, com internamento de doentes agudos da área da saúde mental e psiquiatria. A janela temporal deteve-se entre os dias 23 de novembro de 2020 e 5 de fevereiro de 2021. O contato foi muito positivo e a receção por parte da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar foi acolhedora e integradora. Senti respeito para com a pessoa estudante e para com a pessoa enfermeiro, o que foi muito motivador.

Esta unidade especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação de doença aguda, subaguda ou em crise tem capacidade assistencial para 28 doentes, com especificidade para pessoas com um primeiro episódio psicótico e com perturbações do comportamento alimentar. Para além de uma componente de formação e de investigação clínica, esta estrutura possui uma equipa multidisciplinar capacitada para o diagnóstico e definição de planos terapêuticos para a pessoa com doença aguda/subaguda, bem como a sua readaptação funcional e reinserção social.

De forma a colmatar a interrupção de atividades inerente à pausa para as férias de Natal, foi assumido que as quatro primeiras semanas de estágio seriam para uma consistente integração à filosofia funcional da equipa, seus projetos e suas dinâmicas, bem como a uma correta adaptação a todas as normas e restrições inerentes à pandemia em curso. Este momento revelou-se muito promissor para interações significativas com o orientador clínico e com um conjunto de pessoas internadas,

promovendo a clarificação de expectativas e a definição de um novo papel emergente ao contexto, a prática de cuidados especializados.

Com um conjunto de saberes próprios dentro da disciplina, os cuidados de enfermagem em saúde mental demonstram uma maior profundidade na sua prática, associado a também maior complexidade de conhecimentos e de aptidões, bem como um conjunto de intervenções com impacto na autonomia profissional (Regulamento n.º 356/2015). E foram estas intervenções, exclusivas do EEESMP, que mereceram o nosso interesse e motivaram um aprofundamento documental, com recurso a suporte e enquadramento teórico, bem como o inegável apoio do enfermeiro orientador. Numa fase inicial, o receio de intervir. O medo de errar ou de não estar à altura. Pensar no impacto das nossas intervenções no outro e na forma como isso o poderia (não)ajudar potenciou a tal emergência de um novo papel e o assumir um cuidado especializado. O grupo de pessoas internado também foi uma ajuda preciosa, pela procura de contato e de suporte ao momento de vida atual.

Desta forma, este período de estágio privilegiou, em modelo procedimental, as seguintes intervenções pontuais: executar aconselhamento, executar apoio emocional, executar intervenção psicoeducativa e executar técnica de relaxamento (OE, 2018). A implementação das intervenções obedeceu às três fases da sessão única da intervenção pontual, com ênfase na preparação do *setting*, na capacitação da pessoa e no registo das ações e dos resultados alcançados em plano de trabalho definido para aquela pessoa pela equipa de enfermagem.

Passado este período de adaptação ao contexto de estágio e à nova realidade de cuidados, procedeu-se, então, à implementação do projeto de estágio denominado A promoção da esperança no jovem adulto com um primeiro surto psicótico. Importa referir que a opção feita para com a etapa do ciclo vital e respetiva população alvo (jovem adulto), foi uma decisão conjunta com o enfermeiro orientador do contexto de internamento, em virtude das características do próprio serviço, da população alvo de cuidados e do próprio estado da arte, onde a evidência de estudos sobre a promoção da esperança em jovens adultos com um primeiro episódio psicótico seria nula.

De forma a sistematizar a intervenção psicoterapêutica Promoção da esperança (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016), foi elaborado um modelo de intervenção denominado Relação de Ajuda Profissional, adaptado do trabalho de Chalifour (2008), com a estruturação feita por Sequeira (2016, 2006) para ser considerada uma intervenção psicoterapêutica e sustentação operacional pelas evidências encontradas na literatura como intervenções promotoras de esperança, a

saber, a Relação Terapêutica e O Enfermeiro portador de esperança. De referir que a adaptação do referido modelo obedeceu à estrutura apontada por Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut (2020) para a elaboração de intervenções psicoterapêuticas, as quais são, uma abordagem integrativa e utilização dinâmica de diferentes técnicas, uma duração breve a média (3 a 12 sessões), uma duração compreendida entre 45 e 60 minutos e sempre, uma utilização de taxonomias de enfermagem.

O modelo de Relação de Ajuda Profissional (Apêndice 3) contempla três momentos, a fase de orientação, a fase de trabalho ou de emergência de identidades e a fase de conclusão, com um total de 6 sessões. Foi programada a “sessão 0”, de forma a constituir um momento de colheita de dados, de apreciação e de juízo clínico.

Os critérios de inclusão para a participação nas intervenções atenderam a: 1) presença de, pelo menos, um diagnóstico de enfermagem identificado (Apêndice 4), 2) o consentimento expresso de aceitação para participar nas intervenções, 3) a pessoa estar a vivenciar um primeiro surto psicótico, com sintomatologia negativa/afetiva, 4) um número máximo de 5 participantes, ambos os sexos. Na inexistência de 5 pessoas a vivenciar um primeiro surto psicótico, é alargada a participação a pessoas a vivenciar um surto psicótico.

Como critérios de exclusão fica também definido: 1) o não consentimento em participar nas atividades, 2) idade inferior a 18 anos e superior a 40, 3) estados de auto ou de heteroagressividade, 4) sonolência, 5) debilidade mental que inviabilize a compreensão das instruções e 6) a presença de sintomas positivos (alterações da forma e do conteúdo do pensamento, alterações da percepção). Este último critério de exclusão surge não pela existência de contraindicações expressas para a promoção da esperança junto de pessoas com surtos psicóticos e sintomatologia positiva, mas pela não existência de relação estatística significativa entre esperança e os mesmos sintomas positivos (Walder, Grant, Sibitz, Amering, Mesic & Schrank, 2011).

Após a implementação das intervenções, os indicadores específicos de avaliação de resultado para a esperança serão os preconizados pela NOC e por Moorhead, Johnson, Maas & Swanson (2010). A esperança como a “Presença de um estado interno de otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida” (Moorhead et al., 2010, p. 334), com expressão real na análise das narrativas dos participantes e o seu enquadramento nos indicadores previsto pelos autores anteriores. Para tal, é adaptada a partir da NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem (Moorhead et al., 2010) uma grelha de análise das narrativas dos participantes, face à presença expressa de elementos de esperança (Anexo 2).

2.1.1.O grupo [RE]NASCER DA ESPERANÇA

A aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão conduziram à constituição de um grupo de jovens adultos, todos a experienciar um primeiro episódio psicótico. Quanto ao género, 3 dos 5 jovens eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino. A média de idades era de 24,8 anos, com um desvio padrão de 3,4 anos. Em relação às habilitações literárias, 2 dos participantes tinham frequência universitária com mestrado, 2 o ensino secundário com a conclusão do 12º ano e o último participante tinha o 9º ano. De referir ainda que, em 4 participantes, a pessoa de referência era a mãe e no quinto, o namorado. Relativamente à relação dos participantes com a empregabilidade, 2 participantes detinham emprego e contratos de trabalho ativos, 2 participantes estavam desempregados e o quinto participante era estudante.

A sessão 0 teve por base uma entrevista clínica, onde foram aplicados dois instrumentos de colheita de dados: uma entrevista semidiretiva (Sequeira, 2020, 2016; Querido, 2020) (Apêndice 5) e a Escala da esperança (HHI – PT – DC) (Anexo 3) (Querido, 2012; Viana, Querido, Dixe, & Barbosa, 2010). A escala da esperança de Herth, na versão original como *Herth Hope Scale* (Herth, 1991), foi validada por Viana et al. (2010) para contextos de pessoas em estado terminal. É uma escala ordinal, tipo *Likert*, com quatro opções de resposta, variando entre concordo totalmente (4) a discordo totalmente (1), sendo que uma pontuação mais elevada significa maior nível de esperança (Viana et al., 2010).

A escala foi construída de forma a ser sensível à multidimensionalidade da esperança, tendo por base as seis dimensões de Dufault & Martocchio (1985), ordenando-se em três fatores: temporalidade e futuro (dimensão cognitiva-temporal), atitude positiva e expectativas (dimensão afetiva – comportamental) e interligação consigo e com outros (dimensão afiliativa – contextual) (Querido, 2015). O processo de validação da Escala da esperança conduziu a sua reorganização fatorial (Viana et al., 2010) para apenas uma dimensão, pela eliminação de três itens, revelando-se “...um instrumento fiável, preciso e utilizável” (p.12).

Por dúvidas na sua aplicabilidade à saúde mental, foi pedido parecer aos peritos na validação, o qual mereceu resposta positiva, sendo possível a sua aplicação na pessoa com experiência de doença mental (Anexo 4). Esta utilização mais abrangente deveu-se à revalidação por Querido (2012) da escala validada por Viana et al. (2010), em amostras da população não acompanhadas por equipas de cuidados paliativos. Este processo conduziu a que a escala da esperança fosse reorganizada em torno de

dois fatores: o primeiro temporalidade, confiança e interligação, o segundo, disposição interior positiva e expectativas. Com uma cotação de 10 a 40 pontos, quanto maior for a mesma, maior será a esperança da pessoa. Desta forma, foi-nos concedida a escala mais adequada para contextos de saúde mental bem como as instruções de utilização.

A análise das entrevistas (Apêndice 6) obedeceu à conceptualização da esperança nas quatro dimensões descritas por Schrank et al. (2008) aquando da sua revisão compreensiva da literatura. Os dados obtidos indicam que as componentes comportamental e relacional receberam apenas 10,1% e 15,2%, respetivamente, de entradas. Em oposição a estes valores, as componentes afetiva e cognitiva tiveram 26,6% e 48,1% respetivamente. Um outro dado importante pela análise das respostas, indica-nos que, de um total de 79 respostas, 25,1% (n=20) tiveram concordância com a dimensão Objetivos. As respostas são convictas, “Vou acabar o meu curso” (LSNF) e carregadas de intencionalidade, “O controlo da minha vida” (CLBF). No entanto, quando se adjectiva os objetivos, observamos uma dicotomia entre o que é concreto, “Acabar a escola, tirar a carta, ter uma família, ter uma casa, ajudar a minha família” (JFRR), “A maternidade, ter um filho saudável” (CLBF) ou apenas um exercício de abstração, “Essa mesma palavra: ter um futuro e ser feliz” (RCTB), “Não ter limites. Viver o meu sonho” (LSNF).

Relativamente às respostas dos participantes face à escala de esperança, observamos que os níveis de esperança dos participantes são altos, com uma média de classificação de 28,60 (10-40) e um DP=5,85. Este valor foi revisto em baixa por um dos participantes se encontrar numa fase inicial do seu contato com a situação de desequilíbrio do seu estado de saúde (classificação da escala com 17). Importa referir que o item “Tenho objetivos a curto, médio e/ou a longo prazo” teve a maior pontuação, com uma média de 3,60 (intervalo possível de 1 a 4) e “A minha vida tem um rumo” com 3,00. Estes valores permitiram ligeiro destaque do fator Disposição interior e expectativas, com 2,95 de média. O outro fator, Temporalidade, confiança e interligação, obteve média de 2,80. Destacaram-se os itens “Tenho uma profunda força interior”, “Sou capaz de dar e receber carinho/ amor” e “Sinto que a minha vida tem valor e mérito” com média de 3,00. No extremo oposto, o item “Sinto-me completamente só” foi o pior pontuado com uma média de respostas de 2,4 (intervalo possível de 1 a 4). Salientamos que este item pertence ao fator com melhor média, Disposição interior e expectativas, necessitando de enquadramento pela evidência científica mapeada.

Os vários dados obtidos são congruentes com os resultados mapeados pela revisão *scoping* “A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico” (Apêndice 7). A característica central das narrativas de esperança da pessoa a experimentar um primeiro episódio psicótico é a confusão e a falta de coerência (Perry, Taylor & Shaw, 2007), corroborando a dualidade presente no que é concreto ou abstrato dos objetivos de vida dos participantes. As emoções negativas são evidentes, “Estar privada de futuro” (BPNI), “Um abismo, um precipício” (LSNF), no entanto, com uma relação positiva com a esperança (Bonfils, Luther, Firmin, Lysaker, Minor & Salyers, 2016). São emoções vividas pelo declínio da funcionalidade e os traumas da perda (ex. amigos) (Colori, 2016) e são potenciadas pelas experiências vividas em internamento, tais como o desrespeito, o não ter o controlo sobre a sua vida e a falta de informação da sua situação (Perry et al., 2007).

As narrativas de esperança no grupo de participantes, tem o seu foco principal nos objetivos de vida (presentes ou anteriores ao desequilíbrio de saúde) e funcionam como elemento facilitador de *recovery* (Wood & Alsawy, 2018), após processos de *empowerment*, com uma relação significativa no bem-estar e nas relações sociais positivas (Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire & Lecomte, 2010). Nesta fase de vida, os objetivos traduzem a busca de um significado de vida e de um sentimento de pertença (Perry, Taylor & Shaw, 2007), potenciando elevados níveis de esperança pela forma como medeia o autoestigma e o sentimento de pertença social (Berry & Greenwood, 2017).

Neste momento iniciámos a intervenção de âmbito psicoterapêutico, com a sessão 1 (Apêndice 8). O período da tarde revelou-se o momento do dia mais oportuno para a intervenção. Para além da disponibilidade de sala de atividades, também a maior necessidade dos jovens em reforçar a sua esperança e o significado para os seus objetivos de vida. CLBF dizia: “Mais um dia de frustração”. “Não consegui fazer nada com alegria” (RCTB).

Dentro da primeira etapa da relação de ajuda (fase de orientação), a sessão 1 foi denominada de Início da Relação: o encontro com o outro. Pautada pela dinâmica das relações interpessoais, este encontro tinha por grande objetivo a criação de um *setting* terapêutico, organizador, com a definição de papéis e uma possibilidade de expressão emocional. O recurso a técnicas expressivas facilitou todo este processo, utilizando, para o efeito a Árvore dos talentos (Querido, 2020). Uma ocupação produtiva. O pensamento orientado para a tomada de consciência do aqui e agora. E foi isso mesmo pedido: as emoções que cada participante tinha em si. Através do

grafismo do computador, cada jovem, para além de escrever a própria emoção, atribuiu-lhe uma cor. Recorte após recorte, as “emoções” foram coladas na árvore.

Por fim, a escolha de um nome para o grupo, um elemento de coesão e de identidade coletiva. Espontaneamente surgiu: o [re]nascido da esperança. Foi agradável constatar o empenho dos participantes, uma atitude calma, uma oportunidade de serem ouvidos, um momento de produtividade e criatividade. Senti uma enorme gratificação por este momento. Após 4 semanas de uma abordagem predominantemente comportamental, onde a interferência no comportamento mal adaptativo ocorria pelo ensino/aprendizagem de regras básicas de funcionamento social (Townsend, 2011), o recurso a um referencial existencial humanista devolveu poder à pessoa, tendo um efeito muito positivo nos terapeutas (em mim próprio e no orientador) e na própria expressão emocional dos participantes, como é visível na reunião da árvore de talentos do grupo (Apêndice 9). Nas múltiplas reflexões conjuntas com o enfermeiro orientador, a expressão “É preciso ouvir os doentes” era uma constante e ganhou todo o sentido e força com esta sessão.

Como término da fase de orientação, é implementada a sessão 2, O ponto de partida: o que existe em nós? (Apêndice 10). Uma sessão de orientação para a realidade, quer por parte dos terapeutas pelo trabalho de autoconhecimento proposto por Rogers (1985) e uma atitude positiva de esperança, quer pelo trabalho conjunto dos terapeutas com o grupo, baseado numa disposição de responsabilidade, ao assumir mutuamente o ponto de partida da esperança e pela definição conjunta de objetivos realistas para o caminho de recuperação de confiança no futuro. Sentimos este momento como importante tanto pelo reforço positivo aos participantes com objetivos realistas já constituídos, quer pelo trabalho de reformulação, realizado por outros participantes com objetivos sentidos como vagos ou abstratos, pela tomada de consciência de si. Um exemplo simples: o objetivo de LSNF de “Viver o meu sonho”, após reflexão pelo próprio, foi narrado como “Terminar o meu curso de arquitetura” por ser esse mesmo o seu sonho, só que objetivado.

O segundo momento da relação de ajuda, a fase de trabalho ou de emergência de identidades, constituiu-se por três sessões, tendo por base a gestão das dificuldades experienciadas pelos participantes no seu contexto existencial atual. Neste momento o grupo mantinha uma dinâmica deveras participativa, muitas vezes com excesso de canais de comunicação e informação cruzada. É certo que a fase de orientação da sessão promovia o aqui e o agora. As dinâmicas e jogos de grupo favoreciam a coesão e a partilha, mas as dificuldades que cada participante

experienciava energia constantemente para o seio do grupo. Várias narrativas eram constantemente expressas: “Alguma vez irei ser como dantes?” (BNPI), “Quando tenho a minha vida de volta?” (CLBF).

Desta forma, a sessão 3 e O significado de vida: problema ou oportunidade? (Apêndice 11) pretende ser uma ajuda na clarificação de um significado atribuído à situação de vida atual e ao início da gestão dos mecanismos de enfrentamento, com vista a um resultado no futuro. Os vários significados de vida relatados prendiam-se com o momento de rutura com o quotidiano, a despersonalização da existência e a perda de identidade, mas também com a falta de controlo sobre as suas vidas. Todas estas narrativas foram entendidas pelos participantes como problemas, sendo importante a tomada de consciência que cada um fez da sua situação. CLBF dizia: “Lá fora estão as oportunidades. Aqui dentro são só problemas”.

Ainda, a sessão 4 e O significado como problema: estratégias de clarificação (Apêndice 12). Pela partilha de preocupações individuais, cada elemento narrava a sua posição perante o que entendia ser o seu problema, o impacto que tinha na sua vida e um objeto de esperança que achava ser eficaz para clarificar as suas dúvidas. “Afinal eu estava a esquecer-me do apoio da minha família” deixou escapar BNPI. Os mecanismos de enfrentamento centraram-se na resolução de problemas e no suporte social. JFRR partilhou: “Cada coisa no seu tempo. Tenho que ser persistente”. Um plano de ação e a força para o realizar.

Por último, a sessão 5 Viver a mudança: um novo significado (Apêndice 13), o grupo criou e desenvolveu narrativas terapêuticas facilitadoras de novas (re)significações para um projeto de vida. “Se eu não viesse para aqui iria piorar” diz JFRR. Centrar o enfrentamento no problema e não na emoção revelou-se benéfico e organizador de intenções. “Consigo pensar no futuro” partilha RCTB.

Este modelo de relação de ajuda terminou tendo por base uma sessão única apelidada de A mudança acontece: estou preparado (Apêndice 14). Os significados conduziram a novas motivações, baseadas em decisões autónomas e numa esperança particularizada. Os participantes, de forma confiante, representaram e narraram esses objetos de esperança num brasão (Apêndice 15), funcionando como técnica expressiva, para materializar a mudança que os mesmos vivem. Importante, também, a síntese e o *feedback* dado ao grupo, como reforço positivo pelo trabalho realizado, mas também um momento para expressão de medos e dúvidas sobre a mobilização da energia para manter o caminho de consolidação da esperança. Estas narrativas permitiram que os terapeutas preenchessem a grelha de análise da

presença expressa de elementos de esperança, por parte dos participantes do grupo (Anexo 2). Esta análise evidenciou que os indicadores de resultados de enfermagem mais expressos foram A fixação de metas (4 de 1-5), A expressão de uma orientação futura positiva (3,8 de 1-5), A expressão de vontade de viver (3,8 de 1-5) e A expressão de razões para viver (3,8 de 1-5

A separação física do grupo não pôde acontecer sem antes a partilha do folheto O [re]nascido da esperança (Apêndice 16), um elemento de apoio e incentivo à construção do kit de esperança. Os participantes foram encorajados a reunir objetos e símbolos significativos, capazes de serem boias de salvação para momentos de desesperança. Ao encerrarmos o grupo, foi pedido o preenchimento de um questionário (Apêndice 17), de avaliação da satisfação dos participantes face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico, para a promoção da esperança. A análise dos referidos questionários classifica a intervenção como importante a muito importante, com uma média de respostas de 3,5 (respostas de 1 a 5 onde 1 significa Nada importante e 5 Extremamente importante).

Desenvolver uma intervenção estruturada, com objetivos precisos e limitada temporalmente, revelou-se de uma enorme riqueza nas aprendizagens. No início sempre o receio e as hesitações. Pensar e manter um diálogo interno. Está a ser estruturante para o grupo ou para mim? Foram muitas as vezes que senti que era para ambos. Senti, ainda, que esta cumplicidade com o grupo se estendeu à entrega e ao acreditar que a promoção da esperança era algo importante para o momento atual de vida de todos os participantes (incluindo eu próprio). Acreditar que os objetivos eram realistas e que o futuro traria bem-estar, para as pessoas. Para mim, as competências inerentes a um processo de especialização a tomarem forma e significado, bem como uma aplicação prática de um exercício, com repercussões na vida das pessoas. Organizador, muito estimulante, renovador de esperança em existências mais felizes e conseguidas (eu também vivo a desesperança em muitos momentos da vida). No final, sempre aquela pergunta egoísta: quem saiu mais rico desta experiência? O grupo ou os terapeutas? O mutualismo foi evidente e os ganhos repartidos.

2.1.2.A esperança enquanto iniciativa para um projeto de vida

Neste momento somos remetidos, novamente, para o enquadramento conceptual e, mais precisamente, para o modelo de esperança proposto por Snyder et al. (1991). O processo cognitivo que o jovem adulto vive, na perceção e no

pensamento para com este novo ambiente emergente do primeiro episódio psicótico, direciona-o para as duas formas de ponderar os objetivos, de acordo com a teoria apresentada: iniciativa e caminhos. No entanto, e neste momento atual, apenas a abordagem iniciativa tem tradução nas várias expressões emocionais que o jovem adulto evidencia na intervenção descrita anteriormente, estando a abordagem caminhos reduzida a pequenas manifestações, percebidas sem energia disponível para ação. As narrativas dos participantes estão recheadas de objetivos, existe a crença de capacidades pessoais, mas não existem estratégias de e para o sucesso.

Pela definição de saúde mental proposta pela WHO (2001), o jovem adulto coloca em prática as suas capacidades e potencialidades, tendo em conta o seu projeto de vida, o plano e a representação mental que o mesmo defende para a sua existência. Apesar de a esperança ser uma disposição pessoal consistente ao longo do ciclo vital, não vive a bipartição de ter ou não ter esperança, mas sim vários níveis em relação a diferentes áreas e momentos de vida (Snyder, Feldman, Shorey, & Rand, 2002). Estes níveis de esperança são construídos pelo processo mental de perceber o ambiente/realidade e de lidar com esta percepção tendo em conta os desejos, as convicções, as metas, os planos e os objetivos de vida. Este processo denomina-se Pensamento e na teoria de Snyder assume a forma de Pensamentos de iniciativa e Pensamentos de caminho (Snyder, 2000).

Como já anteriormente descrito, os componentes de esperança com maior expressividade nas narrativas dos participantes foram a vertente afetiva (26,6%) e a vertente cognitiva (48,1%), reveladores de processos individuais de avaliação e significação do ambiente (Schrank et al., 2008). Mais ainda, a expressividade cognitiva foi vivida à custa da dimensão Objetivos, com 25,3% da totalidade das entradas. Desta forma, a componente relacional e comportamental é reduzida. O jovem adulto imagina o caminho, mas não o consegue realizar até ao objetivo descrito. Toma forma o pensamento de iniciativa, como elemento motivacional, onde o jovem adulto imagina o caminho, aprecia a sua capacidade e mostra perseverança (ou não) perante os desafios colocados.

Importa perceber esta dinâmica de possibilidades. De acordo com a teoria de Snyder et al. (1991), a formulação e a presença de objetivos de vida conduzem a emoções positivas (Snyder, 2000). No entanto, e pela avaliação diagnóstica feita ao grupo de participantes, observamos um predomínio de emoções negativas. Porque? Pelo momento de vida atual que o jovem adulto vive, primeiro pela presença de um transtorno psicótico, com todo o polimorfismo de manifestações clínicas (Levy &

Coentre, 2014), mas também, com o impacto do estigma e da discriminação ser tão prejudicial como a própria doença em si (Corrigan & Penn, 1999).

Desta forma, observamos o emergir de um bloqueio ou um obstáculo ao jovem adulto para prosseguir o seu caminho em direção ao objetivo e projeto de vida, sendo que nesta fase do desenvolvimento psicossocial, se traduz no partir em busca de relações estáveis com o outro, envolvendo a escolaridade, a independência financeira, o casamento e a parentalidade (Settersten Jr et al., 2008), fora do seu ambiente familiar (Erikson, 1980).

Em situações de vida onde predomina a homeostasia e o equilíbrio, o jovem adulto, de forma dinâmica, utiliza os dois pensamentos concomitantemente, equaciona possibilidades e recorre aos dois pensamentos, onde desenvolve possibilidades e constrói caminhos, de forma a alcançar os seus objetivos (Apêndice 19). O jovem adulto (A) encontra um obstáculo no seu projeto de vida, que o impede de atingir o seu objetivo (B). Este obstáculo é experienciado quer pela doença propriamente dita, quer pelo impacto que a mesma tem em estigma e em discriminação que sente e vive. Apesar da enorme motivação que sente em si, o jovem adulto não consegue estabelecer caminhos alternativos e a inibição da esperança surge como o bloqueio do "... processo existencial de adaptação realista a circunstâncias negativas..." (Monteiro, 2014, p.33).

Importa precisar todo este raciocínio. Apesar de este enquadramento estar desenvolvido em momentos anteriores, o exercício permite-nos posicionar o jovem adulto na tríade momento atual de experiência de doença mental/nível de esperança que vive/pensamento de ponderação dos objetivos. Esta disposição, em linha com o desenvolvimento do projeto de promoção da esperança, coloca o jovem adulto com uma experiência de doença mental a viver uma novidade para a qual ainda não tem literacia, com narrativas significativas de objetivos de vida e uma forte disposição para os atingir, níveis de esperança altos, fruto de tal quantidade de objetivos, no entanto, com um pensamento de iniciativa bloqueado pelas contrariedades do primeiro episódio psicótico e sem a mestria para a criação de vias alternativas para um pensamento de caminho.

A promoção da esperança foi feita pelo reconhecimento, no aqui e agora, pelo jovem adulto, do seu contexto de vida atual. Trabalhada a orientação para a realidade, a autorresponsabilização, as estratégias de enfrentamento, as narrativas terapêuticas, a resolução de problemas e o novo significado para uma nova realidade, enfim, uma nova existência, importa dar significado à mesma pela descoberta de novos caminhos.

2.1.3. A promoção da esperança no grupo do comportamento alimentar

A interação com o grupo de adolescentes e jovens adultos, internados para compensação e reequilíbrio de estados secundários a perturbações persistentes na ingestão alimentar ou no comportamento associado às mesmas (APA, 2013), permitiu desenvolver atitudes e competências relacionais próprias para com esta fase do ciclo vital. Algo que na primeira semana de estágio me incomodava e me deixava desconfortável. Alguns fenómenos de transferência, é certo, por ter dois filhos adolescentes. Mas também, no meu pré-conceito, a minha inabilidade de compreensão e de interação com púberes, alguém que saiu da infância e que luta pela construção da sua identidade, no entanto, apresentando desde já uma maturação biológica e uma capacidade intelectual de abstração (Veríssimo, 2002). A par com isso, a desvalorização que sentia pelas doenças do comportamento alimentar.

Todos estes sentimentos ganharam forma e expressão nas múltiplas interações com o enfermeiro orientador. Face a isso, a desmistificação do pré-conceito foi trabalhada em conjunto, com a sustentação teórica nas duas abordagens do desenvolvimento humano, anteriormente descritas. Mas também, o contato com o grupo e a utilização da máxima “Temos de ouvir os doentes”. E foi com este espírito que procurei interações significativas com os adolescentes e jovens adultos, juntamente com a participação nas reuniões de equipa multidisciplinar, reuniões multidisciplinares com a pessoa e reuniões multidisciplinares com a família.

Nas várias interações com o grupo, foi-se tornando evidente todo o conjunto de experiências que as pessoas colocavam na relação. A par com uma autoimagem negativa presente, onde a crença sobre a representação mental acerca da sua figura física se encontra completamente distorcida, também a autoestima se encontra comprometida, onde a opinião sobre si próprio era baixa (ICN, 2015). Como consequência desta relação distorcida consigo própria, observámos um conjunto de emoções negativas presentes nas pessoas deste grupo, concomitantes com os processos de desesperança vividos na relação distorcida do jovem adulto com o ambiente de primeiro episódio psicótico.

Estímulos e interações diferentes com o ambiente (quer interno, externo ou construído) que o adolescente e o jovem adulto vivem, tanto pelo primeiro episódio

psicótico, como pelo transtorno do comportamento alimentar. No entanto, também uma resposta emocional negativa com a presença de Tristeza, Angústia, Solidão e Desamparo, bem como o Status comprometido com Isolamento Social, Desolação e Crise. Como diagnóstico diferencial, o Status Nutricional Comprometido. Esta angústia, não psicótica, aumentou o meu respeito por estas pessoas, mas também a compaixão. Esta atitude relacional, defendida por Chalifour (2008) como a convicção e determinação em agir de forma a tudo fazer para aliviar a angústia e o sofrimento, ganha sentido neste contexto de cuidados.

Durante todos estes momentos de interação, houve um momento significativo, entendido como um pedido de ajuda real e objetivo e que conduziu intervenções posteriores. Foi ele uma breve discussão do conceito de saúde mental com o grupo, gerando confusão e espanto, quer pela sua simplicidade, quer pela sua aplicabilidade e alcance. A saúde mental entendida pela presença, ou não, de doença mental e nunca pela capacidade de iniciar, ajustar e manter relações com o outro e com o meio ambiente, bem como resolver as suas crises internas e participar na construção do meio e do ambiente (Sequeira & Sampaio, 2020). “Eu tenho saúde mental se tiver emprego?” perguntava, espantada, a Andreia. “Mas então eu não estou bem se não rentabilizar as minhas capacidades?” questionava Catarina.

Face a esta iliteracia para conceitos estruturantes para a promoção da saúde mental, contrariando um adoecer baseado em alterações nos domínios de integração, adaptação e autonomia (Sequeira & Sampaio, 2020), elaboramos um plano de sessão de psicoeducação denominado “As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar”. Com esta sessão de psicoeducação (Apêndice 18) pretendemos aumentar os níveis de literacia em saúde mental, explorando o conceito de saúde mental, mas, também, promover atitudes de *recovery* perante situações de transtorno do comportamento alimentar, a saber, a honestidade e a responsabilidade.

A operacionalização da sessão decorreu de forma dinâmica, onde a participação ativa do grupo foi a chave para a apropriação de um conjunto de informação com base no conceito de saúde mental da WHO (2001). Esta apropriação teve por base a estratégia de compreensão e autoconsciência da situação de vida atual, com recurso à construção individual da janela de *Johari*. Quatro das jovens deram grande ênfase e amplitude à zona secreta. A Sofia dizia “Eu tenho vergonha do meu comportamento”, “Escondo-me para atingir os meus objetivos”.

Privilegiar o aumento da zona aberta foi a forma de promover o acesso do próprio à perceção de comportamentos desajustados e à sua responsabilização para

atitudes adaptativas e coerentes. Filosoficamente, Heidegger enuncia responsabilidade como a capacidade de enfrentar a realidade diretamente e responder perante ela de forma assertiva (Heidegger, 1976). Este conceito ganha forma, força e consistência no meu processo de aprendizagem e do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Sinto-o como fazendo parte da minha identidade como profissional, mas também, como norteadora de interações.

A sessão foi avaliada, pelas múltiplas narrativas dos participantes, como enriquecedora e promotora de reflexão para mudanças nas atitudes perante projetos de vida. “Não consigo deixar de pensar que me estou a enganar a mim própria” dizia a Maria. “Após seis internamentos continuo a não ter honestidade” partilhou a Sofia.

A par com isso, a promoção da esperança com base na possibilidade existencial (Monteiro, 2014). O existencialismo confere ao homem um conceito de responsabilidade. A autorresponsabilidade implica que as pessoas tenham capacidade para determinar o seu potencial de saúde e desenvolvê-lo em favor do seu bem-estar (Capra, 1982). A responsabilidade para e com a autonomia.

2.2. O CONTEXTO COMUNITÁRIO

A segunda interação em estágio, direcionada para cuidados de saúde mental na comunidade, teve o seu contexto numa consulta comunitária especializada, de um centro hospitalar da região de Lisboa. Esta experiência decorreu no período de 8 de fevereiro a 16 de abril de 2021. Felizmente, tive a oportunidade de integrar este campo de estágio, solicitado como primeira opção. Mais do que um atendimento de excelência à pessoa e família com doença mental por uma equipa multidisciplinar, este contexto de estágio fornece a oportunidade de interação com uma equipa de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica com uma vasta experiência na promoção da saúde mental, tratamento e reabilitação da pessoa com doença mental. Também é deveras importante, motivação e empreendedorismo traduzido em projetos de intervenção.

Na especificidade do projeto, de promoção da esperança, privilegiamos a relação de ajuda informal, realizada de forma espontânea, de instalação natural, mas de acordo com as necessidades da pessoa (Phaneuf, 2005). Por um lado, a pessoa inserida no seu ambiente natural, a viver o seu projeto de vida e com uma frequência de contatos mais reduzida com a equipa em comparação com o ambiente hospitalar,

por outro lado, todas as contingências inerentes à pandemia em curso, nomeadamente com a suspensão do grupo de famílias, de cariz psicoeducativo.

2.2.1. A consulta especializada de enfermagem

A consulta especializada de enfermagem de saúde mental é uma intervenção autónoma e específica ao trabalho do EEESMP e constitui-se um veículo de interação, de aproximação e de efetivo contato com o ser humano (Zagonel 2001). Acolhe doentes em período pós-alta hospitalar, mas também pessoas referenciadas pelos cuidados de saúde primários, agentes e estruturas sociais e de apoio social, incluindo a reinserção e serviços prisionais. Com tamanha solicitação externa para cuidados de saúde mental, mas também solicitações da própria equipa para participação em consultas e intervenções conjuntas, a equipa de enfermagem desdobra-se em ações aos vários níveis de atuação. E, principalmente, a consulta de enfermagem deixa de ser o simples administrar de um injetável e assume ser uma relação terapêutica.

Neste momento importa centrarmos a nossa atenção na consulta especializada de saúde mental. Orientada por marcações prévias, normalmente na altura do contato anterior, as consultas decorrem logo desde o início da manhã e prolongam-se até após o almoço. Esta marcação, a par com a prevenção de infeções cruzadas, funcionava também como aspeto organizador para a dinâmica do dia a dia das pessoas, aumentando com isso a sua responsabilidade e autonomia. Havia, também, tempo para atendimentos com motivo urgente, quer de natureza presencial, quer telefonicamente.

E como veículo de interação, este tempo de contato permitia uma breve revisão do momento atual da pessoa, com a avaliação de vários aspetos essenciais ao conhecimento da mesma: a assiduidade, a postura, a apresentação, o exame do estado mental, o sono, a aceitação do estado de saúde e a disposição para iniciar processos promotores de adaptação e autonomia. Da mesma forma, ainda perceber os autocuidados, a gestão da habitação, as relações familiares, o contato com as ocupações e emprego, a gestão de comportamentos aditivos e terapêutica e o contato com os recursos sociais e comunitários.

Tal como no primeiro contexto de estágio, também agora as primeiras semanas de ensino clínico foram reservadas a uma plena adaptação às dinâmicas funcionais para com o atendimento à pessoa com doença mental na comunidade, mas também às condições sanitárias vigentes à altura e adotadas pela instituição. A participação

nas consultas decorria de forma ativa e com uma presença enérgica. Contato após contato, a minha confiança aumentava e as estratégias comunicacionais tomavam relevo, quer pela intencionalidade na troca de informação, quer pelo trabalho interno de mobilização de conhecimentos teóricos e a sua transformação em dividendos capazes de enriquecer o projeto de vida da pessoa. Também pela relação criada com as pessoas: elas reconheciam a minha presença, função e aportes em cuidados e eu, identificava a pessoa já pelo seu projeto de vida, ambiente familiar/social e potencialidades de melhoria de qualidade de vida.

Nesta linha, e como sugestão de ambos os orientadores, acompanhamos com maior atenção duas pessoas e seus respetivos projetos de vida. Com atendimentos quinzenais (o Alexandre) e de 21 em 21 dias (a Raquel), o acesso à pessoa estava facilitado e as interações seriam de forma amiúde. Como primeiro ganho por nós sentido, a consolidação da segunda competência de especialidade, avaliada no primeiro contexto como uma possibilidade de melhoria. É certo que o estudo de caso, feito no primeiro contexto, permitiu executar uma avaliação global da história de saúde mental da pessoa, mas também é certo que somente na comunidade se consegue aceder a todo um cenário capaz de evidenciar as respostas humanas ao contexto de vida, bem como os recursos internos e externos que o mesmo possui e o impacto na sua autonomia. Era algo que me incomodava e me frustrava. Talvez pela minha ausência de contato com cuidados na comunidade. Talvez por querer conhecer mais sobre a pessoa e não ter habilidades para tal. Antes de cada contato, era feita uma breve revisão aos registos na plataforma informática e uma troca de impressões com a enfermeira orientadora sobre a pessoa, as aspirações da mesma para com o seu projeto de vida e as potencialidades a explorar.

O Alexandre recorria quinzenalmente e de forma assídua à consulta de enfermagem. Ao abrigo da lei de saúde mental, cumpria tratamento compulsivo em regime ambulatorio. E apenas requeria isso mesmo, a administração do injetável e nada mais. O impasse relacional descrito por Chalifour para a equipa. O Alexandre, uma pessoa infeliz. Vivi as consultas com resiliência e esperei o tempo e o momento certo. Qual intervenção poderia ser persuasora de tamanha contra atitude, desdém e agressividade para com os técnicos? A resposta surgiu de forma espontânea, fruto também de uma intervenção genuína: o enfermeiro ele próprio como instrumento terapêutico. Neste caso particular, pela revelação de afetividade para com alguém que apenas devolvia agressividade. “Apesar de destratar assim a equipa, nós gostamos do Alexandre e temos carinho por si”. “Tudo o que diz e a forma como o diz deixa-nos

tristes, mas nós gostamos de si”. A partir deste momento, a equipa centrou os cuidados, não no comportamento, mas sim na pessoa do Alexandre. As aprendizagens sustentam-se numa reflexão crítica e num registo de interação.

No caso da Raquel, a motivação inerente a um seguimento mais aprofundado da nossa parte deveu-se a processos de desesperança verbalizados inúmeras vezes pela mesma. Integrada em inúmeros projetos e apoios multidisciplinares e de recursos sociais, tais como ARIA e CAMPINTEGRA (associação para o desenvolvimento social e ambiental), a Raquel revelava comportamentos inconstantes na adesão aos mesmos. A promoção da esperança foi direcionada para pensamentos de caminho, visto os pensamentos de iniciativa não estarem a ser eficazes (Snyder, 2000). A disposição e motivação vivida pela Raquel encontrava obstáculo em toda a sintomatologia negativa secundária ao seu processo mórbido, o qual a inibia de atingir os seus objetivos. A par com isso mesmo, também a significância que a Raquel atribuía ao seu projeto de vida. O significado e o propósito de vida não ressoavam na sua atitude. A Raquel busca a felicidade, mas não entende a razão pela qual quer ser feliz (Frankl, 2012).

As diferentes interações com estas duas pessoas revelaram-se enriquecedoras e promotoras de aprendizagens, muito pela confiança na condução autónoma da consulta especializada de enfermagem. Também pelos registos das interações na plataforma informática. Ao fim do dia, ainda com a presença de todas as emoções vivas e sentidas, os registos de enfermagem fluíam e davam visibilidade a algo vivido intensamente, pela fluidez e volume de trabalho, mas também pela entrega e investimento. Longos, é certo, mas querendo abarcar um resumo da situação de vida atual da pessoa, as suas intenções e, também, os diagnósticos que a equipa de enfermagem faz e respetivas intervenções.

Uma nova clarividência surge pela observação participante: o alcance da esperança e da sua relação com conceitos emergentes, tais como o sentido de vida ou o *recovery*. Um cuidar já não somente focado em parcerias para com projetos de vida, mas ajudar a construir significados para esses mesmos delineamentos. Combater a desesperança pelo reequilíbrio do propósito de vida.

A contínua pesquisa de evidências científicas colocou em debate esse mesmo cuidar, direcionado para um tópico específico: o autocuidado. A pessoa com experiência de esquizofrenia vive 15 a 20 anos menos que a população em geral (Laursen, Nordentoft & Brøbech, 2013). A promoção de hábitos de vida saudáveis

torna-se uma exigência de forma a contrariar números tão desiguais, fornecendo educação e estratégias para mudanças de comportamentos.

Por estilos de vida entende-se o conjunto de comportamentos ou hábitos que a pessoa desenvolve para dar resposta às várias situações e solicitações do dia a dia. A DGS aponta vários determinantes da saúde que podem influenciar positivamente a vida das pessoas. São eles a alimentação e a hidratação cuidadas, o exercício físico adequado, a qualidade do sono, a gestão do stresse, o controlo do tabagismo, da ingestão de bebidas alcoólicas e do abuso de substâncias. Na saúde mental, Oliveira (2020) aponta os fatores comportamento e ambiente como importantes variáveis a integrar nos programas de promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental. Então, a par com os estilos de vida saudáveis apontados pela DGS, acrescentamos a saúde mental positiva e o propósito/significado de vida como contributo a este desafio lançado por Oliveira (2020).

Desta forma, e como elemento de apoio à consulta especializada de enfermagem, foi criado um panfleto que reunia informação pertinente sobre os estilos de vida saudáveis (Apêndice 20). Em cada consulta era trabalhado um ou vários estilos de vida com potencial de melhoria e feita a sua identificação, juntamente com a pessoa, no folheto. O aconselhamento surgia como uma intervenção de orientação e capacitação para a pessoa tomar a sua própria decisão. Esta orientação era baseada na troca de um conjunto de informação promotora de literacia, tendo por base os recursos pessoais que a mesma possuía.

Foi bastante positiva a receptividade das pessoas a este tipo de orientação. Encontraram significado. Reconheceram o papel e o alcance dos temas abordados. Em cada intervenção eram estabelecidos pela pessoa um ou mais objetivos realistas, a reavaliar na consulta seguinte. Um exemplo: o controlo do peso da Raquel, tendo por base a preparação de refeições mais equilibradas ou a assiduidade aos fóruns socio ocupacionais do José, através da gestão de um sono reparador.

Participar ativamente numa consulta comunitária foi algo fascinante. É motivador ver a pessoa a desenvolver o seu projeto de vida, no seu ambiente e contexto próprio. É o elemento fundamental para perceber que o *recovery* é possível.

2.2.2. A visita domiciliária

É no domicílio das pessoas que o enfermeiro olha a pessoa/família na sua globalidade funcional. Primeiro que tudo porque é aqui que a relação

pessoa/enfermeiro é realmente simétrica. A pessoa é atendida no seu ambiente diário e confortável, onde realiza os seus desejos e crenças. Por outro lado, a pessoa/família sente uma genuína entrega de cuidados e disponibilidade. Entende-se então por visita domiciliária, a prestação de cuidados de saúde ou intervenções de carácter social, na habitação da pessoa/família e ambiente de vida, promovendo a proximidade e o conhecimento da família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e de redes de suporte, verificando-se ganhos em saúde para a mesma (Rice, 2004).

Dada a sua importância para as aprendizagens, destacamos duas intervenções, de carácter psicossocial, realizadas no domicílio da pessoa.

A primeira intervenção psicossocial, realizada em conjunto com uma assistente social da ARIA, leva-nos à habitação do Augusto. Um adulto de 40 anos que vive o seu projeto de autonomia, mantendo habitação própria e independência financeira. Mostra um suporte familiar frágil revelado por contatos esporádicos com os irmãos. Boa relação com a rede social, nomeadamente técnicos da ARIA, equipa de saúde mental, fórum socio-ocupacional (jardinagem) e apoio na alimentação. Gere autonomamente a medicação, com recurso a uma caixa de medicação semanal e desenvolve treino de competências sociais, no domicílio, promovido pelos técnicos da ARIA. Apesar das suas dificuldades intelectuais, reconhece e encontra significado na ajuda social a ele prestada e mostra caminhos alternativos para atingir os seus objetivos. Pouco estruturados, é certo. A habitação tem inúmeras deficiências graves. “Vou ao Chinês” diz o Augusto. O propósito de vida presente. Não só viver numa casa, mas viver autonomamente em sua casa.

Na segunda intervenção, realizada no domicílio da dona Rosa, foi pedido à equipa de saúde mental, por parte do condomínio do prédio onde a mesma habita, a gestão de comportamentos desajustados para com os interesses comuns dos condóminos. Em conjunto com a assistente social da equipa deslocámo-nos ao domicílio da dona Rosa.

A primeira abordagem deteve-se com os funcionários da empresa de pintura. Apesar de uma atitude de tolerância para com a dona Rosa, um enorme receio dos comportamentos desajustados, envolvendo a própria segurança no trabalho. “A inclusão é mesmo isto, equilíbrio entre os vários interesses das pessoas” iniciei eu a intervenção junto do responsável pela equipa de pintura. Segue-se uma breve articulação das ações necessárias para resolução da intervenção na fachada.

Junto da dona Rosa, a criação de um ambiente entendido como seguro. Para além da clarificação das intenções da empresa de pinturas, o suporte na ansiedade

experienciada pela dona Rosa. A dona Rosa acumula objetos compulsivamente. “A minha filha vem em breve escolher o que quer para levar para sua casa. Depois eu faço limpezas”. Um significado e um propósito de futuro distorcidos pela sua perturbação delirante persistente. Como consequência direta, os autocuidados deficitários e as atividades instrumentais da vida diária em desajuste com a realidade.

A equipa de enfermagem foca a atenção nas responsabilidades diárias da dona Rosa: a gestão da sua alimentação (breve educação sobre a confeção de refeições ajustadas à diabetes), a gestão do regime terapêutico (elaboração de uma pauta terapêutica que a dona Rosa percebe e ajusta ao seu dia a dia), sono (perceção da má gestão da medicação anti psicótica) e contato com outros serviços de saúde (nomeadamente a equipa de medicina geral e familiar). Como ganhos para a dona Rosa evidenciamos a segurança criada para a gestão da medicação, melhoria do seu controlo sobre a doença metabólica, a melhoria do sono e a confiança criada na dona Rosa para com os serviços de saúde.

Duas situações distintas, uma abordagem com cuidados no domicílio e o enorme respeito por dois projetos de vida. Após cada visita uma sensação de participação efetiva na existência de alguém e a realização de intervenções que fazem a diferença nas vidas das pessoas. Projetos de vida apoiados por uma rede de suporte, muitas das vezes apenas social, mas suficiente para manter autonomias e promover a não institucionalização. Somente este trabalho em rede e multidisciplinar é capaz de dar respostas centradas nas expectativas das pessoas para o seu projeto de vida, com mais ou menos significado, com mais ou menos propósito de vida.

2.2.3. O trabalho multidisciplinar e os recursos comunitários

Em qualquer contexto de cuidados, o trabalho em equipa é importantíssimo. Na saúde mental comunitária é fundamental e imprescindível para respostas capazes a projetos de vida experienciados com dificuldades e obstáculos. Na equipa comunitária onde desenvolvemos este ensino clínico, o enfermeiro especialista participa com uma atitude dinâmica nesta multidisciplinaridade. Desta forma, integrei várias intervenções conjuntas com os médicos psiquiatras e com a assistente social, quer nas instalações da consulta, quer no domicílio da pessoa, a nível individual, mas também familiar. E senti sempre que éramos uma mais-valia reconhecida por todos. Daí, os constantes pedidos para a nossa participação.

Esta cooperação era vivida, ainda, nas reuniões de equipa comunitária, com a apresentação e discussão de situações de vida merecedoras de preocupação por parte dos elementos da equipa, bem como delinear estratégias de intervenção conjuntas e direcionadas para as necessidades e interesses das pessoas. Sempre orientando e aconselhando a pessoa para a resposta social que melhor correspondia a essa necessidade e interesse. Este encontro permitia ainda tomar conhecimento dos doentes internados, em fase aguda ou de descompensação dos seus estados mórbidos e em processos de desadaptação e perda de autonomia transitória.

Outro aspeto importante a referirmos e que reflete o encontro da multidisciplinaridade com os recursos comunitários prendia-se com o esforço feito pela equipa em encontrar, na comunidade, parceiros motivados a integrar respostas conjuntas para projetos de vida de pessoas com doença mental. Este esforço foi nomeado como Projeto Convergências e traduzia-se em reuniões com vários parceiros sociais, de forma a conhecer os vários projetos desenvolvidos, as dificuldades, mas também as aspirações de forma estabelecer laços de cooperação institucional. Durante o período de estágio, tivemos oportunidade de participar em três desses momentos, nomeadamente com o IDEQ, o tribunal e a PSP. Outra instituição que mereceu a nossa atenção, pela referenciação e encaminhamento de várias pessoas, foi o BUS, na ajuda dada às pessoas com carência financeira, no que toca a bens de utilidade doméstica que a sociedade mobiliza em donativos, sendo a gestão dos mesmos feita por esta organização.

No entanto, nem todos os projetos de vida das pessoas representavam uma autonomia e adaptação efetiva na comunidade, havendo riscos para a própria pessoa e ambiente envolvente. Por vários momentos, fomos chamados a fazer este exercício de elevada responsabilidade, onde na balança eram colocadas as necessidades e desejos da pessoa, mas também o equilíbrio entre o que são os direitos da mesma, como ser autónomo e os interesses da comunidade enquanto referencial coletivo (Silva, 2020). Este exercício muitas vezes devolvia a necessidade de referenciação para a RNCCI, quer na vertente Residência de Treino de Autonomia, quer na vertente de Residência de Apoio Moderado ou Máximo. Através do preenchimento dos formulários de referenciação, sempre tendo presente os documentos orientadores da ACSS, a saber, o manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para a saúde mental, dávamos o contributo inerente à sensibilidade do EEESMP para com o projeto de vida da pessoa/reais necessidades de cuidados.

2.2.4. A esperança enquanto caminho para um sentido de vida

Dando continuidade ao exercício iniciado no subcapítulo 2.1.3., onde posicionámos o processo de esperança do jovem adulto com base na tríade momento atual de experiência de doença mental/nível de esperança que vive/pensamento de ponderação dos objetivos, pela nossa observação participante constatamos que a experiência de doença mental é reveladora já de substancial literacia face à sua situação de vida. A esperança enquanto confiança está blindada pela relação existente e que a pessoa vive com os serviços de saúde mental/outros e alicerçada em contratos e alianças terapêuticas reais. No entanto, observamos que muitos projetos estagnam na relação orientação para o futuro/possibilidade existencial. Ainda, as pessoas mantêm dificuldades na criação de pensamentos de caminho e na procura de percursos alternativos a obstáculos inerentes à sua doença e ao impacto da mesma na sua vida, apesar de todos os apoios e projetos que experiencia.

Desta forma, a esperança como atitude orientada para o futuro, apresenta-se como constituinte da aspiração à atribuição de novos significados a um passado próprio e, porventura, recente (Schrank et al., 2008). Será o Para Quê? a razão e o motivo para agir, orientar e guiar para a realização enquanto pessoa. A desesperança, neste contexto, surge enquanto desistência de acreditar no recovery. A não aceitação do estado de saúde atual e a não construção de um projeto de vida a partir deste momento. O tal ponto de partida avaliado como negativo, a falta de pensamentos positivos e a perda do controlo sobre a sua vida. Como ajudar?

Uma possibilidade. A pessoa vive uma necessidade intrínseca de encontrar motivação para dar sentido à sua existência (Frankl, 2012). Surge o conceito de sentido de vida, que para este autor é algo singular à pessoa e específico a dado momento de vida, não visível, mas duradouro no tempo, um construto de índole positivo, que orienta e guia a existência da pessoa. A sua ausência conduz ao que Frankl chama de vazio existencial (observado por nós na situação de vida da dona Virgínia e com motivo para uma reflexão crítica). O sentido de vida pode ser alcançado pela mobilização de três valores: criador (fazer algo), vivencia (coerência e crescimento pessoal) e de atitude (transcendência de si).

Sendo um construto importante para contextos de psicoterapia e de psicoeducação (Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006) e abraçando o desafio de Oliveira (2020) que, ao reconhecer a necessidade de intervir quer ao nível dos comportamentos quer ao nível do ambiente, de forma a obter melhor condição de

saúde mental, introduzimos este tema, na consulta especializada de enfermagem, como um determinante em saúde mental e um estilo de vida saudável (Apêndice 20), defendido pela DGS como um comportamento ou um hábito, passível de ser trabalhado, que a pessoa desenvolve para dar resposta aos vários acontecimentos de vida a que está sujeita. A operacionalização desta intervenção teve novamente bases na relação de ajuda informal, com exploração das narrativas das pessoas, seu enquadramento com os objetivos realistas de vida, o seu significado e a relação com a esperança particularizada num caminho realista de responsabilidade e autonomia.

2.3. A ESPERANÇA NAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM

Assumido desde o enquadramento teórico que as duas condições essenciais para a promoção da esperança seriam O enfermeiro portador de esperança e A relação terapêutica, consideramos de enorme pertinência dar relevo ao trabalho realizado junto dos enfermeiros de cada instituição facilitadora dos contextos de estágio para que, eles próprios, assumissem o papel de Instiladores de Esperança junto das pessoas a experienciar processos de desesperança. Ana Querido em 2018 realça esse importante aspeto e afirma que "...esperança e desesperança constituem determinantes importantes da saúde mental".

Em contexto de internamento e para uma compreensão do posicionamento da equipa de enfermagem perante a esperança como foco de enfermagem de saúde mental, foram analisadas as narrativas de ocorrências em passagem de turnos que tivessem por preocupação fenómenos de desesperança. Nas primeiras 4 semanas de ensino clínico, o período assumido como integração à filosofia funcional da equipa, seus projetos e suas dinâmicas, foram observadas 15 referências a apreciações clínicas perante fenómenos de desesperança. Para um universo de 28 pessoas internadas e para 24 passagens de ocorrências, é evidente uma média de mais do que uma narrativa de fenómenos de desesperança, por cada dia de estágio.

No entanto, a transição da apreciação clínica para a formulação de um juízo clínico e respetivo diagnóstico de enfermagem não era observada na consulta feita aos respetivos planos de trabalho construídos para cada pessoa internada. Nas 4 semanas de diagnóstico de situação, apenas por uma vez o processo de apreciação, diagnóstico, intervenções e avaliação foi completo. Mau desempenho da equipa? De todo não. Dois aspetos que considerámos: Sampaio, Peres, Graça, Barreto, Teixeira & Fernandes (2017) defendem que são inúmeras as intervenções desenvolvidas por

EEESMP que não são codificadas nem divulgadas junto da comunidade científica, por outro lado, a enorme sensibilidade da equipa para com os processos de desesperança, mas sem os instrumentos para diagnosticar a mesma.

Desta forma, a promoção da esperança junto da equipa de enfermagem teve como alvo primordial o diagnóstico, onde foi apresentada e discutida a escala da esperança (Anexo 3) (Viana et al., 2010) e a colheita e análise das narrativas das pessoas com recurso a uma entrevista semidiretiva (Sequeira, 2020, 2016; Querido, 2020) (Apêndice 5). A operacionalização de todo este processo foi feito ao longo das passagens de ocorrências da 5^a, 6^a, 7^a e 8^a semana de ensino clínico, estando a 9^a e última semana reservada para avaliar a visibilidade que a equipa concedeu à esperança enquanto foco de enfermagem de saúde mental. Novamente, tendo por base um universo de 28 pessoas internadas, foram observados, na plataforma informática, 16 processos diagnósticos para com processos de desesperança.

Na comunidade, todo este processo foi facilitado. A par com uma proximidade diária para com a totalidade da equipa de enfermagem, também a prática reflexiva partilhada, feita pela análise de projetos de vida concretos, vivida em momentos de esperança diferentes, conforme discutido anteriormente, permitiu construir entendimentos sobre como a esperança era promovida e como poderia ser otimizada perante os vários desafios colocados pelos fenómenos de ausência de definição de caminhos alternativos para com, mais do que os objetivos de vida, o significado que a pessoa atribuía à sua existência e o propósito de vida que daí era depreendido.

Esta perceção de desesperança, na vertente da dificuldade da pessoa em encontrar um sentido e propósito de vida, é transversal a toda a equipa multidisciplinar, a ponto de alguém, num dado momento de uma reunião de equipa multidisciplinar, defender que “Não podemos desistir dos doentes”. Este sentimento foi por nós trabalhado ao longo do ensino clínico para com toda a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, de forma a que fosse instilada a esperança na comunidade, não somente no apoio a objetivos e a projetos de vida, mas no readquirir de significados e propósitos para a própria existência. A resiliência na atitude, a compaixão na prática, mas autonomizar pela responsabilidade de a pessoa se apropriar de um novo sentido e propósito de vida, ganhando competências para viver uma vida autodirigida, determinada e autônoma, mesmo na presença de qualquer tipo de sofrimento emocional que a pessoa viva atualmente ou tenha vivido no passado (WHO, 2017).

3. OS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A competência, como a reunião das habilidades cognitivas, psicomotoras e comportamentais para um exercício de uma profissão (Phaneuf, 2005), tem por base um desenvolvimento pessoal e profissional e é entendido como um fenómeno evolutivo, com início num nível de iniciado, terminando em nível de perito (Benner, 2001). Também este percurso de especialização pressupõe esta evolução pessoal e profissional de aquisição de competências, “Na procura permanente da excelência do exercício profissional” (Regulamento n.º 356/2015, p.17035). A OE exerce o seu papel normativo e define o perfil de competências comuns do Enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e o perfil de competências específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018).

Tendo por base os dois documentos que normalizam as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista, em conjunto com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental (Regulamento n.º 356/2015) e com o próprio projeto de estágio, como estratégia de operacionalizar as respetivas competências em contexto clínico, desenvolvemos um conjunto de iniciativas que pretendem ser significativas para a apropriação das habilidades inerentes a um exercício especializado. Temos ainda em vista as competências inerentes ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016), as quais pretendemos cimentar com a elaboração, apresentação e discussão do presente relatório de estágio.

Com o decorrer dos ensinamentos clínicos, as várias intervenções, atividades ou interações foram por nós refletidas, avaliada a sua intencionalidade e atribuído um significado de acordo com os vários domínios de competências preconizados pela OE para o enfermeiro especialista e EEESMP. Desta forma, são elaboradas ao longo das semanas duas tabelas, a primeira para as competências desenvolvidas para o enfermeiro especialista (Apêndice 21), a segunda para o EEESMP (Apêndice 22).

De uma forma abrangente, sentimos este processo de aquisição de competências especializadas como o fenómeno evolutivo defendido por Benner, enquadrado num crescimento pessoal e profissional vivido por uma transformação interna. Estas mudanças, não mais do que o “Transforma-te em quem és” (Yalom, 2009, p. 79), sustentaram o equilíbrio entre a nossa identidade/percurso de vida e o

papel emergente de cuidados baseados em competências especializadas. Uma coerência que não desperdiçou o percurso de vida, mas que assumiu a mudança.

Olhando agora, de forma mais singular, as competências comuns do enfermeiro especialista, podemos descrever em contexto de ensino clínico (Apêndice 21), uma atuação alicerçada numa responsabilidade profissional, ética e legal (1ª competência) com base num profundo respeito pela pessoa humana, suas aspirações e sua dignidade. A interação com a pessoa a experienciar doença mental exigiu manter o equilíbrio, já anteriormente enquadrado, entre o que são os interesses da pessoa e o equilíbrio e a ordem social. Desta forma desenvolvemos uma prática profissional que respeitou este balanceamento, traduzido num constante enquadramento teórico, intervenções de tomada de decisão pelos valores éticos e deontológicos e dinamização das mesmas junto da pessoa alvo de cuidados, dos enfermeiros e restante equipa, bem como reflexões sob a forma de diários de aprendizagem e de registo de uma interação específica. O estudo de caso realizado permitiu sintetizar e refletir todos estes aspetos num momento de vida de alguém em desequilíbrio e desadaptação.

Esta prática profissional não foi somente demonstrada pelo respeito para com a pessoa humana, mas também evidenciámos uma prática de qualidade (2ª competência), com uma função catalisadora de uma melhoria contínua da excelência de cuidados. Desta forma, para além do enquadramento teórico, também uma prática reflexiva e intervenções muito práticas e dirigidas a um ambiente terapêutico e seguro. Como exemplo, a participação ativa e condução de consultas de enfermagem especializada, a promoção do foco esperança junto dos pares, as intervenções breves, psicoterapêuticas e psicoeducativas.

A constante procura de uma prática de qualidade implicou, para nós, também uma gestão de cuidados (3ª competência) baseada num trabalho de equipa multidisciplinar forte, demonstrado pela participação ativas nas múltiplas reuniões, mas também por um grande investimento nas interações individuais com as pessoas alvo dos cuidados, constituindo-nos, nós próprios, líderes nos cuidados. Exemplos: as várias intervenções pontuais e estruturadas, também os folhetos de apoio.

Em todo este processo descritivo, o desenvolvimento das aprendizagens pessoais (4ª competência) adquire preponderância para nós acrescida: além de todo o esforço de autoconhecimento e assertividade, também a praxis sustentada na evidência científica. Esta dualidade permitiu-nos, por exemplo, o recurso a uma revisão crítica de um capítulo de livro (Apêndice 23) de forma a promover o

autoconhecimento, diários de aprendizagem, um estudo de caso e uma intervenção psicoterapêutica grupal. Esta praxis não poderia deixar de estar sustentada pela utilização e promoção junto das equipas de enfermagem das taxonomias CIPE, NIC e NOC.

Ainda integrado na descrição deste processo de aquisição de competências especializadas, mas focando agora a nossa atenção nas competências específicas do EEESMP (Apêndice 22), devolvemos o esforço feito para apropriação deste cuidar especializado, de forma a prestar uma ajuda significativa na adequação de respostas humanas mais adaptadas para com a saúde mental. Tendo sempre presente a mobilização de nós mesmos como instrumentos terapêuticos, introduzimos dinâmicas na nossa atuação, capazes de uma prática profissional geradora de tomadas de consciência das situações de vida, constituindo um ponto de partida para a resolução de problemas em parceria com as pessoas.

Sentimos esta força e este potencial terapêutico pela exploração do autoconhecimento, como forma de tomada de consciência de nós próprios na relação e para a relação, favorecendo o nosso desenvolvimento pessoal e profissional (1ª competência). Desta forma, a relação terapêutica e as intervenções psicoterapêuticas subsequentes foram sustentadas pela vivência de um constante diálogo interno, crítico para aspetos negativos avaliados como inibidores de uma relação de ajuda e catalisador de todas as potencialidades em nós existentes e promotoras de intervenções em parceria com as pessoas e seus projetos de vida e de futuro. Todo este trabalho foi sustentado pelo constante enquadramento teórico, a recensão crítica de um texto de Rogers que provoca e promove uma mudança interna para a abertura ao outro, a prática reflexiva traduzida nos vários diários de aprendizagem e a própria exposição ao contato especializado, quer por intervenções breves, quer pelas intervenções psicoterapêuticas de promoção da esperança.

A segunda competência, assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, bem como família grupos e comunidade, na otimização da saúde mental, porventura a mais debatida e trabalhada, mereceu especial atenção pelas dificuldades sentidas na sua apropriação. Com todo um percurso profissional pautado pela Urgência e Bloco Operatório, onde a resolução dos problemas das pessoas era rápido, automático e eficaz, parar para ouvir as pessoas, as suas preocupações e anseios, revelou-se uma situação inquietante. Apesar de um percurso paralelo de acompanhamento da pessoa com experiência de doença mental, mas com uma cronicidade deveras instalada, a interação com a pessoa a perceber, por exemplo, um primeiro surto psicótico, foi

algo deveras estimulante, mas também no início, altamente frustrante. Motivo pelo qual mereceu uma autoavaliação menos positiva em primeiro contexto de estágio, mas também um esforço redobrado de trabalho e para o seu desenvolvimento.

Fruto disso mesmo, as várias ações desenvolvidas e merecedoras de discussão: uma revisão da literatura, que procurou mapear as experiências de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico, um estudo de caso sobre as vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico, a participação em vários tipos de reuniões de discussão de situações de vida, o contato com as pessoas como forma de desenvolvimento de habilidades e técnicas e, sempre, a prática reflexiva sobre a forma de diários de aprendizagem.

Se foi difícil o exercício de avaliar as necessidades em saúde mental e executar uma apreciação clínica capaz de descrever a história de saúde da pessoa, ajudar a mesma a recuperar a sua saúde mental (3ª competência) foi deveras facilitada pelo mesmo percurso pessoal de atendimento à pessoa com experiência longa de doença mental. Desde a sensibilidade em eleger um foco de atenção para a prática, como foi a opção pela promoção da esperança, à mobilização de diagnósticos, a identificação de resultados esperados, o planejar e implementar cuidados, de acordo com um projeto de estágio bastante investido, tornou-se algo significativo e prazeroso, tanto em contexto de ensino clínico, mas também com repercussão direta nos cuidados a nível profissional. Desta forma, tanto a nível da promoção da esperança, como de outros focos apreciados como desajustados e merecedores de intervenção para autonomização da pessoa, os cuidados especializados forma prescritos, implementados e avaliados mediante os resultados esperados.

Damos ênfase ao contexto comunitário e aos projetos de vida apoiados pelas consultas de enfermagem especializada e às próprias visitas domiciliárias. Sendo um processo gradativo de *recovery*, muitas vezes longo, é na comunidade que tem visibilidade. O próprio direcionamento do projeto para focos de atenção baseados em significados e propósitos de vida, traduz este crescimento pessoal e profissional de desenvolvimento de competências com base nas próprias necessidades das pessoas.

Por fim, a intervenção psicoterapêutica, socio terapêutica, psicossocial e psicoeducacional (4ª competência). Uma competência transversal aos dois contextos de ensino clínico e que nos dirigiu para uma prática estruturada, intencional e orientada para as reais necessidades das pessoas, o cuidado centrado na pessoa. De cariz psicoterapêutico, socio terapêutico e psicoeducacional, em contexto de internamento e em virtude de todos os constrangimentos inerentes ao distanciamento

social, adquire forma quer pelas intervenções pontuais, mas estruturadas, de aconselhamento, apoio emocional, intervenções psicoeducativas e uso de técnicas de relaxamento, mas também, pelo grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. Na comunidade, as intervenções psicossociais e psicoeducacionais são o fio condutor das intervenções especializadas em saúde mental. Quer pela participação em visitas domiciliares, o próprio direcionamento do projeto de promoção da esperança tendo por base uma orientação para o futuro sustentada pelo sentido e propósito de vida.

Toda esta dinâmica, envolvendo cuidados quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário, tem como finalidade máxima o contributo para o processo de *recovery* e o readquirir de funcionalidades que promovam a adaptação e autonomia. Isto foi sentido por nós como possível e, mais do que isso, visível nas práticas e na vida das pessoas. Este subsídio não se fica apenas na reabilitação, mas também na promoção da saúde mental, pela ajuda à melhoria dos indicadores de mortalidade e morbilidade, como foi explorado na implementação do projeto.

Em todo este descritivo sobre o processo de aquisição de competências especializadas, colocámos em discussão os vários perfis de competências exigidos e normalizados pela OE para atribuição do título de enfermeiro especialista, juntamente com todo o trabalho desenvolvido em contextos clínicos e tendo por base o projeto de estágio. Todas estas competências são traduzidas em cuidados de enfermagem especializados de saúde mental, como um mandato social pedido aos EEESMP. Também estas competências têm enquadramento com os 8 enunciados descritivos, definidos para um exercício profissional de qualidade e entendidos como o instrumento de relação para com a própria pessoa cuidada e com todo o ambiente envolvente (Regulamento n.º 356/2015).

A contínua reflexão, por nós realizada, acerca de todos estes enunciados descritivos, a saber, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica e a redução do estigma e a promoção da inclusão social, permitiu constituir-se um referencial para uma metodologia de melhoria contínua do desenvolvimento de competências especializadas. Entendemos que não seria suficiente desenvolver intervenções demonstradoras de cuidados, mas que essas mesmas intervenções e competências deveriam traduzir uma qualidade crescente e suficiente para satisfazer os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

“Ser ou não ser, eis a questão”. A personagem de Shakespeare, Hamlet, desenvolve o seu monólogo utilizando esta dicotomia de uma extrema simplicidade. Existir ou não existir? Viver ou morrer? Ser ou não ser? Questões existenciais sobre iniciativa, ação ou posicionamento sobre a vida. A primeira palavra deste escrito, o posicionamento, deveras importante e significativa para com todo este caminho.

Este posicionamento, enquadrado com “...um encontro ou uma relação com algo que se experimenta...”, representa para Bondía (2002, p.25) a experiência. Neste contexto específico, a experiência de doença mental das pessoas com quem nos cruzamos e cuidamos. Esta experiência, para Heidegger (2003), representa uma viagem, mas também um risco, onde “...algo nos acontece, nos alcança; se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma”. Ora sucesso, ora sofrimento. Ora vitória, ora derrota. Ora esperança, ora desesperança. Desta forma, **como é experienciada a esperança pelo jovem adulto ao viver um primeiro episódio psicótico?**

No início desta caminhada, o jovem adulto como o sujeito da experiência de um primeiro episódio psicótico, narra de forma confusa e com falta de coerência a avaliação que faz do ambiente com o qual interage. A revisão da literatura indicou-nos, também, a presença de emoções negativas perante a perda de funcionalidade, estando a desesperança fortemente associada a experiências de internamento como o desrespeito, a falta de controlo sobre a sua vida e a falta de informação. Agrupados em três domínios específicos, a saber, o percurso, os aspetos facilitadores e as barreiras ao *recovery*, estas experiências e sentimentos considerados negativos, têm relação significativa com a esperança. A esperança surge como uma confiança e uma possibilidade de bem-estar, relações sociais positivas, redução do autoestigma, aumento da inclusão social e das atividades vocacionais.

Durante o nosso percurso de estágio hospitalar, observámos a experiência de esperança do jovem adulto focalizada numa dimensão cognitiva. Esta preponderância narrativa adquire significado à custa dos objetivos que o mesmo possui e estabelece de forma a encontrar significado para a experiência de quebra com a realidade que vive. Objetivos concretos, mas também muitos abstratos. Pensar no futuro, mas sentir que não tem oportunidades. E principalmente, sentir-se completamente só.

Quando o jovem adulto regressa à sua comunidade, o percurso de *recovery* e as narrativas de esperança são bastante significativas. Sente *empowerment* e controlo da sua vida. A esperança é mediadora para a inclusão.

No entanto, no nosso percurso comunitário, observámos que este processo de inclusão social não é vivido por um número significativo de pessoas na sua plenitude e o tal posicionamento da mesma tende para a não realização das suas habilidades, o não conseguir lidar com o stresse do dia-a-dia, o não trabalhar produtivamente e não contribuir para a comunidade.

Um dado novo ao projeto de promoção da esperança. Como instilar esperança em alguém que não encontra significado no seu projeto de vida? Que não investe e não se autonomiza? Importa inverter esta perda de anos com deficiente qualidade existencial e o decréscimo da esperança média de vida. Como? Uma possibilidade assumida: a promoção de estilos de vida saudáveis. Algo organizador e gerador de comportamentos de responsabilidade e de autonomia.

Promover a esperança no jovem adulto com um primeiro surto psicótico revelou-se um caminho percorrido ao longo do tempo, tendo por base um conjunto de objetivos para o futuro, exemplo a aquisição de competências especializadas, mas também, e principalmente, dar possibilidades existenciais às pessoas cuidadas. Este caminho rumo ao futuro foi assente em trabalho no presente, intervenções especializadas em ensinamentos clínicos, nunca esquecendo tudo o que nós somos enquanto pessoas e enfermeiros, mobilizando o que Bondía (2002) chama de saber de experiência. Enfim, o próprio conceito de esperança aplicado a um processo de aquisição de competências especializadas.

Entendemos como muito positivos os resultados da implementação do projeto de promoção da esperança. Todo o trabalho realizado junto das pessoas a experienciar desesperança, quer a nível individual, quer grupal, foi avaliado como importante e com indicadores de resultados mensuráveis e sensíveis aos cuidados de enfermagem. Ainda, a grande receptividade por parte das equipas de enfermagem para eles próprios, serem instiladores de esperança. Finalmente, o próprio desenvolvimento do projeto para conceitos como *recovery* ou propósito de vida.

O processo de aquisição de competências especializadas revelou-se algo transformador em mim. Organizador, também. Assumir esta nova identidade e responsabilidade para com este importante mandato social, ser EEESMP. A opção por nós assumida para uma efetiva aquisição de competências especializadas prendeu-se com uma forte sustentação teórica de todas as intervenções especializadas, associado a todo um processo de significação das mesmas para com o referencial normativo da OE, sempre atendendo a uma lógica de qualidade das mesmas.

Importa ainda referir que, devido às inúmeras restrições sanitárias inerentes à pandemia em curso durante a realização dos ensinamentos clínicos, não foram atingidos todos os objetivos específicos propostos no projeto. Estes objetivos prendiam-se, fundamentalmente, com as sessões de psicoeducação para grupos de famílias. De forma a colmatar esta dificuldade, realizámos intervenções psicoeducativas de natureza grupal, mas também individual, às pessoas alvo dos cuidados.

Durante todo este trabalho de projeto, o conceito e o alcance da esperança cresceu para relações significativas e abrangentes como o significado de vida e o *recovery*. Ficou claro que, ao acompanhar a pessoa a experienciar um primeiro episódio psicótico, a esperança promove a confiança, orienta para o futuro e dá uma possibilidade existencial. Ainda, a esperança catalisa o *recovery*, enquanto que este transmite esperança pelas expectativas geradas pelas interações, apoios e projetos em parceria. No entanto, o significado e o propósito de vida diluem-se em toda a negatividade inerente à perda de funcionalidade, estigma e falta de oportunidades. A doença e o impacto da mesma.

Ainda assim, importa refletir sobre o entendimento de esperança que considerámos mais inclusivo, como o processo existencial de adaptação realista a circunstâncias negativas. A existência humana e o significado que damos à mesma. A iniciativa e/ou os caminhos para os objetivos de vida. A integração, a adaptação e a autonomia como determinantes para a saúde mental. Mas mesmo assim, para quê?

A visão existencial é filosófica e define o indivíduo como alguém consciente, livre e intencional nas suas escolhas com autenticidade. A existência é encarada como um processo dinâmico de vir-a-ser, numa dimensão histórica, em que a autonomia é baseada na responsabilidade da liberdade de escolha.

Uma constatação importante. O existencialismo confere ao homem um propósito de responsabilidade. A liberdade desenvolve no homem um compromisso para com a vida. Esta responsabilidade é encarada como a capacidade de enfrentar a realidade diretamente e responder perante ela de forma assertiva. A aceitação da própria vida pela responsabilidade torna a pessoa livre (Heidegger, 1976). Assim, o homem é capaz de realizar opções e tomar decisões das quais resulta o significado da própria vida.

O conceito de autorresponsabilidade implica que as pessoas tenham capacidade para determinar o seu potencial de saúde e desenvolvê-lo em favor do seu bem-estar (Capra, 1982). A liberdade e a consciência são valores intransponíveis, mas também intencionais e acima de tudo, geradores de valores. A liberdade é usada para o

homem escolher o que projeta ser (Sartre, 1973. A liberdade na escolha, não do que a pessoa quer ser, mas somente e apenas do projeto de vida que tem em si: o sentido da sua vida. A vertente humanista incute a experiência, em que o objeto é a vivência da pessoa, no momento atual. O crescimento é feito pela autodescoberta das emoções e concretização das suas potencialidades.

Todo este raciocínio encontra grande relevo no conceito de *recovery*, assumido como um novo significado e propósito na vida, com capacitação para viver uma vida autogerida, determinada e autónoma, apesar de qualquer sofrimento emocional atual ou passado (WHO, 2017). Autonomia. Que palavra forte e tão desejada.

Como importante epílogo para este trabalho de projeto, também uma implicação para a prática e para futuras atenções heurísticas, reconhecemos que, por mais esperança que exista na relação, **a autonomia só é conseguida através de uma responsabilidade no compromisso para com a vida**. A parceria estabelecida pelos técnicos com a pessoa pode ser forte. O paternalismo excessivo (também por nós exercido) é muitas vezes confundido com uma compaixão firme e determinada no alívio do sofrimento do outro. Mas falta que as equipas, principalmente as comunitárias, exercitem este pressuposto de negociação e aconselhamento da responsabilidade na pessoa, exercida no momento certo e com a literacia em saúde mental capaz de decisões firmes para enfrentamentos assertivos da realidade.

Fora de tempo e na maior parte das vezes sem sentido para a pessoa, essa responsabilização é feita pelos tribunais (ex. a violência doméstica) ou pela RNCCI com a institucionalização e perda de uma liberdade para a autonomia. É certo que são inúmeros os casos de sucesso e de *recovery*. Mas também é certo que a sociedade está cada vez mais exigente e a exercer o seu direito de paz social. Fruto desse exercício, os dramas e a desesperança que assistimos nos nossos contextos profissionais, aquando do acolhimento de mais alguém que viu o seu projeto de vida interrompido de forma abrupta e sem possibilidade de recurso.

Perspetivámos, por inúmeras vezes, na comunidade, o papel do EESMP na gestão de projetos de vida de pessoas na sua habitação. 20 famílias, por exemplo. Um projeto de treino de competências sociais no domicílio. A manutenção da pessoa onde se pretende que ela seja funcional. Uma enorme possibilidade.

Terminamos citando Jean-Paul Sartre (1973). “Um homem não é outra coisa, senão o que faz de si mesmo.” Um pensamento que passa por nós todos os dias. A bem dizer, sou eu que passo por ele. Está inscrito numa parede da instituição onde trabalho. Inquietava-me, questionava-me, mas ignorava-o. Até agora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Amminger, G. P., Harris, M. G., Conus, P., Lambert, M., Elkins, K. S., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2006). Treated incidence of first-episode psychosis in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 337–345. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00790.x>.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295–315.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037//0003066X.55.5.469>.
- Baldwin, P., Browne, D., Scully, P. J., Quinn, J. F., Morgan, M. G., Kinsella, A., Owens, J. M., Russell, V., O'Callaghan, E., & Waddington, J. L. (2005). Epidemiology of first-episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan study at 8 years. *Schizophrenia bulletin*, 31(3), 624–638. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi025>.
- Baltes, P., Staudinger, U., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual review of psychology*, 50, 471–507. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benson, J. E., & Elder Jr, G. H. (2011). Young adult identities and their pathways: A developmental and life course model. *Developmental Psychology*, 47(6), 1646–1657.
- Berry, C., & Greenwood, K. (2017). Direct and indirect associations between dysfunctional attitudes, self-stigma, hopefulness and social inclusion in young people experiencing psychosis. *Schizophrenia Research*, 193(2018), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.037>.
- Bondía, J., L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. Nº. 19, jan/fev/mar/abr 2002, 20–28.

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp 993–1028). Nova Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Language and hope in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry research*, 245, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.013>.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bürgy M. (2008). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia bulletin*. 34(6), 1200-1210. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm136>.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. Digital Source.
- Carreiro, S. V., & Martins, R. (2008). Caracterização dos primeiros surtos psicóticos e reavaliação após oito anos. *Psilogos*. 2007/2008; 4(2) /5(1), 98-108.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Coentre, R., Blanco, P., Fontes, S., & Power, P. (2011). Initial diagnosis and treatment in first-episode psychosis: can an operationalized diagnostic classification system enhance treating clinicians' diagnosis and the treatment chosen?. *Early intervention in psychiatry*. 5(2), 132–139. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00247.x>.
- Colori, S. (2016). Fear, Faith, Hope, and Courage. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 44 no. 4, 703–705. <https://doi:10.1093/schbul/sbw004>.
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental Health. *Focus*, 13(4),419-425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>.
- Corrigan, P., & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*. 54(9), 765-776.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cutcliffe, J. (2006). The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: A modified grounded theory study - Part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 598–603.

- Cutcliffe, J. R. (2009). Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 843–847.
- Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885–893.
- Cutcliffe, J. R., & Koehn, C. V. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature? part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 141–147. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01055.x>.
- Damásio, A. (2003/2014). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Maia: Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). *Diário da República*, 1.ª série (n.º 176 de 13 de setembro de 2016), 3159-3191.
- Deegan, P. (1996). Recovery, rehabilitation and the conspiracy of hope. In *There's a Person In Here": The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand*. Brisbane – Austrália.
- Dias, C.; Valentim, O.; Seabra, P., & Nogueira, M. J. (2020). Intervenções promotoras de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – uma scoping review. *Revista Portuguesa de Saúde Mental (Spe 7)*, 97-102.
- Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (2002). Young adult developmental tasks: relationships and specificities. *Anais UIED*. 3, 283–305.
- Dragt, S., Nieman, D. H., Veltman, D., Becker, H. E., van de Fliert, R., de Haan, L., & Linszen, D. H. (2011). Environmental factors and social adjustment as predictors of a first psychosis in subjects at ultra high risk. *Schizophrenia research*, 125(1), 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.007>.
- Drake R. E., & Whitley R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry*, 59(5):236-42. **Doi:** 10.1177/070674371405900502.
- Dufault & Martocchio (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ferrito, C.; Nunes, I., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, janeiro-março 2010.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. In M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive*

- handbook of psychological assessment, Vol. 2. Personality assessment* (pp 134–143). John Wiley & Sons Inc.
- Fortin, M-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frankl, V. E. (2012). *O Homem em Busca de um Sentido* (13ª ed.). Alfragide: Lua de Papel.
- Frost, B.G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A., & Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3>.
- George, J. B. e colaboradores (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Heidegger, M. (1976). *Sobre o humanismo - carta a Jean Beaufret, Paris*. In: Heidegger, M. Conferências e escritos filosóficos (pp 87 – 90). São Paulo: Abril Cultural.
- Heidegger, M. (2003). *A caminho da linguagem*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-1: definições e classificação 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Herth, K. (1991). Development and Refinement of an Instrument to Measure Hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 5, 39-51.
- International Council of Nurses (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Johnson, S. B., Blum, R. W., & Giedd, J. N. (2010). Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of Adolescence Health*. 45(3), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.05.016>.
- Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., Gandhi, S., Desai, G., & Nagarajaiah (2015). Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: A systematic review. *Asian journal of psychiatry*, 14, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.006>.
- Kapila, A., Fisher, H. L., Johnson, S., Major, B., Rahaman, N., Joyce, J., Chamberlain-Kent, N., Lawrence, J., Young, A. H., & Stone, J. M. (2019). Clinical and demographic differences between patients with manic, depressive and schizophrenia-spectrum psychoses presenting to Early Intervention Services in

- London. *Early intervention in psychiatry*. 13(3), 509–516.
<https://doi.org/10.1111/eip.12511>.
- Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert review of neurotherapeutics*. 10(8), 1347–1359.
<https://doi.org/10.1586/ern.10.93>.
- Laursen, T., Nordentoft, M., & Brøbech, P. (2013). Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 10, 425-448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Levy, P., & Coentre, R. (2014). Primeiro episódio psicótico. In: Figueira M.L.; Sampaio D.; Afonso P. (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp 149-160). Lisboa: LIDEL.
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121(1-3), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.003>.
- Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. (2008). Estabilidade Temporal das Escalas de Esperança para Crianças e de Satisfação com a Vida para Estudantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 245–252.
- Monteiro, A. P. (2014). Da desesperança à esperança - intervenções de enfermagem de saúde mental. *Hospitalidade* 78, 303, 31–37.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (4ª ed.). Rio Janeiro: Mosby Elsevier.
- National Institute of Mental Health (2015). *Fact Sheet: First Episode Psychosis*. Acedido em: 10/04/2021. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/fact-sheet-first-episode-psychosis.shtml>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Ed.), East Norwalk: Appleton & Lange.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds.). (2011). *The Neuman systems model* (5ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

- OE (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2018). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, P. (2020). Determinantes em Saúde Mental. In: Sequeira, C.; Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp 64 – 66). Lisboa: LIDEL.
- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
- Payne, J., Malla, A., Norman, R., Windell, D., & Brown, N. (2006). Status of first-episode psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (1), 42-47. <https://doi.org/10.1177/070674370605100108>.
- Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidade pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática de literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73.
- Perry, B; Taylor, D. & Shaw, S. (2007). “You've got to have a positive state of mind”: An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health*, 16:6, 781-793. <https://doi.org/10.1080/09638230701496360>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A. (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. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório IPEiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4050>.
- Querido, A. (2015). A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório IPEiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/1709>.
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 6), 06-08. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0206>.

- Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. In: Sequeira, C.; Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp 243 – 246). Lisboa: LIDEL.
- Querido, A. I., & Dixe, M. A. (2010). A Esperança e qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 613-622
- Querido, A. I., & Dixe, M. A. (2016). A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (abril de 2016), 95-101.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série (n.º 26-7 de fevereiro de 2019)*, 4744-4750.
- Regulamento n.º 356/2015 (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série (n.º 122-25 de junho de 2015)*, 17034-17041.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série (n.º 151-7 de agosto de 2018)*, 21427-21430.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários – conceitos e aplicação* (3ªed). Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rosen, C., Marvin, R., Reilly, J. L., Deleon, O., Harris, M. S., Keedy, S. K., Solari, H., Weiden, P., & Sweeney, J. A. (2012). Phenomenology of first-episode psychosis in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a comparative analysis. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 6(3), 145–151. <https://doi.org/10.3371/CSRP.6.3.6>.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (9ª ed). Vol 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sampaio, F., Peres, M., Graça, R., Barreto, A., Teixeira, S., & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 5), 87-92.

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção psicoterapêutica de enfermagem. In: Sequeira, C.; Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp 171 – 173). Lisboa: LIDEL.
- Sartre, J. P. (1973). O Existencialismo é um Humanismo. *Coleção Os Pensadores*. Vol. 45. São Paulo: Abril Cultural.
- Schrank, B.; Bird, V.; Rudnick, R., & Slade M. (2011a). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74, 554-564.
- Schrank, B.; Hayward, M.; Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011b). Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17, 227-235.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 421-433.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica, do diagnóstica à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Sequeira C. & Sampaio F. (2020). Da saúde à doença mental. In: Sequeira, C.; Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp 3 – 6). Lisboa: LIDEL.
- Settersten Jr, R. A., Furstenberg Jr, F. F., & Rumbaut, R. G. (2008). *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Silva, M. (2020). Questões éticas em saúde mental. In: Sequeira, C.; Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp 38 – 41). Lisboa: LIDEL.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S., & Rand, K. L. (2002). Hopeful Choices: A School Counselor's Guide to Hope Theory. *Professional School Counseling*, 5(5), 298.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.

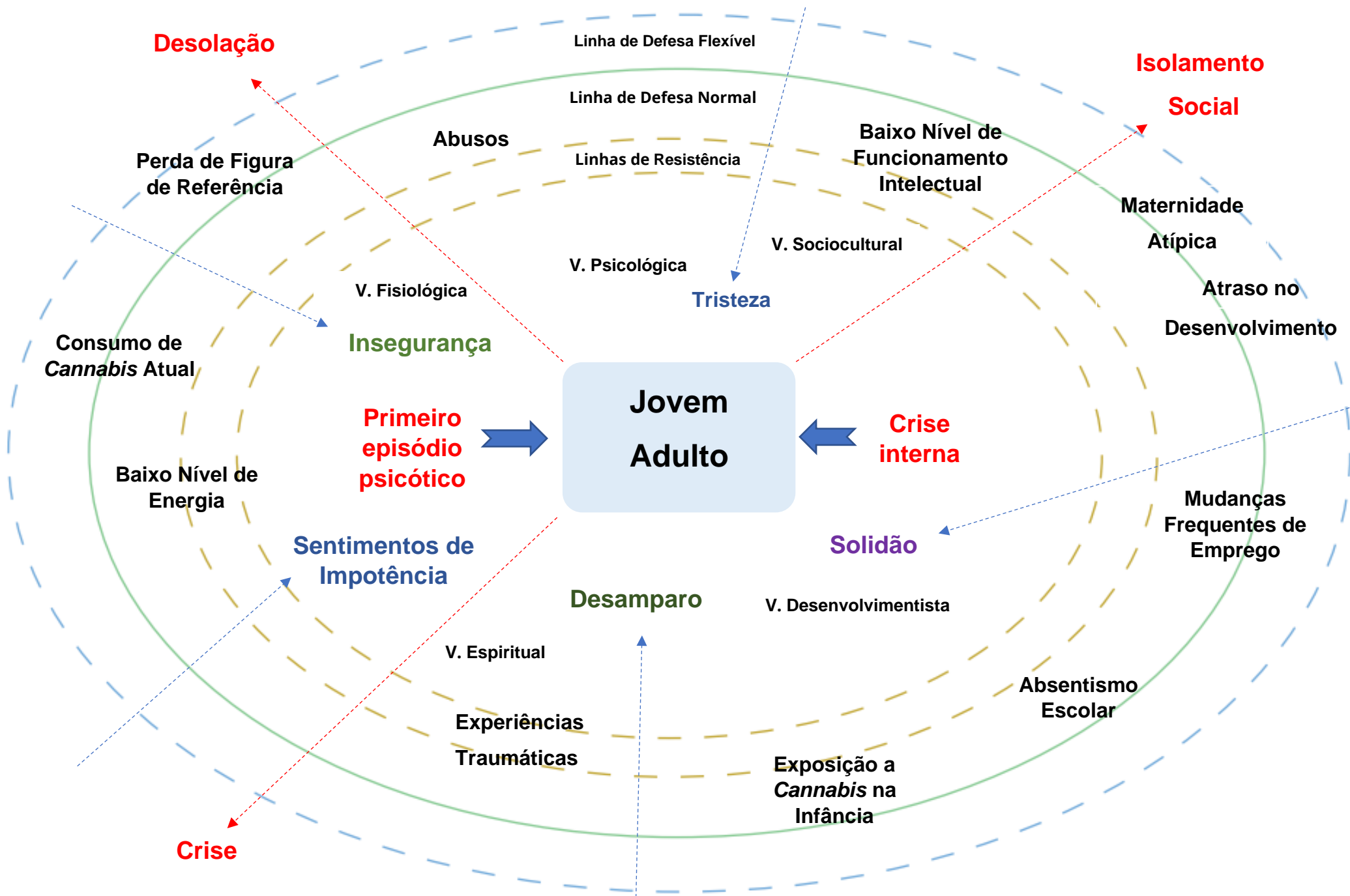
- Snyder C. R., Ritschel L. A., Rand K. L., & Berg C. J. (2006). Balancing psychological assessments: including strengths and hope in client reports. *J Clin Psychol*, 62, 33–46.
- Steger, M., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counselling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/00220167.53.1.80>.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Ética* (6ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Turner, M., Smith-Hamel, C., & Mulder, R. (2006). Pathways to Care in a New Zealand First episode of Psychosis Cohort. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 40 (5), 421–428. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01818.x>.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Faculdade de Medicina.
- Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (abril de 2010). Avaliação da esperança em cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 607-616.
- Violante, C. D. F. (2012). Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica. Impacto na Perceção de Qualidade de Vida e de Suporte Social. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1224/1/Carlos_Violante.pdf
- Walder, N., Grant Hay, A., Sibitz, I., Amering, M., Mesic, E., & Schrank, B. (2011). Hope and symptoms in psychosis. *European Psychiatry*, 26 (S2), 1526-1526.
- Ward, D., & Wampler, K. (2010). Moving up the continuum of hope: developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 36(2), 212-28.
- Wood, L., & Alsawy, S. (2018). Recovery in Psychosis from a Service User Perspective: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Current Qualitative Evidence. *Community mental health journal*, 54(6), 793–804. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0185-9>.

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1997). The Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century = Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle. World Health Organization. Jakarta: Office of Health Communications and Public Relations & International Conference on Health Promotion. Acedido em 13 de abril de 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>
- World Health Organization (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220). Acedido em 13 de abril de 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.
- World Health Organization (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 1.0*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2017). *Promoting recovery in mental health and related services - WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. Geneva: WHO.
- Yalom, I. D. (1998). *The Yalom Reader*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2009). *Quando Nietzsche chorou*. Lisboa: Edições Saída de Emergência.
- Zagonel I. P. S. (2001). Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Westphalen M. E. A., Carraro T, (Org.). *Metodologias para assistência de enfermagem* (pp 41-56). Goiânia: AB.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

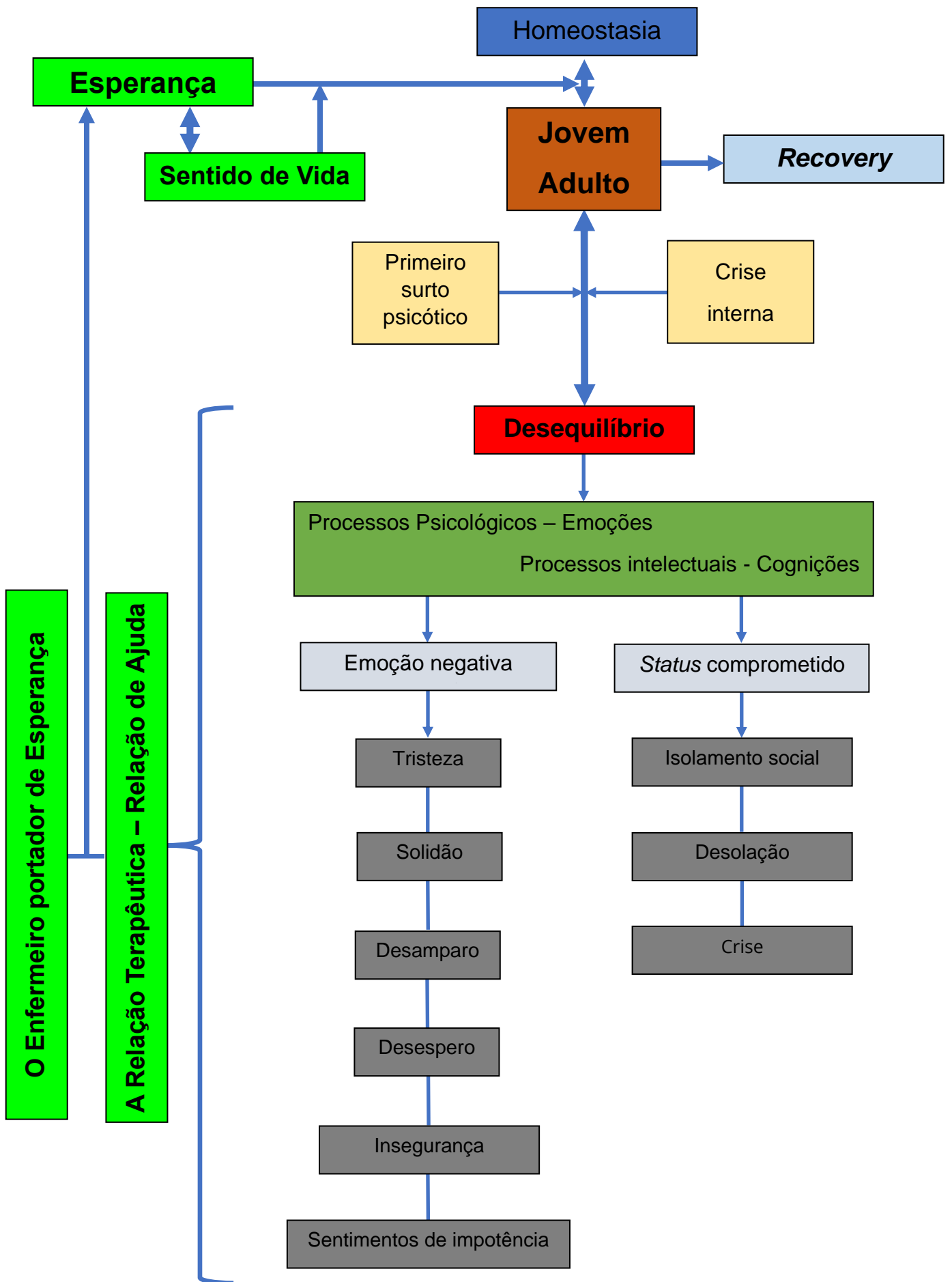
Modelo de sistemas de Betty Neuman aplicado ao jovem adulto a
experienciar um primeiro episódio psicótico



Adaptado de: Dragt, S., Nieman, D. H., Veltman, D., Becker, H. E., van de Fliert, R., de Haan, L. & Linszen, D. H. (2011). Environmental factors and social adjustment as predictors of a first psychosis in subjects at ultra high risk. *Schizophrenia research*, 125(1), 69–76. Doi: 10.1016/j.schres.2010.09.007; Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company; International Council of Nurses (2015). *CIFE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Ed.), East Norwalk: Appleton & Lange.

APÊNDICE 2

Mapa conceptual



Adaptado de: Dias, C.; Valentim, O.; Seabra, P. & Nogueira, M. J. (2020). Intervenções promotoras de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – uma scoping review. *Revista Portuguesa de Saúde Mental* (Spe 7), 97-102; Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company; International Council of Nurses (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE 3

Modelo de relação de ajuda profissional

Relação de Ajuda Profissional (Chalifour, 2008) (adaptado de Sequeira, 2016)		Área de intervenção	Contexto da intervenção	Ações previstas na apreciação e juízo clínico, na tomada de decisão e prescrição, nas intervenções de âmbito psicoterapêutico e na avaliação dos objetivos traçados
Início da Relação Fase de Orientação	Sessão 0 Entrevista Clínica	Individual	Internamento	Executar entrevista semidiretiva (Sequeira, 2016; Querido, 2020) Aplicar escala da esperança (HHI – PT – DC) (Querido, 2012; Viana et al., 2010)
	Sessão 1 O início da relação: o encontro com o outro	Individual/Grupal	Internamento Comunidade	Apresentação individual, início da expressão emocional e clarificação de papéis. Executar terapia expressiva: a árvore dos talentos (Querido, 2020)
	Sessão 2 O ponto de partida: o que existe em nós?	Individual/Grupal	Internamento Comunidade	“Como poderei ajudar os outros?” – 10 reflexões pessoais do interveniente (Rogers, 1985) A atitude positiva de esperança por parte do terapeuta (Chalifour, 2008; Dias et al., 2020) Executar orientação para a realidade: assumir mutuamente o ponto de partida (Schrank et al., 2011) Promover a autorresponsabilidade: definição conjunta do objetivo geral e objetivos específicos, realistas (Schrank et al., 2011; Querido 2020)
Momento Intermédio Fase de Trabalho ou de Emergência de Identidades	Sessão 3 O significado de vida: problema ou oportunidade?	Grupal	Internamento Comunidade	Promover a melhoria do enfrentamento: uma abordagem de orientação para o futuro (Niebieszczanski et al., 2015)
	Sessão 4 O significado como problema: estratégias de clarificação	Grupal	Internamento Comunidade	Executar técnica de resolução de problemas (Monteiro, 2014)
	Sessão 5 Viver a mudança: um novo significado	Grupal	Internamento Comunidade	Facilitar a criação de narrativas terapêuticas (Monteiro, 2014; Dias et al., 2020)
Fim da Relação Fase de Conclusão	Sessão 6 A mudança acontece: estou preparado	Grupal	Internamento Comunidade	Executar técnica expressiva: o Brasão de Esperança (Querido, 2020) O que eu levo comigo: Kit de esperança (inclui folheto de suporte) (Monteiro, 2014)

APÊNDICE 4

Diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos CIPE International Council of Nurses, CIPE®, Versão 2015	Diagnósticos NANDA-1 Herdman & Kamitsuru, 2018	Intervenções de Enfermagem NIC Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016	Resultados de Enfermagem NOC Moorhead, Johnson, Maas & Swanson. NOC, 2010
<p>-----</p>	<p>Desesperança</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Executar aconselhamento (esperança, medos) * ✓ Promover a redução da ansiedade ✓ Executar Arte – terapia 	<p>O jovem adulto expressa expectativas de um futuro positivo, de fé, desejo de viver, razões para viver, sentido da vida, otimismo, crença em si mesmo, crença nos outros, paz interior, sensação de autocontrole, exibição de gosto pela vida e estabelecimento de metas.</p>
<p>Emoção negativa presente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tristeza ➤ Solidão ➤ Sentimentos de impotência ➤ Insegurança ➤ Desespero ➤ Desamparo 	<p>Risco de solidão Ansiedade Medo Sentimento de impotência</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a autorresponsabilidade ✓ Executar modificação do comportamento: habilidades sociais* ✓ Executar intervenção em crise* ✓ Executar apoio emocional* ✓ Promover a melhoria do enfrentamento ✓ Executar instilação de esperança ✓ Executar terapia de grupo ✓ Executar escuta ativa ✓ Executar orientação para a realidade* ✓ Executar terapia por reminiscência 	<p>O jovem adulto monitoriza a intensidade da ansiedade, planeia e utiliza estratégias de enfrentamento, mantém desempenho do papel e relações sociais, relata sono adequado e ausência de manifestações físicas da ansiedade.</p>
<p>Status comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Isolamento social ➤ Desolação ➤ Crise 	<p>Isolamento social Interação social prejudicada Relacionamento ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Executar técnicas de resolução de problemas ✓ Facilitar a criação de narrativas terapêuticas 	<p>O jovem adulto apresenta habilidades de interação e envolvimento social, equilíbrio do humor, bem-estar e referência a suporte social percebido.</p>

*Intervenções de enfermagem exclusivas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

APÊNDICE 5

Entrevista semidiretiva de colheita de dados

Entrevista semidiretiva de colheita de dados

(adaptado de Querido, 2020; Sequeira, 2020, 2016)

Dados biográficos

Nome:

Idade:

Habilitações literárias:

Pessoa de referência:

Situação profissional:

Preparação da entrevista

- Marcar com antecedência a hora e local
- Tomar conhecimento sobre a situação de vida da pessoa
- Assegurar privacidade, condições de higiene sanitária
- Organizar disposição da sala
- Ter presente este guião da entrevista para notas sobre as respostas

Fase inicial

- Primeiro contato, receção junto à porta, cumprimento
- Atitude afável, aberta e recetiva
- Apresentação recíproca e definição de papéis
- Apresentar objetivos da entrevista
- Assegurar confidencialidade
- Pedir autorização para a realização da mesma

Fase exploratória

- Gestão criteriosa do tempo
- Formular as perguntas de forma clara:
 - Quando ouve a palavra esperança, que imagem lhe ocorre?
 - Como descreve a esperança na sua vida?
 - De que forma a situação que vive neste momento afeta a sua esperança?
 - Se pudesse identificar uma fonte de esperança para si, o que seria?
 - O que o ajuda a manter a esperança, ou o que o faz sentir desesperado?
 - O que o ajuda a manter a esperança, ou o que o faz sentir desesperado?
- Clarificar as perceções, validar a informação e fazer uma síntese

Fase final da entrevista

- Resumo final e *feedback* mútuo
- Informar a pessoa sobre futuras ações
- Separação física

APÊNDICE 6

Análise das entrevistas semidiretivas de colheita de dados

Componentes de Esperança Schrack, Stanghellini & Slade, M. (2008)		As respostas da entrevista semidiretiva Sequeira, (2020, 2016); Querido (2020)
Afetiva n=21 (26,6%)	Confiança n=8	<p>“Não me está a afetar, está-me a dar força” (JFRR)</p> <p>“Tenho projetos, ideias” (LSNF)</p> <p>“Mantenho a esperança porque estou focado nos meus projetos e na minha família” (LSNF)</p> <p>“Força de vontade” (JFRR)</p> <p>“Um horizonte ao longe, acessível, mas exigente” (LSNF)</p> <p>“Consigo pensar no futuro” (RCTB)</p> <p>“São estas motivações que são a minha esperança” (LSNF)</p> <p>“A esperança é a minha felicidade” (BNP)</p>
	Humor n=6	<p>“Desespero estar aqui presa” (BPNI)</p> <p>“Não chega a ser desespero estar aqui internado. É uma flutuação” (LSNF)</p> <p>“Sinto que sou recriminada” (CLBF)</p> <p>“Um abismo, um precipício” (LSNF)</p> <p>“A doença e o internamento, entaves à minha vida” (RCTB)</p> <p>“Apontam-me como maluca” (CLBF)</p>
	Emoções positivas n=7	<p>“Amor, uma força interior que me permite ir mais além” (BNPI)</p> <p>“Amor que traz felicidade” (BNPI)</p> <p>“A felicidade da reunião outra vez e para sempre” (LSNF)</p> <p>“A felicidade” (BPNI)</p> <p>“Liberdade, ...correr muito e não chegar ao limite” (LSNF)</p> <p>“A felicidade com o meu namorado” (BPNI)</p> <p>“Harmonia” (RCTB)</p>
Cognitiva n=38 (48,1%)	Reflexão sobre experiências passadas n=4	<p>“Viver uma vida normal, como tinha antes” (CLBF)</p> <p>“Cresci e sou adulta” (RCTB)</p> <p>“Sem Esperança não vivemos” (JFRR)</p> <p>“Percebo que tenho um passado, fiz coisas boas” (RCTB)</p>
	Objetivos n=20	<p>“Acabar a escola, tirar a carta, ter uma família, ter uma casa, ajudar a minha família” (JFRR)</p> <p>“Ser feliz, amar e ter amor” (BNPI)</p> <p>“A família que eu quero que aconteça” (LSNF)</p> <p>“Essa mesma palavra: ter um futuro e ser feliz” (RCTB)</p> <p>“É a minha luz” (BNPI)</p> <p>“O meu trabalho, os meus hobbies” (RCTB)</p> <p>“Não ter limites. Viver o meu sonho” (LSNF)</p> <p>“Organizar a minha vida, ter a minha casa e família, dar netos aos meus pais” (JFRR)</p> <p>“Vou ser feliz” (BPNI)</p> <p>“Vou acabar o meu curso” (LSNF)</p> <p>“Ter trabalho, fazer o que gosto na minha profissão” (RCTB)</p> <p>“O controlo da minha vida” (CLBF)</p> <p>“Estarmos juntos” (LSNF)</p> <p>“Atingir um ponto de equilíbrio entre mim e o mundo” (RCTB)</p> <p>“A liberdade. Escolher a minha família, ter o meu curso” (LSNF)</p> <p>“A maternidade, ter um filho saudável” (CLBF)</p> <p>“Arranjar tempo para os meus hobbies” (RCTB)</p> <p>“Espero continuar a trabalhar, a relação com o meu namorado e ser mãe” (CLBF)</p> <p>“O meu trabalho, a minha casa” (CLBF)</p> <p>“Futuro, eu, a minha pessoa feliz” (RCTB)</p>

	Planeamento n=6	<p>"Eu não desespere porque sou muito persistente, tudo tem o seu tempo" (JFRR)</p> <p>"Estar ocupada. Liberta o meu espírito" (RCTB)</p> <p>"Um não limite às minhas capacidades, uma possibilidade de atingir o sonho" (LSNF)</p> <p>"Manter a esperança e saber que vou ter com o meu namorado" (BPNI)</p> <p>"Tenho vida para viver fora do hospital" (RCTB)</p> <p>"Decidir" (CLBF)</p>
	Avaliação da probabilidade de sucesso n=8	<p>"Posso ter problemas no trabalho, por faltar tanto" (CLBF)</p> <p>"Tiram-me possibilidades, não colaboram" (LSNF)</p> <p>"Estar privada de futuro" (BPNI)</p> <p>"Não tenho oportunidades" (BPNI)</p> <p>"Nem sei" (CLBF)</p> <p>"Não tenho rumo, estou perdida" (CLBF)</p> <p>"Não tenho esperança em nada" (CLBF)</p> <p>"Não posso ter esperança aqui fechada" (RCTB)</p>
Comportamental n=8 (10,1%)	Motivação pessoal n=8	<p>"Força que vamos concretizar uma coisa na nossa vida" (JFRR)</p> <p>"A esperança é algo interior, que surge pela minha vontade" (RCTB)</p> <p>"Vontade de viver" (JFRR)</p> <p>"Não quero estar sem esperança" (RCTB)</p> <p>"Força de ultrapassar os obstáculos" (JFRR)</p> <p>"O meu querer, a minha imagem de futuro" (RCTB)</p> <p>"A força de concretizar os meus sonhos" (JFRR)</p> <p>"O dia em que vou sair daqui" (CLBF)</p>
	Atividade n=0	-----
Relacional n=12 (15,2%)	Recursos ambientais n=0	-----
	Cuidados de saúde n=8	<p>"Se eu não viesse para aqui iria piorar" (JFRR)</p> <p>"Estar aqui presa, os dias são longos, não tenho as minhas coisas, não tenho visitas" (CLBF)</p> <p>"Estar internada obriga a estar longe do meu objetivo de vida" (BNPI)</p> <p>"Já dormir mal é mau, quanto mais estar aqui preso" (LSNF)</p> <p>"Só quero ir embora daqui [hospital]" (CLBF)</p> <p>"Uma prisão" (RCTB)</p> <p>"E os comprimidos não ajudam, tiram-me lucidez" (LSNF)</p> <p>"Estar internada" (CLBF)</p>
	Relacionamentos n=4	<p>"O meu namorado, os projetos que eu tenho com ele" (BNPI)</p> <p>"Uma relação amorosa feliz" (BPNI)</p> <p>"Estar bem com o meu namorado" (BPNI)</p> <p>"Uma vida construída com o meu namorado" (BPNI)</p>
	n=79 (100%)	

Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 421-433.

APÊNDICE 7

A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto
psicótico: a *Scoping Review*

A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico: a Scoping Review.

The young adult's experience of hope with a first psychotic break: a Scoping Review.

António de Campos Domingues – Enfermeiro – Hospital Prisional São João de Deus e Centro de Apoio Social do Pisão, mestrando em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ESEL.

antoniocampos@campus.esel.pt

Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney - Professora Coordenadora do Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ESEL; doutora em Educação, Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

lespiney@esel.pt

Resumo: a experiência de doença mental por um primeiro surto psicótico representa, para o jovem adulto, um fator de desequilíbrio acrescido à crise interna que vive na sua fase de desenvolvimento psicossocial. A esperança surge como um vislumbre de futuro, com base em objetivos traçados no presente, tendo em consideração todo o percurso e vivências passadas. **Objetivos:** identificar e mapear a evidência científica disponível sobre a experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico. **Método de revisão:** é efetuada uma Scoping Review que segue a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*. **Resultados:** a revisão incluiu 3 estudos, com origem no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, entre os anos de 2007 e 2018. O jovem adulto descreve a sua experiência de esperança de forma confusa e com falta de coerência. As várias narrativas desta experiência evidenciam várias emoções negativas, representando inexistência de um sentido e controlo sobre a sua vida, mas também a perda de funcionalidade e o impacto dessa mesma perda na sua existência. Associada a processos de *empowerment*, a esperança apresenta-se como um elemento facilitador para o *recovery*. **Conclusão:** as narrativas de esperança são um elemento norteador para um jovem adulto que experiencia um estado de desequilíbrio, fruto de um primeiro surto psicótico. Promover a esperança significa interferir positivamente no processo pessoal de *recovery*.

Palavras-Chave: esperança, jovem adulto, primeiro surto psicótico.

Abstract: the experience of mental illness due to a first psychotic break represents, for the young adult, a factor of imbalance added to the internal crisis that lives in its phase of psychosocial development. Hope appears as a glimpse of the future, based on objectives outlined in the present, considering the entire path and past experiences. **Objectives:** identify and map the available scientific evidence about the young adult's experience of hope with a first psychotic break. **Review method:** a Scoping Review is carried out following the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute. **Results:** the review included 3 studies, originating in the United Kingdom and the United States of America, between the years 2007 and 2018. The young adult describes his experience of hope in a confused and inconsistent way. The various narratives of this experience show various negative emotions, representing the inexistence of a sense and control over their life, but also the loss of functionality and the impact of this same loss on their existence. Associated with empowerment processes, hope presents itself as a facilitating element for recovery

Conclusion: the narratives of hope are a guiding element for a young adult who experiences a state of imbalance, the result of a first psychotic break. Promoting hope means positively interfering in the personal recovery process.

Keywords: hope, young adult, first psychotic break.

Introdução. A experiência, entendida como um encontro ou uma relação com algo que se experimenta (Bondía, 2002), representa uma viagem, mas também um risco, onde "...algo nos acontece, nos alcança; se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma" (Heidegger, 2003). Este diálogo transformador é feito pelo contato com fatores ou condições que constituem a realidade. Estes elementos evoluem ao longo da vida e representam os determinantes de saúde.

Na saúde mental, os determinantes de saúde concorrem e tomam relevo pela interação da pessoa com o ambiente em que está inserida (Compton & Shim, 2015). Em equilíbrio e harmonia, esta relação é percebida como "... um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade" (WHO, 2001; Sequeira, 2006). A experiência de esperança/desesperança é apresentada como um forte determinante de saúde mental (Patel & Kleinman, 2003).

O jovem adulto, na janela temporal dos 18 aos 40 anos, conforme defendido por Erikson na sua teoria do desenvolvimento psicossocial, mas também representando a faixa etária onde é maior a incidência de um primeiro surto psicótico, vive a dualidade identidade *versus* intimidade (Erikson, 1980). Consolidada a sua identidade pessoal, o jovem adulto parte à procura de relações de intimidade, maioritariamente sociais. A distorção do pensamento e a percepção da realidade alterada, características do primeiro surto psicótico, concorrem e dificultam a resolução positiva da crise interna vivida pelo jovem adulto no seu desenvolvimento psicossocial. A experiência de esperança é fortemente abalada durante um primeiro surto psicótico em que o jovem e também a família sentem que as suas expectativas de futuro podem ficar para sempre comprometidas.

A desesperança traduz uma experiência biográfica de rutura e descontinuidade de um projeto de vida (Monteiro, 2014), uma descontinuidade existencial onde impera a percepção de ausência de futuro. Esta falta de esperança é uma componente intrínseca de estados de quebra com a realidade (Stuart & Laraia, 2001), na qual se insere o primeiro surto psicótico, uma (des)construção da saúde mental nas características ou condições intrapessoais e nas relações com o meio ambiente envolvente (Violante, 2012). Este acontecimento de vida tem a sua maior incidência no final da adolescência e início da fase adulta (Amminger, Harris, Conus, Lamber, Elkins, Yuen & McGorry, 2006; Turner, Smith-Hamel & Mulder, 2006; Payne, Malla, Norman, Windell & Brown, 2006; Kaplan et al., 1997 & APA, 2013).

Trabalhar a esperança implica intervir na representação percebida como negativa, pelo jovem adulto, na sua interação com a realidade. A esperança como uma emoção, “um sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2015, p.57), mas também como uma cognição (Schrank et al., 2011) representando um processo intelectual de mobilização de todos os aspetos da percepção: pensamento, raciocínio e memória.

Não se encontra, à data, revisões *Scoping* sobre esta temática. Desta forma, pretende-se com esta revisão da literatura identificar e mapear a evidência científica disponível sobre a experiência da esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico, para dar resposta à questão: **Qual a experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico?**

Método de revisão. A presente revisão *Scoping* atende às orientações defendidas pelo *Joanna Briggs Institute* (The Joanna Briggs Institute, 2015) utilizando o *JBI Reviewers Manual*. Para tal, são adotadas as seguintes etapas: identificar o objetivo e a questão de investigação, estabelecer os critérios de inclusão e de exclusão, formular a estratégia de pesquisa, extrair, analisar e apresentar os resultados. Como critérios de inclusão e utilizando a estratégia de pesquisa *participants, concept e context* (PCC), é definido que os participantes (P) sejam jovens adultos (18 aos 40 anos de idade), ambos os sexos, a experienciar um primeiro surto psicótico, o conceito (C) abranja a experiência de esperança e o contexto (C) seja o jovem adulto inserido em qualquer ambiente geográfico (Quadro 1).

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População (<i>Population</i>)	Jovens adultos (18 aos 40 anos de idade) a experienciar um primeiro surto psicótico. Ambos os sexos.	Pessoas com outra tipologia de doença mental. Idades inferiores a 18 anos ou superiores a 40 anos.
Conceito (<i>Concept</i>)	Experiências de esperança.	Não referência a experiências de esperança.
Contexto (<i>Context</i>)	Qualquer área geográfica.	Não aplicável.
Tipo de estudo (<i>Study</i>)	Estudos primários ou secundários, com abordagem qualitativa ou artigos de opinião, em português, inglês ou espanhol e sem qualquer limite temporal.	Estudos em qualquer outra língua que não seja português, inglês ou espanhol. Artigos de opinião sem referência a experiências pessoais de esperança. Artigos pagos. Estudos quantitativos ou mistos.

Quadro 1 – Critérios de seleção dos estudos

Os estudos a incluir neste protocolo serão de investigação primária ou secundária, de natureza qualitativa, bem como artigos de opinião. O local de produção dos trabalhos poderá ser nacional ou internacional. De referir, ainda, que serão aceites estudos em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola, não existindo limite temporal de publicação dos trabalhos. Serão excluídos os artigos de opinião que não façam referência a uma experiência pessoal de esperança.

O cronograma elaborado para esta revisão *scoping* define que o processo de seleção e análise das referências ocorre entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021.

De forma a mapear a totalidade de estudos publicados e não publicados, a pesquisa irá desenrolar-se em três fases. Num primeiro momento e utilizando a plataforma EBSCO, para acesso às bases de dados CINAHL e MEDLINE, serão usadas as palavras-chave obtidas a partir da linguagem natural, *hope, experiences, young adult e first psychotic break* para uma pesquisa inicial. De seguida será feita a análise das palavras do título e do resumo, utilizados na descrição dos trabalhos

encontrados e subsequente identificação dos termos de indexação. Em segundo tempo e utilizando todas as palavras-chave e dos termos de indexação, efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Num terceiro momento, foram analisadas todas as referências bibliográficas dos estudos encontrados, bem como a pesquisa de estudos não publicados através do *Google Scholar* trabalhos de literatura cinzenta inscritos nos repositórios de bibliotecas. São removidos os duplicados dos trabalhos encontrados.

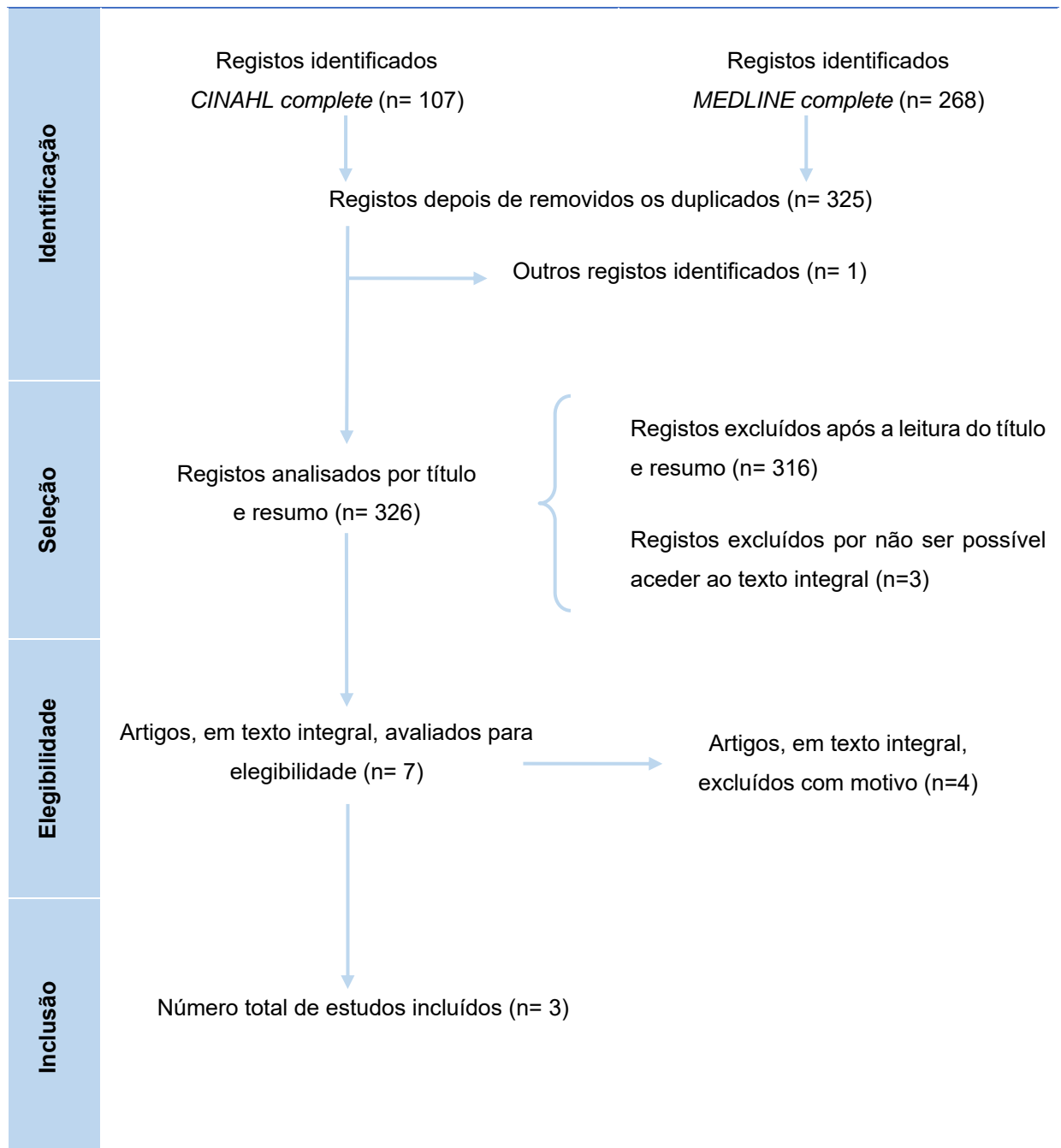


Figura 1 – Fluxograma Prisma: processo de seleção das referências (adaptado de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. & Altman D. G. The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>).

Apresentação dos resultados. O mapeamento dos resultados será feito com recurso a uma tabela, conforme indicado para uma revisão *scoping*. Desta forma, os dados obtidos serão mais facilmente discutidos em forma de narrativa e enquadrados com os objetivos da revisão. O número total de referências encontradas foi de 375, sendo 107 pertencentes à *CINAHL complete* e 268 da *MEDLINE complete*. Após remoção de duplicados e incorporação de um registo identificado através do *Google Scholar*, o número total de referências ascende a 326. Destes, 316 foram excluídos após leitura do título e resumo e 3 por não ser possível aceder ao texto integral, apesar dos inúmeros esforços desenvolvidos junto das bases de dados e pedidos feitos aos autores.

Numa fase de elegibilidade dos registos, são avaliados então 7 artigos, 4 dos quais excluídos com motivo: 2 artigos não contemplavam uma população na faixa etária estabelecida para o jovem adulto, ou seja, dos 18 aos 40 anos e 2 artigos não continham narrativas pessoais de esperança, após a leitura integral dos mesmos. Concluído este processo, são identificados e analisados 3 registos que obedecem aos critérios de inclusão predefinidos (Figura 1).

Os artigos elegidos são todos em língua Inglesa e datam entre 2007 e 2018, sendo que 2 deles têm uma relevância temporal de menos de 5 anos de publicação. A origem geográfica dos escritos divide-se entre o Reino Unido (2) e os Estados Unidos (1). Relativamente às características metodológicas, são identificadas uma análise fenomenológica interpretativa, uma revisão sistemática da literatura qualitativa e um artigo de opinião (Quadro 2).

Título Autor(es)	Ano	Características metodológicas	Objetivos
1. Recovery in Psychosis from a Service User Perspective: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Current Qualitative Evidence. Lisa Wood & Sarah Alsawy	2018	Revisão sistemática da literatura qualitativa.	Análise das experiências de <i>recovery</i> de pessoas em tratamento para um estado psicótico.
2. Fear, Faith, Hope, and Courage. Steve Colori	2016	Artigo de opinião	Análise reflexiva de um percurso de vida, baseada nas experiências de adoecer com uma psicose.
3. "You've got to have a positive state of mind": An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. Beth Perry, Damian Taylor & Samantha Shaw	2007	Análise fenomenológica interpretativa.	Apurar as experiências pessoais após um primeiro episódio psicótico e explorar as suas influências nos sentimentos de esperança.

Quadro 2 – Caracterização dos artigos elegidos quanto ao seu título, autores, ano de publicação, características metodológicas e objetivos.

Na análise fenomenológica interpretativa levada a cabo por Perry, Taylor & Shaw (2007) é descrito que as narrativas das pessoas que experienciam um primeiro surto psicótico pautam-se pela confusão e falta de coerência. Expressões de desesperança

foram intensamente associadas a experiências vividas em internamento hospitalar, tais como o desrespeito, o não ter o controlo sobre a sua vida e a falta de informação acerca da sua situação. Apesar de todas estas emoções negativas, o jovem adulto procura encontrar um significado da sua situação atual de vida. Esta busca de significação associada a um sentimento de pertença que o mesmo persegue são cruciais para manter a esperança numa fase inicial da psicose (Quadro 3).

No segundo estudo mapeado, Colori (2016) no seu artigo de opinião retrata também várias emoções negativas. No entanto, as mesmas emergem pelo declínio da funcionalidade, pela desorientação e pela desesperança vivida por falta de rumo ou objetivos, humor deprimido, pensamento bloqueado e disfuncional e ainda os traumas da perda, ex. amigos ou funcionalidade (Colori, 2016). A fé e a coragem geram motivação para enfrentar os medos de forma lógica. A esperança surge como uma possibilidade e enquanto confiança (Quadro 3).

Na revisão sistemática da literatura qualitativa de Wood & Alsawy, em 2018, são identificados três domínios de experiência de *recovery* de pessoas em tratamento para um estado psicótico: o percurso, os aspetos facilitadores e as barreiras ao *recovery*. A esperança está presente nas narrativas como aspeto facilitador e assume forma após processos de *empowerment* (Quadro 3).

Estudo	Resultados/Conclusões
1	Foram identificados 3 domínios de experiências: o percurso, os aspetos facilitadores e as barreiras ao <i>recovery</i> . A esperança está presente nas narrativas como aspeto facilitador e assume forma após processos de <i>empowerment</i> .
2	As narrativas, na primeira pessoa, descrevem as emoções vividas pelo declínio da funcionalidade e os traumas da perda (ex. amigos). A fé e a coragem geram motivação para enfrentar os medos de forma lógica. A esperança surge como uma possibilidade e enquanto confiança.
3	A característica central das narrativas é a confusão e a falta de coerência, no entanto, cada participante procura um significado da sua situação, para manter a esperança numa fase inicial da psicose. A busca de um significado de vida e de um sentimento de pertença são cruciais para manter a esperança. A desesperança foi associada a experiências vividas em internamento, tais como o desrespeito, o não ter o controlo sobre a sua vida e a falta de informação acerca da sua situação.

Quadro 3 – Apresentação dos resultados e conclusões

Discussão. A esperança é enquadrada na dualidade emoção/cognição e representa o sentimento de confiança, possibilidade de futuro e objetivos para o alcançar *versus* a perceção da própria posição perante as outras pessoas e o próprio contexto ambiental. Todas as experiências emergentes da exposição a ruturas com a realidade, são traduzidas na relação de emoções negativas presentes com um *status* comprometido.

A constatação de uma mudança abrupta da sua realidade, descrita de forma confusa e com falta de coerência, conduz o jovem adulto a narrativas de

desesperança, vividas mais intensamente aquando de internamentos hospitalares. A homeostasia singular, concorrente com o desenvolvimento psicossocial do jovem adulto, é colocada em causa pela rutura com a realidade característica da psicose e com o aparecimento de um desequilíbrio marcado pelo retrocesso dos processos de integração da personalidade, a desadaptação face a um determinado ambiente ou a perda de autonomia psicológica, características de um adoecer em saúde mental.

No entanto, é neste estado de respostas desajustadas que o indivíduo procura encontrar um significado de vida e um sentimento de pertença, fato que motiva uma correlação muito positiva entre aspetos emotivos negativos e a esperança. A esperança como um aspeto facilitador de *recovery*, como uma possibilidade e enquanto confiança. Quando baseada em processos de *empowerment*, diminui a ansiedade e potencia o bem-estar e as relações sociais positivas. A esperança é ainda entendida como mediadora entre o autoestigma, a inclusão social e as atividades vocacionais.

Conclusão. Ao identificar e mapear a evidência científica sobre as experiências de esperança associadas a um primeiro surto psicótico, é possível constatar que as narrativas das pessoas dão ênfase à esperança como um elemento norteador para as suas vidas. Representando um aspeto facilitador para um *recovery* significativo, a esperança, quando assente em processos de *empowerment*, dá significado a momentos de vida pautados pela confusão, incoerência e perda de funcionalidade pessoal, servindo de guia para o caminho de procura de significados e de pertença para uma realidade que se encontra distorcida.

Este caminho, feito neste momento de desequilíbrio, encontra na esperança a confiança e a possibilidade de futuro. Ao funcionar como mediadora entre o autoestigma e o sentimento de pertença social, a esperança devolve ao indivíduo a perceção de um *status* saudável, bem como um *recovery* significativo assente numa gestão emocional caracterizada por bem-estar e relações sociais positivas.

Implicações para a investigação. Futuras investigações deverão ser direcionadas para a compreensão do papel da esperança nas (re)atribuições de significados de vida, neste momento de desequilíbrio vivido pelo jovem adulto. Estas significações devolvem ao jovem um sentido de vida para uma existência que se encontra destruturada.

Será também importante desenvolver estudos que aumentem a evidência sobre a relação efetiva entre esperança e *recovery*. Atendendo à definição de *recovery* dada por Anthony (1993) como um processo profundamente pessoal, com foco no

desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida, a fim de crescer além do impacto da doença mental, também a esperança percorre esse caminho, na procura de um futuro sustentado em objetivos traçados no presente, assentes no percurso de vida de cada pessoa.

Limitações da revisão. Para além da limitação da pesquisa somente às línguas Portuguesa, Espanhola e Inglesa, também o recurso apenas a duas bases de dados constituíram fatores condicionantes e redutores de maiores achados. Outro aspeto importante a considerar relacionou-se com a exclusão de trabalhos pagos.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5th ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Amminger, G. P., Harris, M. G., Conus, P., Lambert, M., Elkins, K. S., Yuen, H. P. & McGorry, P. D. (2006). Treated incidence of first-episode psychosis in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 337–345. **Doi:** 10.1111/j.1600-0447.2006. 00790.x.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. **Doi:** 10.1037/h0095655.
- Bondía, J., L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. Nº. 19, jan/fev/mar/abr 2002, 20-28.
- Carreiro, S. V. & Martins, R. (2008). Caracterização dos primeiros surtos psicóticos e reavaliação após oito anos. *Psilogos*.2007/2008, 4(2) /5(1), 98-108.
- Colori, S. (2016). Fear, Faith, Hope, and Courage. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 44 no. 4 pp. 703–705. **Doi:**10.1093/schbul/sbw004.
- Compton, M. T. & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental Health. *Focus*, 13(4),419-425. **Doi:** 10.1176/appi.focus.20150017.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company.
- Heidegger, M. (2003). *A caminho da linguagem*. Petrópolis: Editora Vozes.
- International Council of Nurses (2015). *CIFE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B.; Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, A. P. (2014). Da desesperança à esperança - intervenções de enfermagem de saúde mental. *Hospitalidade* 78, 303, 31–37.

- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Payne, J., Malla, A., Norman, R., Windell, D., & Brown, N. (2006). Status of first-episode psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (1), 42–47. **Doi:** 10.1177/070674370605100108.
- Perry, B; Taylor, D. & Shaw, S. (2007). “You've got to have a positive state of mind”: An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health*, 16:6, 781-793. **Doi:** 10.1080/09638230701496360.
- Schrank, B.; Hayward, M.; Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17, 227-235.
- Sederer L. I. (2016). The Social Determinants of Mental Health. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 67(2), 234–235.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica, do diagnóstica à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Stuart, G. W., Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Ética* (6ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). JBI Reviewers Manual: Methodology for JBI-Scoping Reviews 2015. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>.
- Turner, M., Smith-Hamel, C. & Mulder, R. (2006). Pathways to Care in a New Zealand First episode of Psychosis Cohort. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (5), 421–428. **Doi:** 10.1080/j.1440-1614.2006. 01818.x
- Violante, C. D. F. (2012). Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crônica Impacto na Percepção de Qualidade de Vida e de Suporte Social. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1224>.
- Wood, L., & Alsawy, S. (2018). Recovery in Psychosis from a Service User Perspective: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Current Qualitative Evidence. *Community mental health journal*, 54(6), 793–804. **Doi:** 10.1007/s10597-017-0185-9.
- World Health Organization (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva, CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220). Acedido em 30 de dezembro de 2020. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

APÊNDICE 8

Plano de sessão 1 – Início da relação: o encontro com o outro

Plano de Sessão n.º 1

Início da Relação: o encontro com o outro

Descrição: um momento de primeiro encontro enquanto grupo, com a consequente clarificação de papéis, posicionamento e abertura ao outro e início de uma exposição pessoal, apoiada pelos técnicos, facilitadora da expressão de fatores inibidores e promotores da esperança.

Objetivo geral: liderar a criação de um *setting* terapêutico, uma configuração de grupo numa fase de orientação, onde são estabelecidas as primeiras relações interpessoais em ambiente grupal.

Objetivos específicos: facilitar a apresentação individual de cada participante e a sua integração no grupo; promover a relação interpessoal como condição essencial para a constituição e crescimento do grupo enquanto elemento terapêutico; definir as regras do grupo e os papéis a desempenhar por cada elemento; promover a expressividade emocional individual, através da atividade *Árvore dos Talentos*, como impulso inicial do grupo como elemento terapêutico.

Justificação da sessão: a esperança assume-se como um forte preditor de saúde mental e fundamental para o processo de recovery da pessoa, sendo as relações interpessoais o fator com mais influência na mesma ¹. Desta forma, estabelecer relação com o outro promove o otimismo e dá início a processos promotores de esperança e de saúde mental.

Estratégias de intervenção: o homem como ser de relação, mas também um vivente com palavra. É assente neste pressuposto o ponto de partida para a intervenção. A palavra para a apresentação individual, a mesma palavra para dar corpo a pensamentos e emoções, para organizar ideias, balizar impulsos, definir papéis e, principalmente, dar início à criação de histórias conjuntas. Recurso a técnica expressiva.

População-Alvo: grupo de participantes que cumpriram os critérios de inclusão para a intervenção de promoção da esperança.

Data da sessão: 6 de janeiro de 2021, no período da tarde.

Local da sessão: Sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: questionário de avaliação da satisfação, face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança, a aplicar na última sessão.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes sentados em círculo; ➤ Apresentação individual de cada elemento do grupo, utilizando a dinâmica de grupo “O novelo de lã” de forma a promover comunicação e autoconsciência; ➤ Descrição dos objetivos da sessão. 		15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definição, funções e funcionamento do grupo; ➤ O grupo como elemento terapêutico: a motivação dos participantes para os benefícios das atividades grupais; ➤ As relações interpessoais e a sua influência na dinâmica do grupo; ➤ O que cada participante traz para o grupo: a expressividade emocional na <i>Árvore dos Talentos</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Novelo de lã • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista • Folhas de papel A4 • Canetas e marcadores coloridos, tesoura 	30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A escolha do nome do grupo; ➤ A reunião de todas as <i>Árvores dos Talentos</i> numa única árvore (recorte e colagem). 		15'

¹Querido, A. & Dixe, M. (2016). A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (abril de 2016), 95-101.

²Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

³Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

APÊNDICE 9

Árvore dos talentos grupal

Aborrecimento

Opressão

Aborrecimento

Antecipação

Ansiedade

Aceitação

Tédio

Estigma

Impotência

Amor

Solidão

Desespero

Tristeza

Interesse

Excitação

Opressão

Deceção

Confiança

Confusão

Aprovação

Nostalgia

Serenidade

Apreensão

Frustração

Intimidação



APÊNDICE 10

Plano de sessão 2 – O ponto de partida: o que existe em nós?

Plano de Sessão n.º 2

O ponto de partida: o que existe em nós?

Descrição: ainda no período de início da relação e fase de orientação, o enfermeiro desenvolve, em si próprio, uma atitude positiva de esperança e a forma de a poder instilar no outro (grupo). Após estabelecer o ponto de partida da esperança (negativo ou positivo), o grupo define, de forma realista, o objetivo principal e específicos para o processo terapêutico.

Objetivo geral: desenvolver as atitudes necessárias para o Enfermeiro instilar a esperança na pessoa/grupo, definindo conjuntamente a forma como a esperança se apresenta ao grupo e definindo os respetivos objetivos, gerais e específicos, para a promoção da esperança.

Objetivos específicos: criar uma reflexão pessoal sobre a forma como Rogers perspetiva “Como poderei ajudar os outros?”; desenvolver estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional promotoras de atitudes positivas de esperança; ajudar o grupo a assumir o ponto de partida da esperança (positivo ou negativo); facilitar o estabelecimento de objetivos realistas pelo grupo para o caminho que se percorre.

Justificação da sessão: a esperança, como atitude relacional e qualidade terapêutica, é entendida como uma crença do terapeuta, de que o trabalho que desenvolve e as intervenções que implementa terão os resultados esperados¹. Este trabalho de desenvolvimento pessoal e profissional conduz a processos de instilação de esperança na pessoa/grupo. Estabelecer o ponto de partida da esperança de todos os intervenientes, bem como objetivos realistas são condições essenciais para operacionalizar processos de promoção da esperança ².

Estratégias de intervenção: a partilha de significados. Cada elemento entende o seu momento atual e a forma como ele se projeta no futuro. A esta perceção é dado um significado e percebido o impacto positivo ou negativo por cada um. Recordar experiências e recordações positivas, dar novo significado e estabelecer um objetivo direcionado para o futuro. O uso da orientação para a realidade para assumir o ponto de partida. A autorresponsabilidade para estabelecer, conjuntamente, objetivos realistas.

População-Alvo: grupo de participantes que cumpriram os critérios de inclusão para a intervenção de promoção da esperança.

Data da sessão: 8 de janeiro de 2021, no período da tarde.

Local da sessão: Sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: questionário de avaliação da satisfação, face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança, a aplicar na última sessão.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes sentados em círculo; ➤ Breve síntese do encontro anterior; ➤ Um momento de quebra gelo: “Jogo dos conjuntos”⁴ de forma a identificar e exprimir o próprio estado de espírito, tomando consciência das próprias reações perante as situações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Bibliografia³ • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista 	15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Partilha do objeto de esperança de cada participante; ➤ Desenvolver o significado do objeto de esperança e ressignificar se o mesmo for negativo; ➤ Incentivo a recordações positivas; ➤ Partilha de experiências positivas passadas; ➤ Estabelecer objetivos concretizáveis. 		30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estimular a revisão dos objetivos; ➤ Oportunidade de expressão de medos; ➤ Estimular o grupo ao uso de um pensamento positivo. 		15'

¹Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1.ª ed.). Loures: Lusodidata.

²Schrank, B.; Hayward, M.; Stanghellini, G.&Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17, 227-235.

³Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.

⁴Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10.ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

APÊNDICE 11

Plano de sessão 3 – O significado de vida: problema ou oportunidade?

Plano de Sessão n.º 3

O significado de vida: problema ou oportunidade?

Descrição: a esperança não se prende com recriações ilusórias, intenções irrealistas ou sonhos que mascaram a realidade. É acima de tudo, uma possibilidade¹. No entanto, essa possibilidade está ameaçada, quer pelas dúvidas geradas pela crise interna que o jovem adulto vive, no seu processo de desenvolvimento psicossocial², bem como pela rutura com a realidade que experiencia pelo surto psicótico³.

Objetivo geral: promover a clarificação de cada novo significado encontrado, por cada elemento do grupo, para o seu projeto de vida.

Objetivos específicos: direcionar as narrativas para significados positivos e promotores de esperança; explorar as possibilidades de que cada acontecimento de vida detém aspetos positivos e oportunidades; desafiar cada elemento do grupo a associar aspetos positivos na vida com uma recuperação significativa; fornecer novas perspetivas de bem-estar associados a esta recuperação com base na apropriação dos fatores positivos de cada elemento.

Justificação da sessão: no meio de tantas incertezas quanto a um projeto de vida suspenso na desesperança, interessa trabalhar o significado que cada elemento atribuí à sua condição de vida, conjuntamente com novos significados já refletidos, de forma a ser constituído um novo propósito de vida.

Estratégias de intervenção: dar voz a elementos positivos, que se apresentem significativos para a pessoa. Trabalhar a relação que estes elementos têm com o bem-estar e a sua contribuição para o *recovery*. Relacionar e estimular esta apropriação de elementos significativos como veículo de promoção de esperança e parte de um projeto de vida. Promover a melhoria do enfrentamento através de uma abordagem de orientação para o futuro.

População-Alvo: grupo de participantes que cumpriram os critérios de inclusão para a intervenção de promoção da esperança.

Data da sessão: 12 de janeiro de 2021, no período da tarde.

Local da sessão: Sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: questionário de avaliação da satisfação, face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança, a aplicar na última sessão.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes sentados em círculo; ➤ Breve síntese do encontro anterior; ➤ Providenciar o jogo “Desenha as palavras” ⁴, de forma a estimular criativamente a fantasia e tomada de consciência da realidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Lápis e folhas de papel A4 • O grupo como instrumento terapêutico • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista 	15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada elemento do grupo identifica o fator principal de promoção de esperança e os pontos positivos dos fatores inibidores; ➤ É feita a relação entre esse fator, o projeto de vida individual e o seu processo de <i>recovery</i>; ➤ Capacitar os participantes para encontrar significados realistas para iniciar processos de mudança. 		30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Breve revisão sobre a inibição/promoção da esperança; ➤ Um momento para suporte e apoio a desesperanças; ➤ Projetar a próxima sessão “Uma orientação para o futuro”. 		15'

¹ Monteiro, A. P. (2014). Da desesperança à esperança - intervenções de enfermagem de saúde mental. *Hospitalidade* 78, 303, 31–37.

² Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company.

³National Institute of Mental Health (2015). *Fact Sheet: First Episode Psychosis*. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/fact-sheet-first-episode-psychosis.shtml>.

⁴Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10.ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

APÊNDICE 12

Plano de sessão 4 – O significado como problema: estratégias de
clarificação

Plano de Sessão n.º 4

O significado como problema: estratégias de clarificação

Descrição: a desesperança, associada a um projeto de vida interrompido por um primeiro surto psicótico ¹, gerada quer pela crise interna vivida pelo jovem adulto no seu processo de desenvolvimento psicossocial ², quer pela quebra com a realidade gerada pelo próprio surto psicótico ³, potencia a perda de bem-estar pessoal e constitui um problema para o indivíduo na sua regulação automática e homeostasia ⁴.

Objetivo geral: apoiar o grupo na procura de estratégias que clarifiquem um significado entendido como negativo e gerador de desconforto.

Objetivo específico: promover o reenquadramento da resposta interna que cada elemento atribui ao problema, pela atribuição de um novo significado ⁵; desenvolver o recurso a metáforas/alegorias para observar o problema de outra forma e servir de incentivo à sua resolução ⁵; encorajar os elementos a perceberem o problema com um alcance temporal baseado num objeto de esperança particularizado ⁵; estimular os elementos a observarem o problema e as respostas ao mesmo de um plano exterior ao contexto inicial gerador do desequilíbrio (ex. a cadeira vazia) ⁵.

Justificação da sessão: após a apreciação clínica e diagnóstica de emoções negativas e *status* comprometidos, bem como os fatores inibidores da esperança, importa fornecer ao grupo as várias possibilidades, entendidas como estratégias para o reenquadramento do significado negativo.

Estratégias de intervenção: o recurso a técnicas de resolução de problemas como forma de clarificar o significado negativo. Uso de objetos de esperança. Participação ativa individual na perceção e organização da realidade.

População-Alvo: grupo de participantes que cumpriram os critérios de inclusão para a intervenção de promoção da esperança.

Data da sessão: 19 de janeiro de 2021

Local da sessão: Sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: questionário de avaliação da satisfação, face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança, a aplicar na última sessão.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes sentados em círculo; ➤ Breve síntese do encontro anterior; ➤ Estimular a autoconsciência no momento presente e a procura de soluções para futura autorrealização, pelo jogo “A batata quente”⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Lápis e folhas de papel A4 • O grupo como instrumento terapêutico • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista 	15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criação de metáforas/alegorias para descrever o problema; ➤ Como eu me sinto face ao problema e o que poderei mudar? ➤ A que objeto de esperança poderei recorrer? ➤ O meu problema visto fora do seu contexto. 		30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Breve sumário sobre as estratégias adotadas; ➤ Um incentivo e poder para a utilização das mesmas; ➤ Projetar a próxima sessão “A mudança”. 		15'

¹Stuart, G. W., Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Ética* (6ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

²Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company.

³National Institute of Mental Health (2015). *Fact Sheet: First Episode Psychosis*. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/fact-sheet-first-episode-psychosis.shtml>.

⁴Damásio, A. (2003/2014). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Maia: Temas e Debates - Círculo de Leitores.

⁵Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

⁶Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10.ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

APÊNDICE 13

Plano de sessão 5 – Viver a mudança: um novo significado

Plano de Sessão n.º 5

Viver a mudança: um novo significado

Descrição: a esperança, enquanto experiência profundamente pessoal, envolve a recriação de significados para acontecimentos de vida, uma promoção de um sentido existencial baseado na esperança enquanto confiança, mas também enquanto futuro ¹. Esta recriação obriga a uma mudança de um estado considerado negativo para uma dimensão adaptativa e de bem-estar ².

Objetivo geral: promover, junto com o grupo, a narrativa de atitudes e habilidades promotoras de processos de mudança, baseados na confiança e na orientação para o futuro, pela esperança.

Objetivos específicos: guiar o grupo na descoberta de atitudes e habilidades facilitadoras de mudança, para uma maior confiança, orientação para o futuro e possibilidade existencial; facilitar o cruzamento destas novas intenções com os objetivos anteriormente estabelecidos; apoiar a tomada de decisão feita por cada elemento, felicitando-o pela sua iniciativa; incentivar a utilização das atitudes e habilidades escolhidas, bem como a sua reavaliação periódica.

Justificação da sessão: trabalhar a confiança da pessoa nas suas capacidades e potencialidades, bem como promover um futuro com significado, torna-se condição fundamental para cada elemento viver uma mudança de natureza individual, com impacto na sua perceção existencial de sentido de vida.

Estratégias de intervenção: a descoberta de capacidades, traduzidas em atitudes e habilidades. A pessoa com potencial de transformação. A organização de uma realidade que se encontra destruturada, enquadrada num novo sentido existencial. A alegria das decisões e o reforço positivo pela iniciativa. A intervenção pela criação, pelo grupo, de narrativas terapêuticas.

População-Alvo: grupo de participantes que cumpriram os critérios de inclusão para a intervenção de promoção da esperança.

Data da sessão: 21 de janeiro de 2021, no período da tarde.

Local da sessão: Sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: Questionário de avaliação da satisfação, face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança, a aplicar na última sessão.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes sentados em círculo; ➤ Breve síntese do encontro anterior; ➤ Estimular a livre expressão dos próprios desejos de mudança e a tomada de consciência das próprias necessidades e condicionamentos, pelo jogo “Mudo de vida” ³. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Lápis e folhas de papel • O grupo como instrumento terapêutico • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista 	15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As atitudes e as habilidades facilitadoras de mudança; ➤ Estas intenções e os meus objetivos traçados anteriormente; ➤ O apoio pela decisão; ➤ Utilizar e reavaliar periodicamente as atitudes e as habilidades para a mudança. 		30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Breve sumário sobre as atitudes e habilidades identificadas; ➤ O compromisso de mudança; ➤ Preparação do grupo para a consolidação da mudança e término da interação grupal no próximo encontro. 		15'

¹Monteiro, A. P. (2014). Da desesperança à esperança - intervenções de enfermagem de saúde mental. *Hospitalidade* 78, 303, 31–37.

²Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica, do diagnóstica à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.

³Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10.ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

APÊNDICE 14

Plano de sessão 6 – A mudança acontece: estou preparado

Plano de Sessão n.º 6

A mudança acontece: estou preparado

Descrição: como processo dinâmico, a esperança trabalha o presente com vista a um objetivo importante e significativo para a pessoa no futuro, baseado num percurso e vivências passadas ¹. Este futuro é percebido como uma possibilidade, a confiança nos outros, no próprio futuro, no entusiasmo pela vida, na expressão de razões e desejo de viver, bem como traçar objetivos e mobilizar energia para os alcançar ².

Objetivo geral: promover a apropriação das estratégias adotadas para a promoção da esperança, por parte dos elementos do grupo, fornecendo *feedback* e reforços positivos, para uma participação e *empowerment* sustentados.

Objetivos específicos: sintetizar o trabalho realizado pelo grupo e dar *feedback* sobre o mesmo; elogiar o percurso feito pelo grupo, através de reforços positivos perante as decisões tomadas; promover o *empowerment* de cada elemento, pela decisão e participação ativa nos seus projetos de vida futura; adequar dúvidas, medos ou incertezas à nova realidade que a pessoa vive.

Adequar dúvidas, medos ou incertezas à nova realidade que a pessoa vive.

Justificação da sessão: na altura de mobilizar, autonomamente, energia para alcançar os objetivos traçados e desenvolver as atitudes e habilidades identificadas como benéficas para o reencontro com a esperança, é dada oportunidade ao grupo de experienciar o uso de todas as estratégias adotadas, receber *feedback* e reforços positivos, bem como a tomada de consciência do *empowerment* adquirido.

Estratégias de intervenção: trabalhar o momento atual. Novos significados para a existência, novos objetivos para o projeto de vida, a esperança particularizada nesses mesmos objetos. O bem-estar acontece e começa pelas decisões para o futuro e pela participação ativa das pessoas no seu processo de *recovery*. O recurso a técnica expressiva: o brasão da esperança. Início da criação de um kit de esperança com um folheto de apoio.

População-Alvo: grupo de participantes que cumpriram os critérios de inclusão para a intervenção de promoção da esperança.

Data da sessão: 29 de janeiro, no período da tarde.

Local da sessão: Sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: Questionário de avaliação da satisfação, face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes sentados em círculo; ➤ Breve síntese do encontro anterior; ➤ Estimular a relação com o outro e a confiança com o jogo “Cair e agarrar”³. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Lápis e folhas de papel • Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” • O grupo como instrumento terapêutico • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista. 	15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Um momento de <i>feedback</i> e síntese dos trabalhos realizados; ➤ O <i>empowerment</i> pelo reforço positivo das decisões tomadas; ➤ A nova realidade pessoal de esperança. ➤ As dúvidas à luz da nova realidade. ➤ Técnica expressiva: “O Brasão de Esperança”⁴. 		30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da intervenção pelo questionário de avaliação; ➤ Partilha do folheto “O [Re]Nascer da Esperança”; ➤ Conclusão do grupo. 		15'

¹Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 6), 6-8.

²International Council of Nurses (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

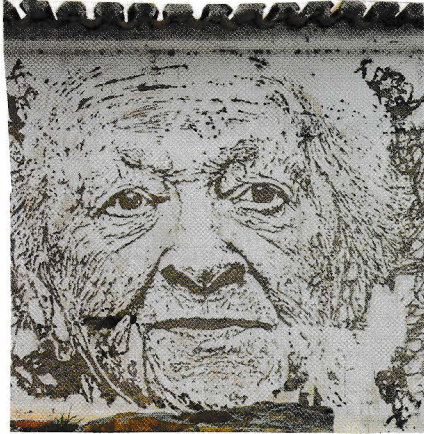
³Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10.ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

⁴Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. In: Sequeira, C.; Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: LIDEL.

APÊNDICE 15

Brasões de esperança dos participantes do grupo [re]nascido da
esperança

Alguém que aumente a esperança



A minha avó

Uma sensação de esperança



As férias com o meu namorado

Uma crença de esperança



A minha casa

Uma experiência de esperança



Ouvir o meu avô

ESPERANÇA

Alguém que aumente a esperança



O meu namorado

Uma sensação de esperança



ter um filho saudável

Uma crença de esperança



Paternidade

Uma experiência de esperança



O meu trabalho

Esperança

Alguém que aumente a esperança



A minha namorada

Uma sensação de esperança



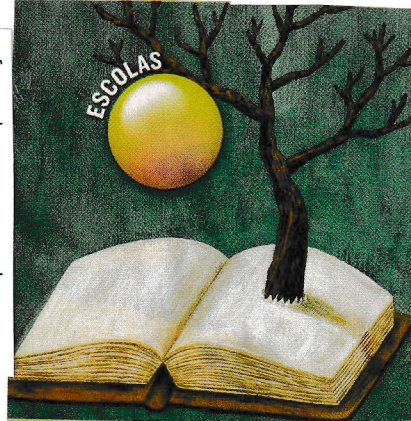
Os doces da minha mãe.

Uma crença de esperança



A força da minha mãe.

Uma experiência de esperança



A escola.

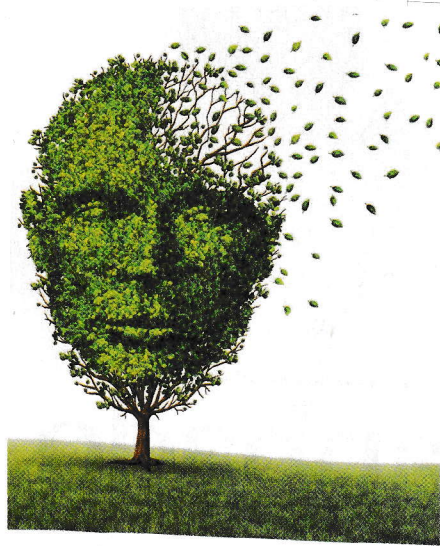
ESPERANÇA

Alguém que aumente a esperança



O MEN TAI

Uma sensação de esperança



PROJETOS, IDEIAS

Uma crença de esperança



FAMILIA

Uma experiência de esperança



LIBERDADE DE VIAJAR

ESPERANÇA

Alguém que aumente a esperança



O meu tempo

Uma sensação de esperança



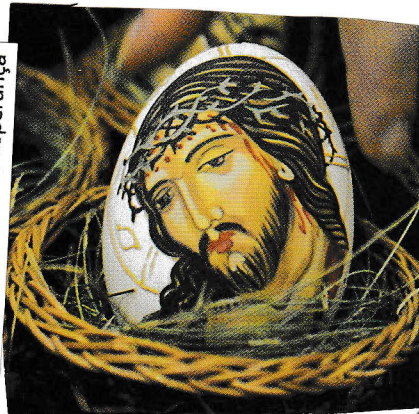
A vacina do Covid

Uma crença de esperança



Eu, feliz

Uma experiência de esperança

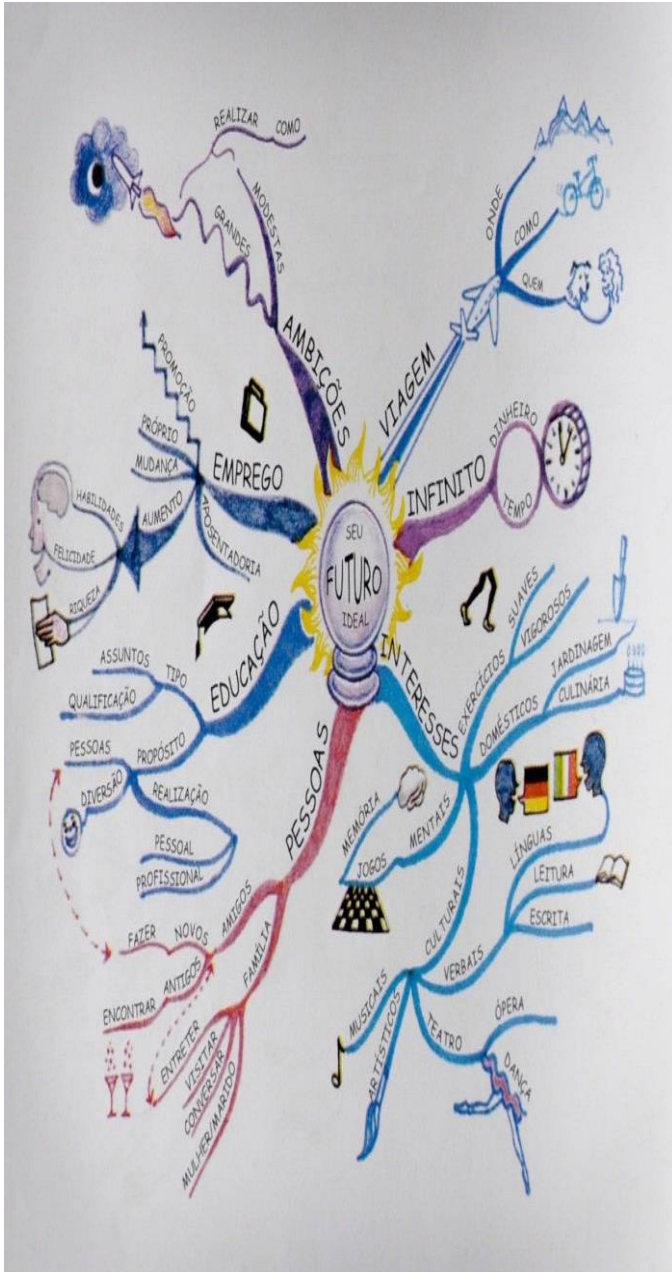


A creche

Esperança

APÊNDICE 16

Folheto O [re]nascido da esperança



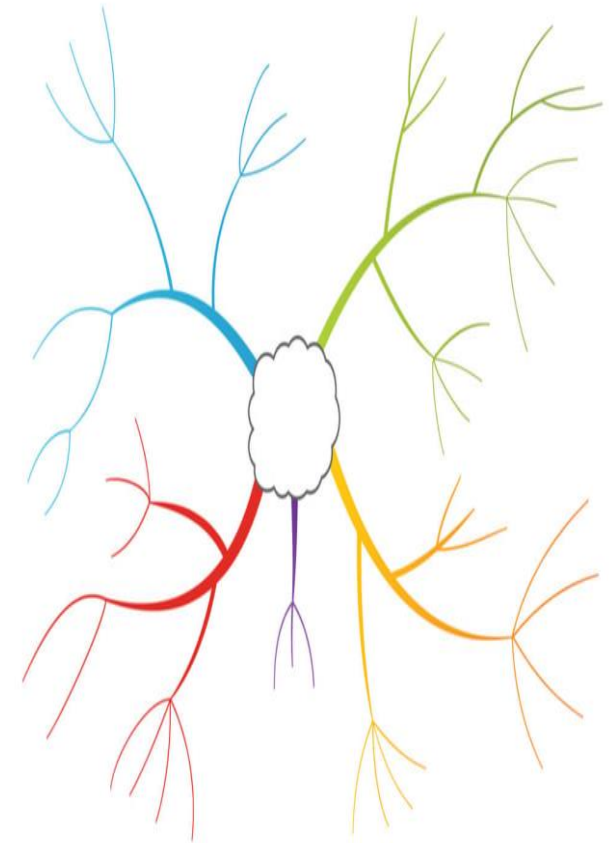
*“Em todas as lágrimas há uma
esperança”*

Simone de Beauvoir

*“Olha as estrelas. Enquanto
elas brilharem haverá
esperança”*

Érico Veríssimo

O [Re]Nascer da Esperança





Processo **existencial** de adaptação **realista** a circunstâncias negativas.



A esperança enquanto **confiança básica**.

A esperança enquanto **orientação para o futuro**.

A esperança enquanto **possibilidade existencial**.

Esperança na Saúde Mental

Recovery

Resiliência

Adaptação humana

Esta existência é vivida pela interação de fatores **promotores** ou **inibidores** de esperança.



Escolha a **PROMOÇÃO** da **ESPERANÇA**.

O que fazer:

- Recorde experiências passadas positivas.
- Use pensamentos positivos.
- Estabeleça objetivos amplos e realistas.
- Desenvolva características pessoais: força interior, motivação ou energia pessoal.
- Use a coerência: o que eu desejo é possível de atingir?
- Exerça o controlo sobre a sua vida.
- Crie relações importantes: família, amigos e profissionais.

Um exemplo:

o Kit de Esperança!

Escolha um objeto que sirva de "cofre":
uma mala, uma caixa, um estojo...

Reuna dentro do seu "cofre" símbolos reais
e significativos para si.

Reencontre significados e utilize quando
surjam fatores inibidores de esperança.

É o seu tesouro de esperança!

APÊNDICE 17

Questionário de avaliação da satisfação dos participantes face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança

Questionário de avaliação da satisfação face ao plano de intervenção de âmbito psicoterapêutico para a promoção da esperança

Para uma contínua melhoria das intervenções desenvolvidas, é pedida a sua opinião sobre a forma como decorreu o conjunto das várias sessões e a sua satisfação que daí resultou.

É uma contribuição anónima, não necessitando colocar o seu nome.

Quanto aos temas abordados:

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Pertinência e interesse dos temas					
Objetivos propostos e alcançados					
Profundidade no seu desenvolvimento					
Clareza dos conteúdos					
Tempo de cada sessão					
Outro:					

Quanto ao desempenho dos terapeutas:

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Domínio dos temas tratados					
Clareza na comunicação					
Disponibilidade					
Condução dos trabalhos em grupo					
Outros:					

Quanto às instalações e recursos materiais:

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Espaços físicos apropriados					
Privacidade					
Recursos materiais adequados					
Prevenção da infeção					
Outros:					

Sugestões _____

Obrigado pela sua participação.

APÊNDICE 18

Plano de sessão de Psicoeducação – As atitudes de recuperação da
pessoa com transtorno do comportamento alimentar

Plano de Sessão de Psicoeducação

As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar

Descrição: o transtorno alimentar reflete uma perturbação persistente na ingestão alimentar ou no comportamento associado à mesma ¹, com repercussão no equilíbrio físico e funcionamento psicossocial. Aspectos relacionados com a falta de interesse pelos alimentos ou ingestão alimentar, a falta de prazer na avaliação sensorial dos alimentos ou uma preocupação excessiva pelas consequências da ingestão alimentar conduz a estados de sofrimentos físico e psicológico com necessidade de intervenção especializada.

Objetivo geral: promover a literacia em saúde mental, enquanto proposta de educação para a saúde, a um grupo de adolescentes e jovens adultos, internados num serviço de psiquiatria de agudos.

Objetivos específicos: desenvolver o conceito de saúde mental, enquanto comportamento intencional de procura de equilíbrio; relacionar, com o grupo, o comportamento como fator de procura de bem-estar físico e adequado funcionamento psicossocial; promover a reflexão sobre as atitudes essenciais para comportamentos promotores de saúde mental; promover a compreensão e a autoconsciência da situação de vida com reflexo numa atitude de honestidade e responsabilidade perante o projeto de saúde e vida.

Justificação da sessão: a par de uma baixa autoestima, distorção da imagem corporal, obesidade prévia, disfunção parental, depressão, sexo feminino e idade jovem como fatores de risco, o sofrimento físico e psicológico representa um dado a ter em conta, associado à falta de *insight* e juízo crítico perante a situação de vida atual ². Atitudes de sedução, manipulação ou desonestidade para com os próprios ou significativos traduz o desequilíbrio que a pessoa vive e a desadaptação psicossocial que a mesma experiencia.

Estratégias de intervenção: instruir o grupo sobre o conceito de saúde mental preconizado pela Organização Mundial de Saúde, seu alcance e suas implicações; aumentar a compreensão e a auto-conscencialização, com recurso à “*Janela de Johari*” (diminuir as zonas desconhecidas para os outros – zona particular e para si mesmo – zona cega, aumentando a zona acessível a ele próprio e aos outros – zona aberta).

População-Alvo: grupo de 6 adolescentes e jovens adultos internados com transtorno do comportamento alimentar.

Data da sessão: 15 de janeiro de 2021, no período da tarde.

Local da sessão: sala de reuniões do serviço de psiquiatria de um hospital de Lisboa.

Avaliação: narrativas dos participantes ao longo da sessão e no momento de síntese da mesma.

Sessão			
	Descrição	Recursos	Duração
Fase de Orientação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposição dos participantes em círculo; ➤ Apresentação de cada elemento e o nome preferencial a usar; ➤ Promover a autoconsciência e a presença do outro, em momento quebra gelo, pela dinamização do jogo “Como é que me veem ... e eu, como é que me vejo?”³ 		15'
Fase de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O conceito de Saúde Mental⁴, seu alcance e suas implicações; ➤ O papel do comportamento intencional como fator promotor de equilíbrio e de bem-estar; ➤ Construção individual da sua janela de <i>Johari</i>. ➤ A autoconsciência como caminho para um processo de <i>Recovery</i>; ➤ As atitudes necessárias para a recuperação: honestidade e responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de atividades • Bibliografia • Enfermeiro e Enfermeiro Especialista • Papel A4 e canetas 	30'
Fase de Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Breve sumário dos temas desenvolvidos; ➤ Implicações para os projetos de vida e de saúde pessoais; ➤ Momento para dúvidas, receios, partilhas ... 		15'

¹ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

² Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

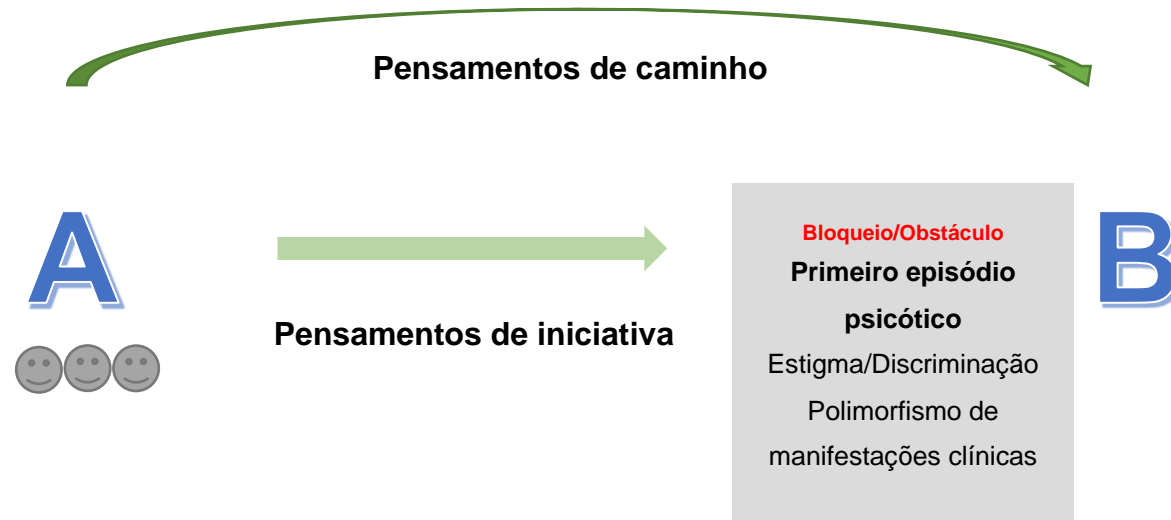
³ Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10.ª ed.). Lisboa: PAULUS Editora.

⁴ World Health Organization (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220). Acedido em 30 de dezembro de 2020. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

APÊNDICE 19

Pensamentos de iniciativa vs. Obstáculos vs. Pensamentos de caminho

Pensamentos de iniciativa vs. Obstáculos vs. Pensamentos de caminho



Adaptado de: Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. San Diego: Academic Press.

APÊNDICE 20

Folheto Estilos de Vida Saudáveis

Exercício físico

- ✓ Utilize ténis e roupa adequada
- ✓ Estão recomendados 150 minutos de atividade física semanal
- ✓ Caminhadas ou corrida no exterior
- ✓ Tarefas domésticas ou jogos com a família ou amigos também contam
- ✓ Necessário uma boa hidratação

Qualidade do sono

- ✓ Disciplina na hora de deitar e levantar
- ✓ Não ingeria substâncias estimulantes (como o café) a partir das 18 horas
- ✓ Evite estímulos de aparelhos eletrónicos

Gestão do stresse

- ✓ Use a respiração para controlo da ansiedade
- ✓ Partilhe preocupações com alguém de referência ou a equipa de saúde mental
- ✓ Tome consciência das suas emoções
- ✓ Analise o problema principal
- ✓ Estabeleça objetivos realistas

Controlo do tabagismo e abuso de substâncias

Um futuro saudável livre de comportamentos aditivos

Saúde mental positiva

Reabilitação e recuperação: como?

Satisfação pessoal,
Atitude pró-social,
Autocontrolo,
Autonomia,

Resolução de problemas e autoatualização
Capacidade de relacionamento interpessoal

Propósito de vida

O meu objetivo realista de vida.

O significado que tem para mim.

A minha **esperança**.

março 2021



ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS



PEQUENAS MUDANÇAS

=

UMA VIDA + SAUDÁVEL



O que são Estilos de Vida?

Conjunto de comportamentos ou hábitos que desenvolvemos para dar resposta às várias situações do dia-a-dia.



Quais são os Estilos de Vida Saudáveis?

Saudáveis?

- Alimentação adequada
- Exercício físico
- Qualidade do sono
- Gestão do stresse
- Controlo do tabagismo e abuso de substâncias
- Saúde mental positiva
- Propósito de vida

O que eu ganho?

Uma oportunidade

Um desafio

Empowerment

Literacia em Saúde

Influencio positivamente

a **minha saúde**

Melhero a minha

qualidade de vida

Aumento a minha

esperança de vida

Alimentação adequada

- ✓ Reduza açúcar, sal e gorduras
- ✓ Confeções mais saudáveis: estufados simples, cozidos a vapor ou grelhados
- ✓ Procure produtos frescos
- ✓ Evite preparar quantidades excessivas de comida
- ✓ A hidratação é fundamental: beba água
- ✓ Respeite a pirâmide dos alimentos



APÊNDICE 21

Processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro
especialista

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico: um estudo de caso. ➤ Integração em reuniões multidisciplinares com a pessoa: abordagem individual e familiar (comportamento alimentar). ➤ Integração em reuniões multidisciplinares: equipa terapêutica e estruturas sociais. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Formação de pares (internamento e comunidade): a esperança como foco de enfermagem de saúde mental. ➤ Registo de interação. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio. ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.
A2 – Garante prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Diário de aprendizagem “<i>A crítica na avaliação global</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”. ➤ Interação com a Dona Virgínia: O vazio existencial. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar.

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade.

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”. ➤ Registo de interação. ➤ Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” ➤ Folheto “Estilos de Vida Saudáveis” ➤ Redação e discussão do relatório de estágio.
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Formação de pares (internamento e comunidade): a esperança como foco de enfermagem de saúde mental. ➤ Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” ➤ Folheto “Estilos de Vida Saudáveis” ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”: ➤ Participação nas reuniões multidisciplinares do projeto “<i>Convergências</i>” (IDEQ, Tribunal e PSP).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração em reuniões multidisciplinares: equipa terapêutica e estruturas sociais. ➤ Grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>A crítica na avaliação global</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Da compaixão aos impasses relacionais</i>”. ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.
--	--

C – Domínio da gestão de cuidados.

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Integração em reuniões multidisciplinares com a pessoa: abordagem individual e familiar (comportamento alimentar). ➤ Integração em reuniões multidisciplinares: equipa terapêutica e estruturas sociais. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Da compaixão aos impasses relacionais</i>”. ➤ Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” ➤ Folheto “Estilos de Vida Saudáveis”. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração em reuniões multidisciplinares: equipa terapêutica e estruturas sociais. ➤ Grupo psicoterapêutico “(Re)Nascer da esperança”. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Formação de pares (internamento e comunidade): a esperança como foco de enfermagem de saúde mental. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”. ➤ Registo de interação. ➤ Interação com a Dona Virgínia: O vazio existencial. ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Unidade de competência	Intervenção/Atividade/Interação
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico: um estudo de caso. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>A crítica na avaliação global</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Da compaixão aos impasses relacionais</i>”. ➤ Registo de interação. ➤ Recensão crítica do capítulo “<i>Como poderei ajudar os outros</i>” do livro de Carl Rogers <i>Tornar-se Pessoa</i> (1985). ➤ Interação com a Dona Virgínia: O vazio existencial. ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”:
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico: a Scoping Review. ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. ➤ Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” ➤ Folheto “Estilos de Vida Saudáveis” ➤ Utilização da taxonomia NOC: Classificação de Resultados de Enfermagem. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (n.º 26-7 de fevereiro de 2019), 4744-4750.

APÊNDICE 22

Processo de aquisição de competências específicas do EESMP

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

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

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
<p>F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico: um estudo de caso. ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Integração em reuniões multidisciplinares com a pessoa: abordagem individual e familiar (comportamento alimentar). ➤ Grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>A crítica na avaliação global</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Da compaixão aos impasses relacionais</i>”. ➤ Registo de interação. ➤ Recensão crítica do capítulo “<i>Como poderei ajudar os outros</i>” do livro de Carl Rogers <i>Tornar-se Pessoa</i> (1985). ➤ Interação com a Dona Virgínia: O vazio existencial. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.

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

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
<p>F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A experiência de esperança do jovem adulto com um primeiro surto psicótico: a Scoping Review. ➤ Integração em reuniões multidisciplinares com a pessoa: abordagem individual e familiar (comportamento alimentar). ➤ Integração em reuniões multidisciplinares: equipa terapêutica e estruturas sociais. ➤ Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” ➤ Folheto “Estilos de Vida Saudáveis” ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”: ➤ Participação nas reuniões multidisciplinares do projeto “Convergências” (IDEQ, Tribunal e PSP).
<p>F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico: um estudo de caso. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>A crítica na avaliação global</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diário de aprendizagem “<i>Da compaixão aos impasses relacionais</i>”. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar.
F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. ➤ Folheto “O [Re]Nascer da Esperança” ➤ Folheto “Estilos de Vida Saudáveis” ➤ Utilização da taxonomia NOC: Classificação de Resultados de Enfermagem. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio. ➤ Sessão de psicoeducação “<i>As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar</i>”:

3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrado na família, grupos ou comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico: um estudo de caso. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Privação da liberdade</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Lidar com o sofrimento</i>”. ➤ Registo de interação. ➤ Interação com a Dona Virgínia: O vazio existencial. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar.
F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Integração em reuniões multidisciplinares: equipa terapêutica e estruturas sociais.
F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupo psicoterapêutico “[Re]Nascer da esperança”. ➤ Participação nas reuniões multidisciplinares do projeto “Convergências” (IDEQ, Tribunal e PSP). ➤ Utilização da taxonomia NOC: Classificação de Resultados de Enfermagem. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio.
F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As vivências da pessoa ao adoecer com um primeiro surto psicótico: um estudo de caso. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. ➤ Utilização da taxonomia NOC: Classificação de Resultados de Enfermagem.
F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração em reuniões multidisciplinares com a pessoa: abordagem individual e familiar (comportamento alimentar). ➤ Diário de aprendizagem “<i>A crítica na avaliação global</i>”. ➤ Diário de aprendizagem “<i>Da compaixão aos impasses relacionais</i>”.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

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

Unidade de competência	Intervenção/Atividade//Interação
F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enquadramento teórico permanente. ➤ Participação e condução de consultas comunitárias de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Estilos de vida saudáveis). ➤ Formação de pares (internamento e comunidade): a esperança como foco de enfermagem de saúde mental. ➤ Folheto "O [Re]Nascer da Esperança" ➤ Folheto "Estilos de Vida Saudáveis" ➤ Sessão de psicoeducação "As atitudes de recuperação da pessoa com transtorno do comportamento alimentar": ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar.
F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupo psicoterapêutico "[Re]Nascer da esperança". ➤ Diário de aprendizagem "Da compaixão aos impasses relacionais". ➤ Utilização da taxonomia NOC: Classificação de Resultados de Enfermagem. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio. ➤ As visitas domiciliárias em equipa multidisciplinar. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.
F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências pessoais, bem como da introdução de mudanças ambientais.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração em reuniões multidisciplinares com a pessoa: abordagem individual e familiar (comportamento alimentar). ➤ Diário de aprendizagem "Privação da liberdade". ➤ Registo de interação. ➤ Redação e discussão do relatório de estágio. ➤ Execução de intervenções pontuais: aconselhamento, apoio emocional, intervenção psicoeducativa e técnica de relaxamento.

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série (n.º 151-7 de agosto de 2018)*, 21427-21430.

APÊNDICE 23

Recensão crítica do II capítulo do livro de Carl Rogers “*Tornar-se pessoa*”

“O interesse que tenho pela psicoterapia levou-me a interessar-me por toda a espécie de relações de ajuda”. Rogers inicia o capítulo II com este propósito e dá o seu entendimento de que este tipo de relação promove, em pelo menos um dos intervenientes, “...o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”. Este caminho é feito pela expressão e utilização funcional dos recursos internos inatos à pessoa, sendo enorme a abrangência possível de intervenientes para constituírem relações de ajuda como de pessoa a pessoa ou de pessoa a grupo.

Num segundo momento, o autor questiona quais são as características das relações que as tornam de ajuda e procura resposta na investigação. O primeiro estudo apresentado dá ênfase à relação pais-filho e a uma “aceitação democrática” como atitude promotora de desenvolvimento e a “rejeição ativa” como inibidora. Outro estudo apresentado descreve os benefícios do trabalho de jovens médicos internos ao centrarem a sua atenção sobre o significado dos comportamentos de doentes esquizofrénicos, dos significados que os mesmos atribuíam e da sua personalidade, em detrimento da contenção de sintomas ou uma orientação para a cura da doença. As atitudes de interação quotidiana e participação ativa sobrepuseram-se a processos de interpretação, instrução ou conselhos.

Um terceiro estudo avaliado foca a sua atenção nas perceções dos doentes perante as transformações fruto da psicoterapia. Qualquer que fosse a orientação do terapeuta, as atitudes na relação descritas como promotoras de desenvolvimento eram as mesmas: a confiança, a compreensão e a independência nas decisões. A falta de interesse, uma atitude distante ou simpatia em excesso eram fatores desfavoráveis para a relação. Outro estudo dá ênfase à forma como o terapeuta perito sustenta a relação na capacidade de compreensão, na recetividade sensível e no interesse caloroso, sem um excessivo envolvimento emocional.

Esta compreensão é descrita, em outro estudo, como a atitude *desejo de compreender*. Para uma qualidade afetiva, a investigação advoga atitudes de simpatia e respeito crescente. Para todas estas atitudes e os ganhos para a relação, a ciência aponta relações fortes entre estas e variáveis fisiológicas no doente. Um exemplo: uma atitude de menor aceitação implica um aumento de ansiedade, temor ou alerta. Resumindo: as atitudes e os sentimentos do terapeuta são muito mais

importantes que as orientações teóricas do mesmo, bem como a forma como eles são apreendidos pela pessoa.

Neste capítulo, Rogers descreve ainda a forma como a relação pode desenvolver positivamente o comportamento verbal e o condicionamento operatório, onde as qualidades do terapeuta são sempre mais importantes que qualquer outro fator processual associado. O autor apelida esta abordagem como relações fabricadas, onde o terapeuta conduz a relação de forma a ela se tornar facilitadora de qualidade relacional. A evidência apresentada demonstra, ainda, os enormes ganhos para os indivíduos, quando usada uma abordagem centrada na pessoa e a necessidade de uma mudança terapêutica baseada na empatia, a atitude positiva do terapeuta, a congruência e a autenticidade, bem como a concordância afetiva e comportamental do mesmo.

Após a análise de variada informação científica, Rogers confronta as múltiplas conclusões retiradas dessa análise com a sua própria experiência e formula um conjunto de hipóteses que crê serem orientadoras de verdadeiras relações de ajuda, a saber:

1. Poderei conseguir ser de uma maneira que possa ser apreendida pelo outro como merecedora de confiança, como segura ou consistente no sentido mais profundo do termo?
2. Poderei ser suficientemente expressivo para que a pessoa que eu sou se possa comunicar sem ambiguidades?
3. Serei capaz de ter uma atitude positiva para com o outro – atitudes de calor, de atenção, de afeição, de interesse, de respeito?
4. Poderei ser suficientemente forte ao nível de pessoa para ser independente do outro?
5. Estarei eu suficientemente seguro no interior de mim mesmo para permitir ao outro ser independente?
6. Poderei permitir-me entrar completamente no mundo dos sentimentos e das concepções pessoais e vê-lo como a outra pessoa o vê?
7. Posso aceitar todas as facetas que a outra pessoa me apresenta? Poderei aceitá-la como ela é? Poderei comunicar-lhe esta atitude?

8. Serei capaz de agir com suficiente delicadeza na relação para que o meu comportamento não seja captado como uma ameaça?

9. Poderei libertá-lo do receio de ser julgado pelos outros?

10. Serei capaz de ver esse outro indivíduo como uma pessoa em transformação, ou estarei prisioneiro do meu passado e do seu passado? ³

O autor termina o capítulo refletindo que se conseguisse, ele próprio, dar uma resposta afirmativa a todas as perguntas anteriores, isso significaria que qualquer relação seria de ajuda e implicaria um estado de desenvolvimento pessoal e profissional maduro.

Fica claro, após esta síntese, que a condição essencial para uma relação de ajuda é, simplesmente, o encontro significativo com o outro através de uma comunicação profunda e com um objetivo claro de evolução nas vidas dos intervenientes ¹. Esta transformação pessoal é descrita por Rogers e transversal também ao pensamento de Phaneuf. Mas também é certo que, como em qualquer compromisso, é necessário a adoção de um conjunto de especificidades que conduzirão a uma relação de ajuda. De entre um sem número de possibilidades, as que são o fio condutor podem ser enunciadas como: a confiança e o respeito, a predisposição desenvolvimentista do ser humano pela atualização e exploração de potencialidades, o papel da autonomia nesse mesmo desenvolvimento e a necessidade de relações como elemento potenciador desse crescimento e, finalmente, o papel do enfermeiro como guia e instrumento para essa mudança¹.

Revisto desta forma, os pressupostos para constituir uma relação de verdadeira ajuda tornam-se evidentes, bem como as exigências que o enfermeiro terá de assumir para ser o elemento de promoção da mudança. A própria evidência científica apresentada por Rogers conduz-nos a isso mesmo: mais do que processos ou abordagens teóricas, as exigências centram-se nas qualidades do terapeuta no manejo e condução da relação. Estas qualidades do terapeuta, traduzidas em qualidades terapêuticas, são refletidas por Chalifour em atitudes do interveniente. Ao apresentar interesse pela situação em causa e comunicando esse mesmo interesse à pessoa, o enfermeiro está numa situação privilegiada para, em conjunto e

centrado na pessoa, avaliar e otimizar o ambiente externo da mesma, bem como, trabalhar com a pessoa o seu ambiente interno e os seus recursos pessoais. Estas qualidades, traduzidas em atitudes, foram agrupadas por Chalifour em cinco possibilidades: a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança².

É interessante constatar que o enquadramento destas cinco atitudes dão resposta às dez hipóteses levantadas por Rogers, como essenciais para a relação de ajuda. A Pessoa do enfermeiro reconhece a expectativa da pessoa em ser compreendida, a singularidade da mesma e a sua capacidade de fazer escolhas, tem consciência de si, da pessoa cuidada e dos objetivos conjuntos, está determinado em fazer tudo o que seja possível para aliviar o sofrimento do outro e crê que todas as suas intervenções estarão de acordo com as expectativas da pessoa.

Esta crença existencial de uma possibilidade, de um futuro sentida pelo enfermeiro, é assim transferida para a pessoa que pede ajuda. Yalom define este processo como “a instilação da esperança”. Mais do que um caminho para o *recovery*, a esperança é em si mesma um elemento terapêutico de *recovery*. Numa lógica integradora de todas as outras atitudes, a esperança tem a dupla função de ser um propulsor às iniciativas do enfermeiro e um elemento terapêutico para a pessoa no seu processo de adaptação e autonomia a fatores desencadadores de desequilíbrios ou perda de hemóstase.

Rogers afirma que não pode dar uma resposta positiva a todas as perguntas formuladas, apenas trabalha em direção a uma resposta positiva. Chalifour aponta o caminho que o enfermeiro deve fazer para “ser eficaz num contexto de relação de ajuda profissional”, com base nas atitudes relacionais. Não estaremos todos nós neste caminho, onde todos os dias erramos um pouco menos, nos conhecemos melhor e somos melhores pessoas e melhores enfermeiros?

¹ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

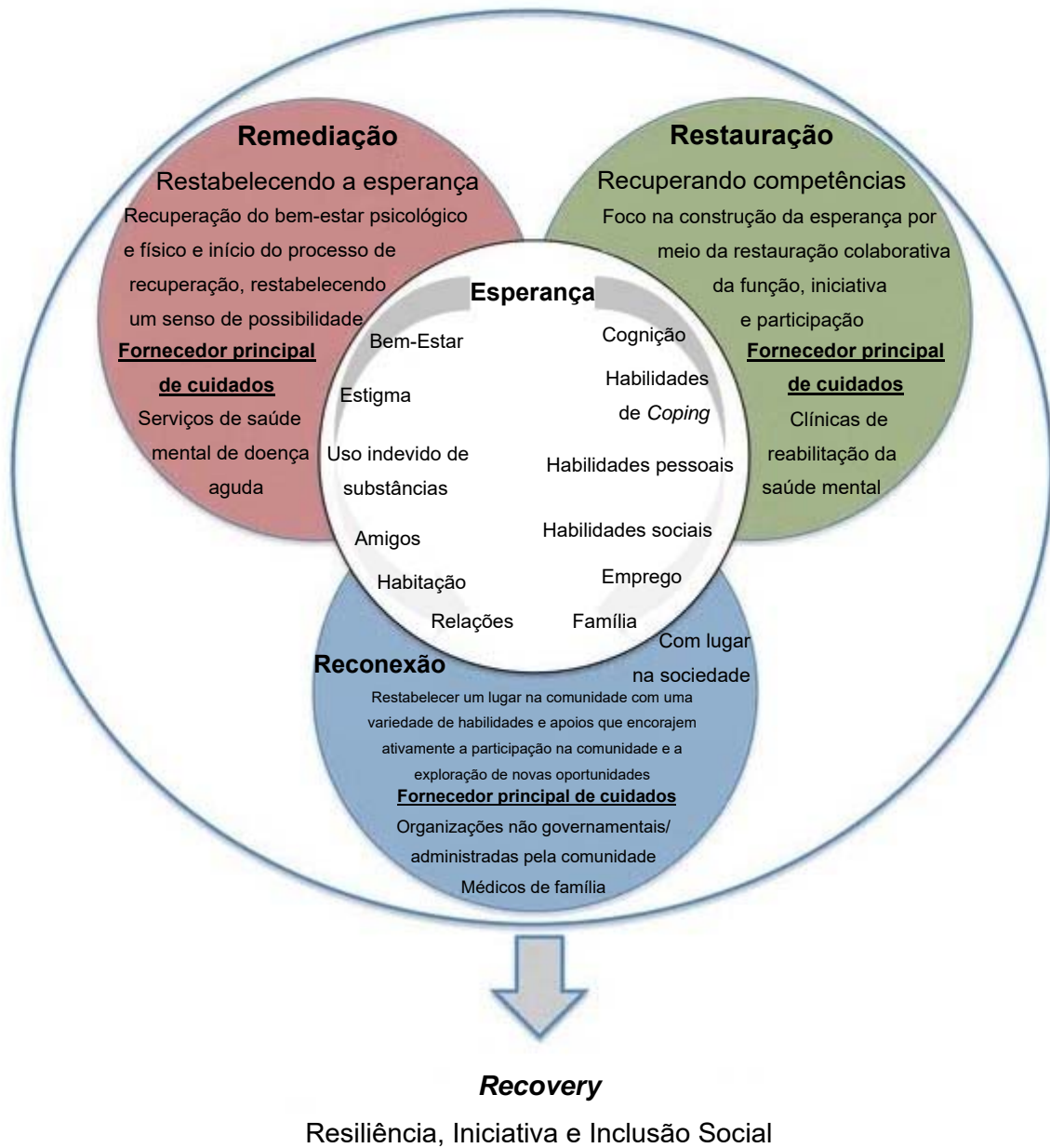
² Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1ª ed.). Loures: Lusodidata.

³ Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.

ANEXOS

ANEXO 1

Modelo Integrado de *Recovery* Orientado



Fonte: Frost, B.G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A. & Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3>.

ANEXO 2

Grelha de análise das narrativas dos participantes face à presença expressa de elementos de esperança – NOC

Grelha de análise das narrativas dos participantes face à presença expressa de elementos de esperança

Adaptado de Moorhead, Johnson, Maas & Swanson. NOC (2010)

	Nenhuma 1	Limitada 2	Moderada 3	Substancial 4	Excessiva 5
1. Expressão de uma orientação futura positiva					
2. Expressão de fé					
3. Expressão de vontade de viver					
4. Expressão de razões para viver					
5. Expressão de sentido para a vida					
6. Expressão de otimismo					
7. Expressão de crença em si					
8. Expressão de crença nos outros					
9. Expressão de paz interior					
10. Expressão de sensação de autocontrolo					
11. Demonstração de prazer de viver					
12. Fixação de metas					
13. Outras expressões					

ANEXO 3

Escala da esperança (HHI – PT – DC)

Escala da Esperança de Herth (HHI – PT – DC)

Versão original de Herth, K. (1991)

Validação para a população Portuguesa por Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (abril de 2010)

Adaptação para a realidade Portuguesa (Doente Crónico) por Querido (2012)

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [x] no quadrado que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 Tenho uma atitude positiva perante a vida				
2. Tenho objetivos 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				

Obrigado pela sua participação.

ANEXO 4

Parecer e autorização dos peritos de validação da escala da esperança
(HHI – PT – DC) para utilização em contextos de saúde mental

catarina dias <kaleidoscoppio@gmail.com>

8 de outubro de 2020 às 12:05

Para: ANTÓNIO DE CAMPOS DOMINGUES <antoniocampos@campus.esel.pt>

Olá novamente...

Trabalhando com adultos em pelo menos um contexto tão complexo penso que é completamente exequível a utilização da escala de Herth. Vou de seguida entrar em contacto com a prof. Ana Querido para que possa ajuda-lo o melhor possível.

Se puder ajuda-lo de outra forma, esteja a vontade para [contactar.me](#).

Muitas felicidades para o percurso académico e profissional.

Catarina G. Dias

[Citação ocultada]

Ana Querido <ana.querido@ipleiria.pt>

9 de outubro de 2020 às 06:27

Para: catarina dias <kaleidoscoppio@gmail.com>

Cc: antoniocampos@campus.esel.pt

Bom dia Catarina

Espero que esteja bem com muita saúde física e mental e com muita esperança também!
Muito obrigada pela sua partilha e fico muito orgulhosa com o facto de ser reconhecida pelo trabalho da esperança que realizou no Mestrado.

Muito obrigada também ao António pelo contacto e pelo interesse demonstrado na esperança e na sua aplicação na saúde mental.

De facto temos alguma evidência sobre a aplicação da esperança em saúde mental, incluindo a utilização da escala de esperança de Herth na versão portuguesa validada para as pessoas com doença crónica:

A revisão da literatura revela o interesse da utilização da esperança na saúde mental

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe3/nspe3a16.pdf>

O capítulo do livro recentemente publicado de Enfermagem de Saúde Mental também contempla um capítulo sobre promoção da esperança em saúde mental.

<https://www.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-enfermagem/enfermagem/enfermagem-em-saude-mental/>

O trabalho da Catarina é um exemplo de intervenções promotoras de esperança nessa área e outras áreas de exploração e promoção de esperança podem ser trabalhadas, nomeadamente em contexto comunitário e de grupos de depressão. Partilho o link do meu relatório de estágio profissional com referência às intervenções promotoras de esperança e envio em anexo um poster elucidativo com algumas intervenções realizadas.

<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>

No que respeita à utilização da versão portuguesa da HHI, partilho a mesma informação que dei à Catarina.

A versão mais completa do instrumento e que se aproxima à versão original é a escala HHI-PT-DC que enviou em anexo com as instruções de utilização. Foi validada em contexto de doença crónica e temos aplicado em contexto de saúde mental.

A referência da validação é a tese de doutoramento sobre promoção de esperança que pode citar a partir do link abaixo.

<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4050>

Qualquer coisa, disponham

Terei muito gosto em poder ajudar no que entender necessário

Um abraço e votos de muito sucesso pessoal e profissional

catarina dias <kaleidoscoppio@gmail.com> escreveu no dia quinta, 8/10/2020 à(s) 12:15:

Boa Tarde Professora, como está?

Encaminho o mail de um enfermeiro que me contactou no sentido de procurar orientação para o seu trabalho de especialidade, com foco na esperança.

Pese embora ele me considere "perita" no tema, sinto que se trata de uma hipérbole em relação a minha própria auto-avaliação, pelo que peço a sua autorização para disponibilizar a informação que me deu há cerca de dois anos e que tão útil me foi, para que o colega possa utilizar a escala de Herth para a população com doença crónica.