

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto  
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes  
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

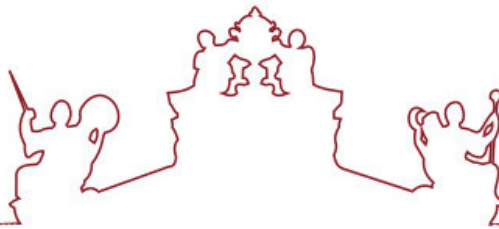
**A esperança como foco de atenção em enfermagem na  
reabilitação psicossocial orientada para o Recovery**

**Liliana Cláudia Pina Mendes**

Orientador(es) | Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde**  
**Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização | **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**A esperança como foco de atenção em enfermagem na  
reabilitação psicossocial orientada para o Recovery**

**Liliana Cláudia Pina Mendes**

Orientador(es) | **Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos**

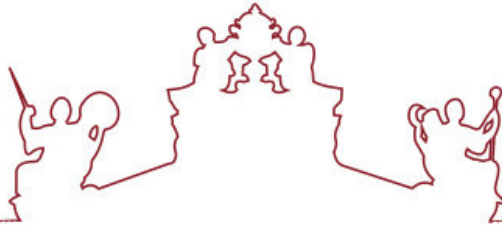
Évora 2022

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Jorge Salvador Pinto de Almeida (Instituto Politécnico de Castelo Branco)  
(Arguente)  
Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal -  
Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“Vivi enfeitado, encarcerado num corpo  
e na humildade de uma alma.  
Conheci a memória,  
essa moeda que não é nunca a mesma.  
Conheci a esperança e o temor,  
esses dois rostos do incerto futuro”

*Jorge Luis Borges in Elogio da Sombra*

### **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Lino Ramos, pela orientação dos estágios proporcionando-nos uma experiência profícua em aprendizagens; pela orientação do Relatório promovendo a organização do pensamento, e pela disponibilidade manifestada; pelo exemplo de humanismo e de relação interpessoal gratificante e construtiva.

À Professora Doutora Ana Querido pelo trabalho desenvolvido ao longo dos anos que constituiu um referencial basilar e pela disponibilização de literatura importante.

A todos os docentes que com o seu contributo enriqueceram o percurso efetuado.

Aos colegas Supervisores Clínicos e restantes elementos das equipas pelo investimento na minha aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A todos os utentes/clientes das unidades de estágio que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Aos meus pais pelo apoio e amor incondicional que permitiu um percurso estável e confortável.

Ao meu filho João pelo carinho e resiliência demonstrada, que me impulsionou nos momentos mais difíceis.

Ao meu companheiro Vasco Agostinho pelo incentivo, por se alegrar por mim e pelo apoio logístico fundamental à consecução deste projeto.

Às amigas Célia Nicolau e Maria João Martins pelo apoio e atenção dedicadas.

A todos, o meu sincero OBRIGADA!

## Resumo

### **A esperança como foco de atenção em enfermagem na reabilitação psicossocial orientada para o Recovery**

A esperança de recuperação e funcionamento ótimo na vida são conceitos basilares na prestação de cuidados em saúde mental, sendo imperativo que clientes e enfermeiros forjem um caminho unido no sentido do *Recovery*. A esperança é um estado de espírito que impacta os valores e atitudes individuais em relação à vida e à funcionalidade, constituindo uma fonte de significado na vida.

Relativamente à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a esperança é considerada um foco de atenção fundamental e integrante da prática na recuperação dos clientes. A promoção da esperança desenvolve-se em relação, e os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica distinguem-se pela sua excelsa competência relacional. Assim sendo, são quem está na melhor posição para intervir na promoção da esperança junto das pessoas em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

O Projeto de Intervenção visou o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de mestre em Enfermagem. Por forma a dar resposta a essa finalidade, utilizámos a metodologia de projeto como fundamentação científica para orientar os estágios frequentados.

Desta forma, consideramos ter contribuído para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência.

*Palavras-Chave:* Enfermagem Psiquiátrica, Esperança, Recuperação da saúde mental, Reabilitação psiquiátrica; Saúde mental

## **Abstract**

### **Hope as a focus of nursing care in recovery-oriented psychosocial rehabilitation**

The hope of recovery and optimal functioning in life are fundamental concepts in the provision of mental health care, and it is imperative that clients and nurses forge a united path towards Recovery. Hope is a state of mind that impacts individual values and attitudes towards life and functionality, constituting a source of meaning in life.

Regarding mental health and psychiatric nursing, hope is considered a fundamental focus of attention and an integral part of the practice in the recovery of clients. The promotion of hope develops in relationships, and nurses specializing in mental health and psychiatric nursing are distinguished by their excellent relational competence. Therefore, they are the ones who are in the best position to intervene in the promotion of hope among people in the process of psychosocial rehabilitation oriented towards Recovery.

The intervention project aimed developing specialized skills in Mental and Psychiatric Health Nursing and a master's degree in Nursing. In order to respond to this purpose, we used the project methodology as a scientific basis to guide the internships attended.

In this way, we believe that we have contributed to promoting the improvement of the quality of nursing care using research and evidence-based practice.

*Key words:* Psychiatric Nursing, Hope, Mental health recovery, Psychiatric rehabilitation; Mental health

### **Índice de Apêndices**

<b>Apêndice I - Resumo da Revisão Integrativa da Literatura.....</b>	<b>159</b>
--	------------

### **Índice de Anexos**

<b>Anexo I - Guião de entrevista “Avaliação da Esperança” .....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo II - Escala da Esperança de Herth - PT.....</b>	<b>163</b>



### Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Distribuição global por transtorno mental, ano de 2017.....	21
<b>Quadro 2</b> – Prevalência anual dos transtornos psiquiátricos em Portugal, ano de 2013.....	22
<b>Quadro 3</b> – Intervenções de Reabilitação Psicossocial Orientada para o <i>Recovery</i> .....	32

### Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> - Modelo de Avaliação Diagnóstica da Pessoa em Contexto.....	24
<b>Figura 2</b> - Valores e princípios do Plano Nacional de Saúde Mental.....	34
<b>Figura 3</b> – Diagrama dos conceitos que integram o processo de reabilitação psicossocial orientada para o <i>Recovery</i> , e os pressupostos da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e do Modelo Rogeriano	36
<b>Figura 4</b> – Figura representativa das esferas e dimensões da esperança.....	46
<b>Figura 5</b> – Teoria das Relações Interpessoais e Intervenções de Promoção da Esperança: Processo das fases da relação, os papéis desempenhados e as intervenções de enfermagem.....	53

### **Lista de Siglas**

APA – *American Psychology Association*

CIE – Conselho Internacional dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DALY – *Disability-Adjusted Life Years*

DSSM – Determinantes Sociais de Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HD – Hospital de Dia

ICD – *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPT - *Outcome-Present State Test*

PBE – Prática Baseada na Evidência

PBI – Produto Interno Bruto

PI – Projeto de Intervenção

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PPE – Programa de Promoção da Esperança

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SM – Saúde Mental

TBOS - Terapia Breve Orientada para a Solução

UC - Unidade Curricular

UE – União Europeia

USO – Unidade Sócio-Ocupacional

YLD – *Years Lived with Disability*

## Índice

1 - Introdução .....	14
2 – Projeto De Intervenção.....	19
2.1 - Enquadramento Teórico E Conceptual.....	20
2.1.1 – Saúde mental e doença mental .....	20
2.1.2 - Os determinantes sociais da saúde mental.....	24
2.1.3 - A reabilitação psicossocial orientada para o Recovery .....	26
2.1.3.1 - A Reabilitação Psicossocial. ....	26
2.1.3.2 - O Recovery.....	30
2.1.3.3 - A Prática Da Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery. ....	32
2.1.4 – A esperança .....	38
2.1.5 - Teoria das Relações Interpessoais de Hildegrad Peplau .....	50
2.1.6 - A esperança como foco de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na reabilitação psicossocial orientada para o Recovery .....	56
2.2 - Definição Dos Objetivos .....	68
2.3 - Intervenções Desenvolvidas Em Estágio .....	69
2.3.1 - Caracterização da Unidade de Internamento .....	69
2.3.2 - Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto hospitalar.....	70
2.3.3 - Caracterização do Hospital de Dia de Psiquiatria.....	88
2.3.4 - Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto comunitário .....	90
2.3.5 - Programa de Promoção da Esperança .....	104

2.4. Desenvolvimento De Competências Especializadas Em Enfermagem De Saúde Mental E Psiquiátrica E Competências De Mestre Em Enfermagem .....	111
2.4.1. Competências Especializadas Em Enfermagem.....	113
2.4.1.1. Competências comuns de enfermeiro especialista.....	113
2.4.1.2. Competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. .....	120
2.4.2. Competências de Mestre Em Enfermagem .....	126
3. Considerações Finais.....	129
4. Bibliografia .....	134
5. Glossário .....	156
Apêndices .....	158
Anexos .....	161

## 1 - Introdução

O presente relatório, de índole académica, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Relatório” inserida no 5º Curso de Mestrado em Associação das Escolas de Enfermagem, ramo de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, designadamente, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este trabalho tem como finalidade a apresentação do relatório dos estágios, Estágio de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) I e Estágio Final, realizados nos seguintes locais respetivamente: Unidade de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental e Hospital de Dia (HD)/ Unidade Sócio-Ocupacional (USO) de Psiquiatria num Centro Hospitalar da região sul do país.

A frequência dos estágios constitui o nosso Projeto de Intervenção (PI). Este foi sustentado e orientado pela metodologia de projeto, que é uma metodologia científica que se centra na resolução de problemas complexos, possibilitando a aquisição de capacidades e competências e constitui uma ponte entre a teoria e a prática (Ferrito et al., 2010).

A escolha dos contextos de estágio prendeu-se com razões de interesse pessoal, em querer ter uma experiência de prestação de cuidados abrangente e que estivesse inserida num *continuum* do processo de tratamento e recuperação da doença mental, além de serem contextos facilitadores de desenvolvimento de competências específicas do EESMP.

O enfermeiro especialista detém competências comuns que demonstra pela sua excelsa “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4745), e também sustentando efetivamente o exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria (Op. Cit.).

Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) agregam além das competências comuns, as que são específicas da sua área de especialização. São por excelência os enfermeiros que melhor compreendem “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery do cliente assim como as implicações para o seu programa de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (OE, 2018, p. 21427). No contexto da prática, são as competências de âmbito psicoterapêuticas que conferem ao EESMP a possibilidade de um juízo clínico singular que utilizará “durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (Op. Cit.), e assim “desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.” (Op. Cit.).

As competências de mestre estão reguladas no Decreto-Lei nº 74/2006, CAPÍTULO III e dizem respeito essencialmente ao desenvolvimento de conhecimento com base em investigação, à capacidade de resolução de problemas e situações complexas, além da capacidade de efetuar aprendizagens de forma autónoma ao longo da vida (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2006).

O Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I teve a duração de seis semanas e decorreu entre maio e junho de 2021. A frequência deste estágio permitiu-nos identificar os focos de atenção em enfermagem mais relevantes para a prática, dos quais salientamos o *Coping*, o Humor, o Pensamento (Processo de), a Perceção, a Esperança e o Autocuidado (Conselho Internacional dos Enfermeiros [CIE], 2019).

Com base nesta reconição, escolhemos o foco Esperança como tema da problemática do nosso PI. A preferência pelo tema relaciona-se com características da nossa personalidade; por crer que a esperança é um sentimento essencial à vida e um fator de resiliência poderoso; do reconhecimento pelos EESMP que compõem a equipa do serviço de que é um foco de atenção fulcral para o processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*; e pela confirmação desta perceção na literatura técnica e científica disponível.

O Estágio Final teve a duração de dezoito semanas e decorreu nos meses de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Neste estágio projetámos um Programa de Promoção da Esperança (PPE), dirigido à população em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, fundamentado nas intervenções específicas e autónomas do EESMP identificadas na Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que efetuámos por forma a responder à questão de investigação “Quais as intervenções especializadas e autónomas de enfermagem utilizadas na promoção da esperança, na população em situação de reabilitação psicossocial?”.

Conforme referido por Querido (2020), a promoção da esperança é um foco de atenção relevante para a prática da ESMP desde a década de 60 do século XX e é uma intervenção terapêutica importante no processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* (Querido, 2015).

Por “Esperança” entende-se “sentimento de crença no desenlace favorável de certa situação; otimismo.” (Porto Editora, 2021).

O Relatório tem como objetivos gerais:

- Apresentar o Relatório dos Estágios do Mestrado como elemento de avaliação da UC, propondo-o a discussão em prova pública;
- Expor o Projeto de Intervenção descrevendo e analisando o percurso realizado durante os estágios numa Unidade de Internamento de Psiquiatria De Adultos, e posteriormente numa Unidade de Dia de Psiquiatria, onde foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista e de mestre, com o objetivo de obter o grau de Mestre em Enfermagem no ramo da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os objetivos específicos do Relatório são:

- Descrever a problemática e o enquadramento teórico que alicerçam o Projeto de Intervenção;
- Relatar reflexivamente o trabalho desenvolvido no contexto dos estágios;
- Descrever o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, de competências específicas do EESMP e competências de mestre em enfermagem; e
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência.

A metodologia utilizada na elaboração do Relatório é de carácter descritiva e reflexiva, tendo por base a reflexão individual e a pesquisa bibliográfica de âmbito científico.

Relativamente à estrutura do relatório, este apresenta-se dividido em cinco capítulos.

O primeiro capítulo é dedicado à introdução ao Relatório e ao PI, onde são expostas as razões das escolhas dos locais de estágio e da problemática, bem como os objetivos gerais e específicos do Relatório.



No segundo capítulo, apresentamos o PI. Começamos pelo enquadramento teórico e conceptual da problemática, no qual abordamos a Saúde Mental (SM) e a Doença Mental, no sentido de conceptualizar os termos e apresentar um retrato social e estatístico dos mesmos. Identificamos os determinantes sociais mais relevantes em SM e relacionamo-los com a prática da ESMP. Apresentamos e desenvolvemos o conceito de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*. De seguida, conceptualizamos a Esperança nas suas diversas abordagens e dimensões.

A Esperança, apesar de ser o tema do nosso PI, surge após o tema da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, pois é aqui que emerge como conceito central deste.

De seguida abordamos os principais conceitos que constituem a problemática (esperança, reabilitação psicossocial e *Recovery*) e a sua relevância para a prática da ESMP. Explanamos a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por H. Peplau para contextualizar e fundamentar a nossa intervenção terapêutica. Após esta fundamentação, apresentamos a esperança como foco de atenção em ESMP e a relevância da sua prática para o processo de reabilitação psicossocial orientado para o *Recovery*.

Expomos e analisamos o PI desenvolvido, que foi elaborado segundo a metodologia de projeto. Princípios por caracterizar os locais de estágio e de seguida expomos as intervenções e atividades desenvolvidas nestes. Apresentamos e analisamos algumas das intervenções mais relevantes no desenvolvimento de competências especializadas. Apresentamos a proposta de um Programa de Promoção da Esperança que tem possibilidade de ser incluído nas atividades terapêuticas desenvolvidas no programa de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* no HD de Psiquiatria.

O PPE baseia-se no conhecimento obtido mediante a realização da RIL sobre as intervenções promotoras de esperança em SM e na reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*. As intervenções e atividades realizadas no HD promotoras de esperança, são fundamentadas neste conhecimento, possibilitando uma prática baseada na evidência (PBE).

Ainda neste capítulo, apresentamos as intervenções, atividades e ações que facultaram o desenvolvimento das competências como EESMP e como Mestre alicerçado no referencial teórico de Patricia Benner.

O terceiro capítulo é dedicado às considerações finais que salientarão a informação mais relevante, a identificação de limitações do estudo e as hipóteses de continuação do mesmo.

O quarto capítulo refere-se à bibliografia que deu suporte à elaboração do PI e do Relatório.

O quinto capítulo integra o glossário dos termos mais importantes.

Este Relatório proporciona uma referência de desenvolvimento para outros estudos/projetos, no âmbito profissional da ESMP incrementando a sua visibilidade.

Os apêndices e anexos são justificativos das atividades desenvolvidas nos estágios, sendo retirados após discussão do Relatório de Estágio, ficando apenas o resumo da Revisão Integrativa da Literatura realizada.

A elaboração do presente documento está de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e respeita as regras definidas no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, assim como as normas da *American Psychological Association* (APA) sétima edição, na realização das referências bibliográficas (Universidade de Aveiro [UA], 2020).

## 2 – Projeto De Intervenção

A metodologia de projeto consiste num “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, isto é, permite prever uma mudança.” (Ferrito et al., 2010, p. 3). No nosso caso, a mudança pretendida é a aquisição e desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de mestre em Enfermagem. A frequência dos estágios de ESMP prevê a aplicação do conhecimento teórico aprendido nas UC's prévias a estes, possibilitando a utilização desta metodologia, pois esta consagra-se “como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ibidem).

As autoras, complementam a formulação argumentando que a principal finalidade da metodologia de projeto é a resolução de problemas, promovendo através desta a aquisição de competências pelo planeamento e implementação de programas numa situação real. Esta metodologia detém algumas características particulares, como: ser uma atividade intencional, que pressupõe autonomia e iniciativa daqueles que o efetuam; autenticidade por incidir num problema verdadeiro; implica complexidade e incerteza; e tem os predicados de ser prolongado e faseado (Op. Cit.).

Sendo que a aplicação do processo de cuidados de enfermagem cruza com o processo de resolução de problemas, tão bem explanado por Chalifour (2009), diríamos que a finalidade da metodologia de projeto é adequada para a orientação do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre em Enfermagem. Portanto, adequada para o Projeto dos estágios.

Um projeto desenrola-se “a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de acções no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado.” (Ferrito et al., 2010, p. 8).

Ainda segundo as mesmas autoras, a metodologia de projeto divide-se nas seguintes fases: “Elaboração do Diagnóstico da situação; Planificação das actividades, meios e estratégias; Execução das actividades planeadas; Avaliação; Divulgação dos resultados obtidos.” (Op. Cit., p. 5).

Sendo assim, o enquadramento teórico e conceptual, a caracterização dos locais de estágio e a fase inicial de frequência dos estágios correspondem à fase de diagnóstico da situação e definição da problemática.

Os objetivos indicam os resultados que se almejam alcançar. Contextualizados na metodologia de projeto, eles determinam-se como “representações antecipadoras centradas na acção *“a realizar”*, ou seja, a determinação dos objetivos finais (...) é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de acção.” (Ferrito et al. 2010, p. 18).

O planeamento das atividades e intervenções desenvolvidas nos locais de estágio correspondem às fases de planificação e execução das atividades. Nos estágios desenvolvemos atividades e intervenções por forma a promover a aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns, específicas em ESMP e de mestre em Enfermagem, principalmente direcionadas para as intervenções autónomas de enfermagem.

A aquisição e desenvolvimento de competências corresponde à fase de avaliação dos resultados.

A prova pública e divulgação deste Relatório corresponde à fase de divulgação dos resultados obtidos.

## **2.1 - Enquadramento Teórico E Conceptual**

O enquadramento teórico de um tema diz respeito à sua fundamentação, no sentido em que os conceitos são relacionados de forma lógica pelo pesquisador visando o seu estudo (Nieswiadomy, 2012).

Neste subcapítulo pretendemos conceptualizar os principais conceitos envolvidos no tema.

### **2.1.1 – Saúde mental e doença mental**

Em 2015, a Organização das Nações Unidas [ONU], reconheceu a Saúde e o Bem-estar como tendo um papel central no desígnio de alcançar metas de desenvolvimento global, plasmando-os nos

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery  
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os ODS assentam na visão de um mundo livre de pobreza, fome e doença. A SM faz parte desta fórmula, pois é indissociável do conceito de Saúde e Bem-estar.

Por Saúde Mental a OMS entende ser,

“não só a simples ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade<sup>1</sup>” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018).

Outros autores integram na SM conceitos como a percepção de autoeficácia, autonomia, competência, dependência intergeracional e autoatualização do potencial intelectual e emocional, que cruza e complementa a formulação supra exposta (Atkinson, 1991; Bavojudan et al., 2011; Benaroyo & Widdershoven, 2004; Landstedt & Almquist, 2019).

Neste paradigma, a SM convive com a doença mental, se esta estiver controlada. No entanto, enquanto a SM é promotora de valor humano, social e económico, a doença mental é fonte de sofrimento, causa de incapacidade e de sobrecarga com impacto financeiro. Condiciona vários indicadores de saúde como a mortalidade, a morbidade, a incapacidade ajustada aos anos de vida (*Disability-Adjusted Life Years (DALYs)*), e os anos de vida vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability/ (YLD)*). Assim, importa também definir o conceito de doença mental. Os Transtornos mentais e comportamentais são, conforme definido pela *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-19)*, um conjunto de transtornos geralmente caracterizados por alguma combinação de alterações do processo de pensamento, por emoções desreguladas, por comportamentos desadequados e relacionamentos disfuncionais com outras pessoas (OMS, 2019).

A doença mental pode ter efeitos devastadores sobre os indivíduos, famílias e comunidades. Calcula-se que uma em cada duas pessoas sofre de um transtorno mental durante a vida. Em termos

---

<sup>1</sup> “Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community.” Tradução livre. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (30 de march de 2018). *Mental health: strengthening our response*. Obtido em 17 de 12 de 2021, de World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery socioeconômicos, o peso da doença mental pode incidir até 4% no Produto Interno Bruto (PBI) dos estados, e os indivíduos portadores de doença mental têm piores resultados educacionais, de emprego e de saúde física em relação às pessoas com boa saúde mental (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021). Relativamente à representatividade da doença mental a nível global, podemos dizer que segundo a OMS (2021), a depressão é uma das principais causas de incapacidade, o suicídio representa a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 aos 29 anos, e que pessoas com problemas de saúde mental graves morrem prematuramente (vivem menos 20 anos) devido a problemas orgânicos evitáveis.

Em termos de prevalência, apresentamos por ordem decrescente a distribuição dos transtornos com maior representatividade, no ano de 2017:

### Quadro 1

*Distribuição global por transtorno mental, ano de 2017*

Transtorno mental	Distribuição global (intervalo de diferença ao nível dos países)	Número de pessoas com o transtorno	Distribuição por género
Transtornos da Ansiedade	3,8% (2,5 – 7%)	284 milhões	Fem. – 4,7% Masc. – 2,8%
Depressão	3,4% (2 – 6%)	264 milhões	Fem. – 4,1% Masc. – 2,7%
Transtornos relacionados com o consumo de álcool	1,4% (0,5 – 5%)	107 milhões	Fem. – 0,8% Masc. – 2,0%
Transtorno Afetivo Bipolar	0,6% (0,3 – 1,2%)	46 milhões	Fem. – 0,65% Masc. – 0,55%
Esquizofrenia	0,3% (0,2 – 0,4%)	20 milhões	Fem. – 0,25% Masc. – 0,26%
Transtornos alimentares	0,2% (0,1 – 1%)	16 milhões	Fem. – 0,29% Masc. – 0,13%

*Fonte: Adaptado de Dattani et al., (2021)*

Observamos que os Transtornos da Ansiedade e a Depressão são os transtornos com maior representatividade e que afetam maioritariamente a população feminina. Verifica-se também que existe uma variação significativa da prevalência ao nível dos países (intervalos de 4%).

As perturbações mentais constituem um desafio importante para a Europa, pois elas são a principal causa de incapacidade e a terceira principal causa de sobrecarga geral de doenças (medido como DALY), após as doenças cardiovasculares e doença oncológica; e representam 22% da carga de incapacidade da União Europeia (UE), medida em YLD (OMS, 2016; OCDE, 2021). Os custos financeiros globais dos transtornos mentais, incluindo custos de saúde diretos e indiretos através de cuidados e perda de produtividade, atingem os 450 mil milhões de euros por ano na EU (OMS, 2016). A prevalência estimada pela OMS de transtornos mentais na região europeia em 2015 foi de 110 milhões, o equivalente a 12% de toda a população da região (OMS, 2015). Em Portugal o cenário está alinhado com o da região europeia (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2020).

## Quadro 2

*Prevalência anual dos transtornos psiquiátricos em Portugal, ano de 2013*

Prevalência anual dos transtornos psiquiátricos (%)	
Transtornos da Ansiedade	16,5%
Transtornos depressivos	7,9%
Transtornos da impulsividade	3,5%
Transtornos do abuso e dependência do álcool	1,6%

*Fonte: Adaptado de Carvalho et al. (2014)*

Apesar dos dados disponíveis retratarem uma realidade com nove anos de antiguidade, consideramos que continuam atuais, pois neste intervalo de tempo os dados estatísticos europeus não sofreram alterações relevantes, nem se observaram alterações sociais profundas que possam alterar o panorama. Esta apreciação também é corroborada pela informação apresentada no Relatório da Primavera de 2019 (OPSS, 2020).

Os EESMP no exercício da sua profissão devem conhecer a realidade em que operam, pois, estes dados providenciam informação relevante para a sua compreensão.

### **2.1.2 - Os determinantes sociais da saúde mental**

A referência aos Determinantes da Saúde Mental (DSSM) surge neste relatório por considerarmos que é importante conhecermos os fatores sociais, económicos e políticos que condicionam a saúde mental das pessoas.

Por DSSM consideram-se as condições sociais e económicas que impactam a saúde mental dos indivíduos (Canadian Mental Health Association [CMHA], 2016). O ambiente social, económico, político e físico tem capacidade de influenciar a saúde mental dos indivíduos ao longo de todo o seu ciclo vital, desde a fase pré-natal até ao fim de vida (OMS, 2014). Segundo Sederer (2016), os fatores sociais e ambientais podem afetar até aproximadamente 90% a saúde mental dos indivíduos. Verifica-se uma associação entre as desigualdades sociais e o aumento do risco de muitos transtornos mentais comuns. Segundo a OMS (2014), as ações dirigidas aos DSSM devem ser de âmbito universal e proporcional às necessidades sociais identificadas, por forma a nivelar o gradiente social nos resultados de saúde.

Os DSSM mais relevantes são: desemprego, emprego precário e condições de emprego; baixo rendimento económico; condições habitacionais degradantes; insegurança alimentar e dieta com fraca qualidade nutricional; discriminação relacionada com etnicidade, ser migrante, orientação sexual e/ou *status* ocupacional; relações familiares; estilos parentais, especialmente os estilos autoritários ou do género *laisser-faire*, história de abusos; suporte social; residir em zonas rurais, em zonas de grande ou baixa densidade demográfica e em vizinhanças com baixa segurança (OMS, 2014; Alegría et al., 2018).

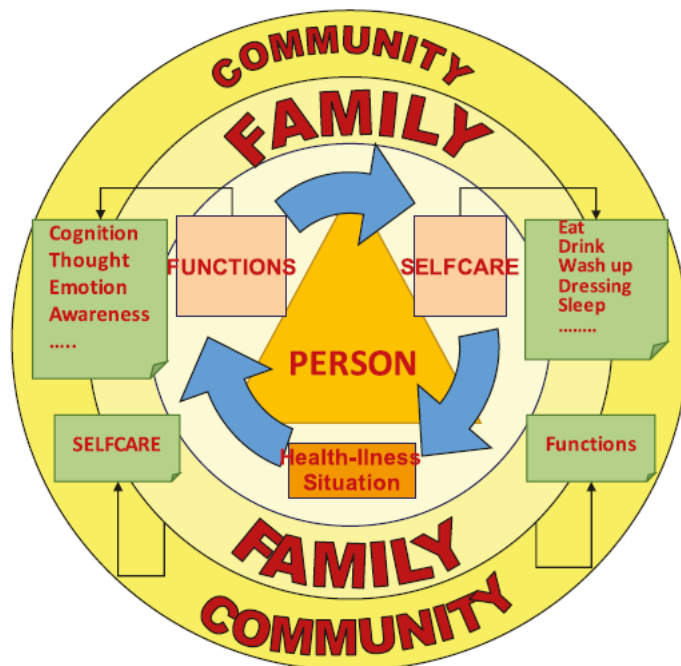
Consideramos relevante ter em mente estes determinantes quando interagimos com pessoas a quem foram diagnosticados transtornos psiquiátricos. O nosso contacto com estas pessoas no contexto dos estágios frequentados, surge porque alguma condição da sua SM foi alterada ao ponto de necessitarem de internamento num serviço da especialidade, seja por tempo total (períodos superiores a vinte e quatro horas), seja por tempo parcial (períodos de oito horas). Como EESMP, atuamos de acordo com a metodologia de processo de enfermagem, daí que aquando da avaliação diagnóstica inicial, necessitamos colher dados que nos permitam conhecer o ambiente e contexto de onde vieram as pessoas que são os nossos clientes. A apreciação destes dados é fundamental na definição de objetivos terapêuticos. Devem ser tidos em conta na formulação dos resultados esperados e no planeamento das intervenções a implementar, pois condicionam a implementação das intervenções terapêuticas; também devem ser considerados no momento da avaliação dos resultados obtidos. Isto porque, aquando da admissão no serviço de internamento o cliente é proveniente de um ambiente e contexto próprio e aquando da alta, é para esse mesmo contexto e ambiente que



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery regressará. Os DSSM são parte integrante do Modelo de Avaliação Diagnóstica da Pessoa em Contexto desenvolvido por Lopes (2018), pois este modelo representa o processo de avaliação diagnóstica da pessoa e das relações entre as suas diversas dimensões.

**Figura 1**

*Modelo de Avaliação Diagnóstica da Pessoa em Contexto*



*Fonte: Lopes (2018)*

Este modelo de avaliação diagnóstica constitui uma referência fundamental para a prática da ESMP.

Oliveira (2020) defende que ao nível dos cuidados de saúde secundários, cabe ao EESMP, a integração do conhecimento acerca dos DSSM no seu desempenho e na implementação de intervenções terapêuticas de reforço da autoestima e aprendizagem de mecanismos de *coping* eficazes, que capacitem a pessoa para gerir situações potencialmente geradoras de *stress*.

Face ao exposto julgamos ter demonstrado a relevância que o conhecimento sobre os DSSM têm para a prática da ESMP.

### **2.1.3 - A reabilitação psicossocial orientada para o Recovery**

Neste subcapítulo abordaremos o conceito de reabilitação psicossocial, os seus princípios e objetivos; o conceito de *Recovery*, os seus princípios, dimensões e intervenções, e avaliação da prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*. Nesta nossa exposição relacionamos a informação com os valores e prática da EESMP.

#### **2.1.3.1 - A Reabilitação Psicossocial.**

Em 1996, a OMS aponta a evolução da reabilitação psicossocial, que era encarada como prevenção terciária, no sentido de um conceito cujo conhecimento integra as formas de organizar serviços e métodos de intervenção sujeitos a validação empírica, cujo foco é a prevenção e/ou redução da incapacidade associada à doença mental e aos transtornos do comportamento.

O alvo das estratégias e intervenções de reabilitação psicossocial são os fatores de risco psicossociais que propiciam o desenvolvimento e manutenção de incompetência social associada à doença mental (Barbato, 2006).

Assim, a **reabilitação psicossocial** é considerada um processo em que é disponibilizado aos indivíduos que sofrem de incapacidade por doença mental, a oportunidade de atingirem o seu nível máximo de funcionamento independente e autónomo na comunidade. O que se pretende é atingir uma incapacidade funcional, não a cronicidade da doença (OMS, 1996). Este processo envolve também o desenvolvimento de competências individuais e a introdução de alterações ambientais (Barbato, 2006). O termo revela uma viragem da perspetiva focada na doença para uma perspetiva de modelo social de saúde mental (OMS, 1996). Assenta também numa visão humanista dos cuidados, pois conjuga um padrão ético com a evidência científica (Barbato, 2006). De base existencial-humanista, o modelo terapêutico defendido por Carl Rogers na década de 1940, reconhece na pessoa uma tendência inata para se desenvolver, auto-atualizar e realizar o seu máximo potencial. C. Rogers entendia que os clientes (pessoa) são quem tem melhor competência para explorar, compreender e identificar quais as melhores soluções para os seus problemas (Rogers, 1986). Os pressupostos deste modelo terapêutico colocam-no na categoria da Terapia Centrada no Cliente (pessoa) (Chalifour, 2008;

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery Halter, 2017). A corroborar esta categorização, indica-se o ênfase no autoconhecimento e no tempo presente, argumentando que o passado já passou e o futuro ainda não aconteceu. Rogers propõe que o papel do terapeuta é de facilitador, não-diretivo, auxiliando na clarificação e procurando encorajar este processo. De acordo com o autor, as três principais características do terapeuta são a congruência (genuinidade), a empatia e o respeito, considerando-as essenciais para uma evolução positiva do estado do cliente (Rogers, 1986).

O Modelo Rogeriano proporciona uma referência teórica para prática da reabilitação psicossocial, pois coincide com os seus pressupostos. Verifica-se a valorização da coparticipação e responsabilização do cliente pelo seu projeto terapêutico, assente numa flexibilidade relativa à utilização de modelos de intervenção personalizados (Mângia, 2002).

A reabilitação psicossocial é um processo que cruza com os valores da enfermagem, pois esta tem como objetivo “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Ministério da Saúde [MS], 1996, p. 2). Mais especificamente, a reabilitação psicossocial cruza com os desígnios da ESMP, pois no Regulamento de Competências Específicas do EESMP, relativamente às suas intervenções pode ler-se que estas têm como finalidade ajudar na adequação das respostas da pessoa doente e família no que diz respeito aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, etc.), pretendem também evitar a deterioração da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e a qualidade de vida de toda a família (OE, 2018).

Como anteriormente referido, a reabilitação psicossocial assenta num padrão ético. Também a enfermagem está alicerçada num código ético e deontológico que tem como princípios gerais a defesa da dignidade e liberdade da pessoa humana e os valores humanos de

“Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, ideológica ou religiosa; (...)

Abster -se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; (...)

Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.” (OE, 2015, p. 8102).

Face ao exposto, percebe-se a orientação humanista comum do código ético que rege tanto a reabilitação psicossocial como a enfermagem.

A reabilitação psicossocial tem como princípios:

- Os profissionais que contribuem para o processo de reabilitação psicossocial transmitem esperança aos indivíduos, respeitam-nos e acreditam que estes têm capacidades de aprendizagem e de desenvolvimento.
- Os profissionais de reabilitação psicossocial reconhecem que a cultura e a diversidade são essenciais para o *Recovery* e trabalham no sentido de garantir que todos os serviços sejam culturalmente relevantes para os indivíduos que deles necessitam.
- Os profissionais de reabilitação psicossocial asseguram que o processo de tomada de decisão é informado e compartilhado, envolvendo parcerias com outras pessoas identificadas como significativas pelo indivíduo que recebe os serviços.
- As intervenções de reabilitação psicossocial assentam nos pontos fortes e capacidades dos indivíduos beneficiários dos serviços.
- As intervenções de reabilitação psicossocial são centradas na pessoa, são planeadas atendendo às suas necessidades, de acordo com seus valores, esperanças e expectativas.
- As intervenções de reabilitação psicossocial apoiam a integração total das pessoas em processo de *Recovery* nas suas comunidades, onde podem exercer a sua cidadania, aceitar as suas responsabilidades e beneficiar das oportunidades que surgem por serem membros de uma comunidade e de uma sociedade maior.
- As intervenções de reabilitação psicossocial promovem a autodeterminação e o empoderamento. Reconhece-se que todos os indivíduos têm o direito a tomar suas próprias decisões, incluindo as que dizem respeito ao tipo de serviços e apoios que recebem.
- As intervenções de reabilitação psicossocial favorecem o desenvolvimento de redes de suporte recorrendo aos apoios naturais dentro da família e a membros da comunidade indicados pelo indivíduo, iniciativas de ajuda de pares e a grupos de ajuda mútua.
- As intervenções de reabilitação psicossocial trabalham no sentido de ajudar os indivíduos a incrementar a qualidade de todas as dimensões das suas vidas (sociais, ocupacionais, educacionais, residenciais, intelectuais, espirituais e financeiras).
- As intervenções de reabilitação psicossocial promovem a saúde e o bem-estar. Os profissionais incentivam os indivíduos a desenvolver e usar planos de bem-estar personalizados.
- As intervenções de reabilitação psicossocial baseiam-se na prática baseada na evidência, de carácter promissor e emergente que produzam resultados congruentes com o *Recovery*. Os

programas de reabilitação psicossocial incluem a sua avaliação e a melhoria contínua da qualidade que envolvem ativamente as pessoas que recebem serviços.

- Os serviços de reabilitação psicossocial devem garantir a equidade no acesso, sempre que necessário. Esses serviços devem ser bem coordenados e integrados, conforme necessário, com outros tratamentos (OMS, 1996; Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale [PSR/RPS] Canada, 2021).

Os principais objetivos da reabilitação psicossocial são o empoderamento/capacitação dos utilizadores, a redução da discriminação e do estigma, a otimização das competências sociais e individuais, a redução da sintomatologia, a redução da iatrogenia e o aumento do apoio familiar (OMS, 1996).

Os objetivos referidos remetem-nos para os princípios que fundamentam a ESMP, pois estes dizem respeito às “questões de recuperação da pessoa dando ênfase à *recovery* (recuperação) e ao empoderamento (*empowerment*), os quais têm repercussões positivas inequívocas na qualidade de vida da pessoa e da comunidade.” (OE, 2021, p. 13). Mais uma vez, observamos a sobreposição de conceitos que integram a reabilitação psicossocial e a ESMP.

Os programas de reabilitação psicossocial variam de acordo com as necessidades dos utilizadores, do ambiente onde a reabilitação é efetuada, se é num hospital ou na comunidade em regime de ambulatório, o ambiente cultural e as condições socioeconómicas do país em que é realizada (OMS, 2001). Agregam aspetos como habitação, reabilitação vocacional, emprego protegido, uma rede alargada de apoio social e atividades de lazer (OMS, 1995; PSR/RPS Canada, 2017).

Face ao exposto, compreende-se que a reabilitação psicossocial é um processo abrangente que utiliza uma combinação de técnicas, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, bem como atividades ocupacionais e condições ambientais específicas (Barbato, 2006; King et al., 2012; PSR/RPS Canada, 2021).

Em Portugal, preconiza-se que os serviços de saúde mental trabalhem de forma articulada com os cuidados de saúde primários, com os cuidados continuados integrados e com outros serviços envolvidos na reabilitação psicossocial, incluindo o apoio social, a educação, o emprego e a habitação, assegurando a necessária continuidade de cuidados. O que se traduz nas atividades de reabilitação psicossocial serem desenvolvidas tendo por base estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, direcionados para responder às características de grupos

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery etários específico. Articulam com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e os Serviços Locais de Saúde Mental, sendo a prestação de cuidados nesta área garantida por equipas e unidades multidisciplinares, com competência para responder de forma coordenada às necessidades médicas, psicológicas, sociais, de enfermagem e de reabilitação. As estruturas referidas são: unidades residenciais; unidades sócio-ocupacionais; e equipas de apoio domiciliário (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2021; Santos & Santos, 2020). A reabilitação psicossocial é uma componente abrangente de cuidados de saúde mental comunitários (PCM, 2021; OMS, 2001).

A reabilitação psicossocial contemporânea ocorre numa perspetiva de *Recovery*, como já referido nos seus princípios.

O movimento que deu origem ao modelo de cuidados de saúde orientados para o *Recovery*, surgiu na década de 1970. O principal impulso para o desenvolvimento deste tipo de modelo de cuidados, derivou de um movimento cívico dos utentes dos serviços de saúde mental dos Estados Unidos da América. Este movimento dos utentes emergiu da experiência de muitas destas pessoas conseguirem com e sem ajuda, encontrarem o seu caminho e conseguirem viver uma vida significativa e produtiva na sua comunidade. Percebeu-se que este modelo de cuidados de saúde por ser centrado nas pessoas, tem o potencial de integrar as suas perspetivas e reconhece largamente o direito destas de participarem de forma plena na sociedade alargada. Outro fator contribuinte foi o desenvolvimento de estudos de investigação longitudinais que revelaram conhecimento importante sobre a evolução da doença mental e sobre os resultados dos tratamentos (Davidson, 2016).

#### **2.1.3.2 - O Recovery.**

A perspetiva de *Recovery* defende que a recuperação da doença mental é um processo, e não um resultado. O *Recovery* é considerado uma jornada pessoal dirigida à redescoberta de si mesmo no processo de aprender a conviver com uma doença ao invés de ser definido pela doença. A nível individual, trata-se do desenvolvimento da esperança e de uma visão para o futuro. A nível comunitário, refere-se ao apoio no envolvimento e participação social dos indivíduos através da oferta de oportunidades dirigidas ao potencial e às competências da pessoa, ao invés do foco na doença. A perspetiva do *Recovery* condiciona a forma como a reabilitação psicossocial é abordada (King, Loyd, Meehan, Deane, & Kavanagh, 2012).

Em 2012, a OMS refere que o *Recovery* significa

“ganhar e reter a esperança, compreender as suas capacidades e incapacidades, envolver-se numa vida ativa; com autonomia pessoal e identidade social, uma vida significativa e com propósito e um sentido positivo de si mesmo. É importante relembrar que *Recovery* não é sinónimo de cura. O *Recovery* refere-se às condições internas experienciadas pelas pessoas que referem encontrar-se em recuperação - esperança, cura, capacitação e conexão - e às condições externas que facilitam a recuperação - implementação de direitos, uma cultura positiva de cura e serviços orientados para o *Recovery*.” (p. 41)<sup>2</sup>

O conceito de *Recovery* diz respeito à possibilidade da pessoa viver uma vida satisfatória, colaborativa e com esperança, mesmo que coexistam sintomas residuais do transtorno mental. O caminho do *Recovery* assenta nos pontos fortes individuais, familiares, culturais e comunitários e pode ser apoiado por muitos tipos de serviços, suportes e tratamentos (PSR/RPS Canada, 2017).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *Recovery* encontra-se definido como um “Status: (...); readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida<sup>3</sup>.” (Conselho Internacional dos Enfermeiros [CIE], 2019).

Tanto a reabilitação psicossocial como o *Recovery* são processos que não podem ser impostos à pessoa, pois a prática dos profissionais implica a participação destas na elaboração do seu projeto terapêutico e responsabilização pela sua implementação e desenvolvimento (King, Loyd, Meehan, Deane, & Kavanagh, 2012).

---

<sup>2</sup> “recovery means gaining and retaining hope, understanding of ones abilities and disabilities, engagement in an active life, personal autonomy, social identity, meaning and purpose in life, and a positive sense of self. It is important to remember that recovery is not synonymous with cure. Recovery refers to both internal conditions experienced by persons who describe themselves as being in recovery – hope, healing, empowerment and connection – and external conditions that facilitate recovery – implementation of human rights, a positive culture of healing, and recovery-oriented services”. Tradução livre. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2012). *WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Obtido em 03 de 10 de 2021, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410\\_eng.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf?sequence=3)

<sup>3</sup> “Status: (...), regain strength, return to health, normal condition or livelihood.” Tradução livre. Conselho Internacional dos Enfermeiros [CIE]. (2019). *Browser CIPE*. Obtido em 16 de 12 de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

### **2.1.3.3 - A Prática Da Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery.**

Os princípios básicos da prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* assentam no reconhecimento da unicidade do indivíduo tratando-o com dignidade e respeito; na sua capacidade de efetuar escolhas; implica comunicar, envolver-se numa parceria com os clientes; ouvir e aprender com a pessoa e os seus cuidadores quais as suas necessidades e interesses; acreditar que as pessoas com doença mental podem ser produtivas mesmo com sintomatologia estabilizada e que muitos irão recuperar da sua doença. Conceitos como esperança, dignidade, autodeterminação e responsabilidade, podem ser adaptados às realidades das diferentes fases da vida e a toda a gama de problemas e doenças mentais. O *Recovery* não é apenas possível, ele deve ser expectável (Davidson, 2016; OMS, 2012; PRS/RPS Canada, 2017).

Nos cuidados de saúde orientados para o *Recovery*, os prestadores de serviços “promovem a tomada de decisão partilhada com as pessoas com doença mental, oferecendo uma variedade de serviços e apoios para ir ao encontro dos seus objetivos e necessidades” (Mental Health Commission of Canada [MHCC], 2015).

A MHCC (2015) identificou seis dimensões na prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, que são:

- A criação de uma cultura e linguagem de esperança, no sentido de transmitir a ideia de que a recuperação é possível para todas as pessoas.
- O *Recovery* é personalizado, cada pessoa percorre o seu caminho em direção à saúde mental e bem-estar.
- O *Recovery* ocorre no contexto da vida da pessoa. Uma vez que maior parte do caminho de recuperação ocorre no ambiente natural da pessoa, elas necessitam de ser compreendidas no contexto da sua vida.
- O *Recovery* deve responder às diversas necessidades das pessoas com doença mental, com práticas culturalmente integrativas, seguras, competentes e inclusão de todas as minorias étnicas.
- O alcance de um sistema de saúde mental orientado para o *Recovery* é um processo progressivo que envolve todos os profissionais com competências específicas envolvidos na prestação de serviços de saúde, sociais e comunitários.



A reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* sendo um processo, pois refere-se ao método de utilização de intervenções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas) durante um dado período de tempo e em diferentes fases da vida, com vista a alcançar um objetivo (incapacidade funcional, independência e autonomia), necessita ser avaliada por forma a apurar-se a sua efetividade.

As intervenções de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* são (Quadro 3):

### Quadro 3

#### *Intervenções de Reabilitação Psicossocial Orientada para o Recovery*

<b>INTERVENÇÕES UTILIZADAS NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL ORIENTADA PARA O RECOVERY</b>	
<b>Nível individual</b>	<b>Nível comunitário, social e político</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre <i>Recovery</i>;</li> <li>- Executar Aconselhamento;</li> <li>- Executar Estimulação Cognitiva;</li> <li>- Planear o percurso individual de <i>Recovery</i> (valores, forças e objetivos);</li> <li>- Entrevista Motivacional (decidir sobre alterações no estilo de vida);</li> <li>- Modificação do Comportamento;</li> <li>- Adesão ao Regime Terapêutico;</li> <li>- Executar Intervenção de Reabilitação Psicossocial;</li> <li>- Executar Intervenção Familiar;</li> <li>- Executar Técnica de Prevenção de Recaídas;</li> <li>- Executar Programa de Ajuda Mútua;</li> <li>- Executar Programa de Literacia em Saúde Mental;</li> <li>- Treinar competências individuais e sociais;</li> <li>- Treinar o comportamento assertivo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observância da Declaração Universal dos Direitos Humanos;</li> <li>- Implementação do Programa Mundial de Ação para Pessoas com Deficiência e Regras Standard sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência;</li> <li>- Implementação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais (princípios 17 e 18);</li> <li>- Implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016);</li> <li>- Implementação do disposto no Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental;</li> <li>- Implementação da Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025;</li> <li>- Organização de Serviços de Saúde de Reabilitação Psicossocial Orientado para o <i>Recovery</i>;</li> </ul>

<p>- Vigiar o Potencial de Recuperação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de Equipas de Tratamento Assertivo na Comunidade;</li> <li>- Criação de locais de atividades recreativas e de reuniões;</li> <li>- Proporcionar acessibilidade a serviços de bem-estar: atividade física, cessação tabágica, nutrição/gestão do peso;</li> <li>- Implementar Programas de Escolaridade Adaptada;</li> <li>- Criar Emprego Protegido;</li> <li>- Criar Residência / Habitação apoiada.</li> </ul>
---	---

Fonte: Castro Caldas, et al. (2019); Comissão Europeia [CE] (2017); Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025, (2021); King et al., (2012); OE (2019); PCM (2021); PSR/RPS Canada (2017)

Conforme se observa, a prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* abrange vários níveis de intervenção e todos eles convergem para o resultado desejado.

A nível individual a avaliação da efetividade das intervenções promotoras do *Recovery* permite que os indivíduos envolvidos no processo consigam perceber os seus progressos e utilizá-los como fatores de motivação e resiliência. Segundo o Padrão Documental de ESMP, a avaliação é efetuada em termos de Potencial de Recuperação, sendo obrigatório a avaliação da capacidade cognitiva através do *Mini Mental State*, da funcionalidade e do compromisso na realização das atividades de vida diária, das competências sociais, do suporte social e dos recursos comunitários. Como avaliação opcional apontam a aplicação da *Recovery Assessment Scale* (OE, 2019). King et al. (2012) defendem ainda a aplicação da *Illness Management and Recovery Scale*, a avaliação do empoderamento através da *Empowerment Scale*, a avaliação das forças pessoais através da *Strengths Assessment Worksheet* ou do *Strengths Self-Assessment Questionnaire*.

A nível comunitário, social e político a avaliação é efetuada através de relatórios que reflitam os benefícios dos programas de redes de suporte social e das Unidades de Cuidados de Saúde Mental em Ambulatório, do apoio ao emprego/emprego protegido e da acomodação através do apoio à habitação sustentada (OMS, 2012; Clinical Commissioning Group Hertfordshire [CCGH], 2016).

A prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, está enquadrada num Sistema de Saúde orientado para o *Recovery*. Este consiste num sistema de saúde mental caracterizado por programas que definem a missão, políticas, procedimentos, documentação e garantia de qualidade que sejam consistentes com os valores fundamentais do *Recovery* (Farkas, et al, 2005). Um exemplo deste sistema encontra-se no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016. Na figura 2, que apresenta os seus valores e princípios pode ler-se:

**Figura 2**

*Valores e princípios do Plano Nacional de Saúde Mental (a coluna da esquerda refere-se aos valores e a coluna da direita aos princípios associados)*

Recuperação ( <i>recovery</i> .)	Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto determinação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com problemas de saúde mental.
----------------------------------	--

Fonte: PCM (2008, p. 1399).

Em termos de organização dos serviços de saúde, previram-se nas áreas de ação estratégica a reabilitação psicossocial e desinstitucionalização dos doentes mentais graves. Prevê-se uma abordagem de saúde mental comunitária que dê cada vez maior destaque à manutenção dos doentes na sua comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração (Op. Cit.).

O desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) vem dar resposta específica no âmbito da saúde mental, sendo que em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM). A RNCCISM tem como objetivo geral a

“prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental a pessoas com perturbações mentais graves e ou incapacidade psicossocial que se encontrem em situação de dependência, visando a sua reabilitação, integração social, participação e autonomia e a melhoria da qualidade de vida quer dos residentes na comunidade, quer dos residentes nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais.” (Op. Cit., p. 1401).

No documento consta que os projetos de cuidados continuados orientados para as atividades de reabilitação psicossocial centram-se na pessoa, prezando a sua autonomia e integração na comunidade, tendo como efeito a diminuição da desigualdade e o combate ao estigma e discriminação (Op. Cit.)

O reconhecimento do modelo de organização da intervenção em saúde mental orientado para o *Recovery* é bastante evidente no PNSM, pois encontram-se elementos deste modelo de cuidados de saúde ao longo de todo o documento.

Após toda a informação exposta ao longo do sub-capítulo, elaborámos um diagrama que apresenta a convergência dos conceitos envolvidos no processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, nos pressupostos da ESMP e do Modelo Rogeriano (Figura 3).

Com a apresentação deste diagrama pretendemos realçar os conceitos que a ESMP, a reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* e o Modelo Terapêutico Rogeriano têm em comum. O empoderamento, a independência e autonomia, o alcance da funcionalidade máxima baseada no desenvolvimento de competências pessoais, que exigem a coparticipação e responsabilização do cliente, uma perspetiva holística, integrada e centrada na pessoa, assente numa prática baseada na evidência científica que tem a finalidade de manter, melhorar e recuperar a saúde das pessoas com transtorno mental.

**Figura 3**

*Diagrama dos conceitos que integram o processo de reabilitação psicossocial orientada para o Recovery, e os pressupostos da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e do Modelo Rogeriano*



#### **2.1.4 – A esperança**

Embora o tema principal do nosso Relatório se centre no conceito da esperança, o subcapítulo que lhe é dirigido só surge após a reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*. Esta articulação justifica-se pelo facto do conceito esperança evidenciar-se durante a exposição efetuada no subcapítulo anterior, proporcionando uma lógica conceptual.

##### ***Evolução do conceito “Esperança”***

Historicamente, o conceito da esperança modifica-se conforme a visão prevalente da relação entre a ação humana e o futuro. Quando a condição humana é vista primordialmente como imutável, a esperança surge essencialmente como resultado da incerteza epistémica e como tendo efeito ambivalente sobre a felicidade humana. Em contextos filosóficos e transcendentais onde se enfatiza a possibilidade de uma vida para além da morte ou a ideia de progresso humano, a esperança é considerada como uma atitude apropriada e até virtuosa que permite aos humanos direcionar a sua autoeficácia para essas possibilidades (Miceli & Castelfranchi, 2010).

De acordo com a versão de Hesíodo da história da caixa de Pandora, a esperança foi guardada conjuntamente com os outros males, o que remete para uma interpretação de que o conceito era considerado nocivo para as pessoas. Interpretação essa corroborada por Chanoca (2019) num artigo sobre a criação de Pandora nos poemas de Hesíodo, uma vez que a personagem completa o processo de morte da felicidade humana ao mesmo tempo em que coloca a sedutora ilusão da esperança sobre os homens. Platão também tem uma representação negativa da esperança relacionando-a com a ingenuidade (Platão, 2009).

Contrariamente à perspectiva dos gregos antigos, o pensamento teológico judaico-cristão eleva a esperança à categoria de virtude. A esperança é integrada na promessa divina de existência de um futuro melhor. Já Tomás de Aquino, considera que o próprio Deus é o principal objeto de esperança. Aborda a esperança como uma paixão humana e salienta a incerteza como uma das suas características (Aquinas, 1981). Na visão cristã a esperança é integrada na promoção do bem-estar da humanidade por Deus, o que legitimou a aceitação da hierarquia e desigualdades da Igreja (Nesse, 1999).

O Iluminismo que enaltece o racionalismo e defende uma perspectiva que diferencia o natural e universal do historicamente determinado, desafia a autoridade da Igreja cristã e a sua ênfase na esperança (Dutney, 2005). A ideia de progresso através da ciência e da razão, pelo facto de procurar certezas, substitui as promessas divinas sendo o conceito de esperança desvalorizado, pois está associado à incerteza (Miceli & Castelfranchi, 2010).

Após a revolução industrial verifica-se um interesse renovado pelo conceito de esperança. A versão que surge do conceito integra agora outras perspectivas para além da teológica. De acordo com John S. Mill (2009) ter esperança é legítima e filosoficamente defensável, no sentido em que relativamente ao governo do universo e ao destino do homem após a morte, o que podemos ter é esperança. Reconhece que o efeito da esperança é mais do que trivial, pois torna a vida e natureza humana algo maior do que o sentimento, acrescentando força e solenidade a todos os sentimentos que emergem transversalmente aos seres humanos. O autor acrescenta uma perspectiva da esperança que incorpora uma atitude psicológica positiva e compatível com a razão, realçando a sua faculdade para manter as energias ativas em boas condições de funcionamento.

Na primeira metade do século XX, o construto de esperança seculariza-se, sendo Ernest Bloch um defensor da esperança enquanto recurso individual e social dotada de um poder inovador em todos os domínios. Bloch acrescenta a expressão do “Real-Possível” como força motriz dos seres humanos no sentido de este ser atingido (Bloch, 1986).

É por esta altura que a esperança é foco de atenção da pesquisa psicossocial e médica. Em 1959, Karl Menninger, psiquiatra, enfatiza o papel indispensável da esperança no processo de *Recovery* (Menninger, 1959).

Em 1961, Jerome Frank reconhece a esperança como um elemento crucial em diversos tratamentos psicoterapêuticos dirigidos à autoestima, como elemento que provoca reações na pessoa e fortalece os laços com o grupo de apoio (Spielman, 2009).

Em 1969, Stotland apresenta uma integração inaugural dos fatores psicológicos, sociais e clínicos na sua perspectiva de esperança. O autor considera relevante a função sinérgica da probabilidade percebida com a importância de atingir objetivos específicos.

Na década de 1970, começa-se a conceber a esperança como um construto quantificável e correlacionado com outras variáveis psicossociais (Gottschalk, 1974).

Os anos 80 são profícuos no desenvolvimento de escalas de avaliação da esperança. Em 1982, um grupo de psiquiatras no sentido de avaliarem efetivamente a variável esperança no processo de *Recovery* desenvolvem o “*Hope Index Scale*” (Obayuwana, et al., 1982). Pamela Hinds, uma enfermeira, em 1984 desenvolve a “*Hopefulness Scale for Adolescents*” no seguimento de uma *Grounded Theory* (Hinds, 1984). Mais tarde Judith Miller desenvolve um instrumento de avaliação da esperança “*Miller Hope Scale*” aquando do seu doutoramento em Enfermagem (Miller, 1986). Em 1985, Dufault & Martocchio, também enfermeiras, elaboram um estudo na população idosa com cancro e desenvolvem um modelo teórico que apresenta as múltiplas dimensões e esferas do conceito de esperança.

Na década de 1990, no campo da Psicologia realça-se o trabalho de Snyder, tendo o autor desenvolvido uma teoria intitulada “*Psicologia da Esperança*” (Snyder, 1994). Na sua teoria o autor apresenta as qualidades da personalidade do indivíduo altamente esperançoso.

Nos anos 2000, os políticos utilizaram a esperança como conceito mobilizador do eleitorado. O exemplo mais flagrante da utilização da esperança encontra-se nos discursos do antigo Presidente dos Estados Unidos, Barack Obama. Nos seus discursos, o político apela à esperança incutindo a crença de que é possível um futuro melhor e que a esperança é essencial para atingir os resultados pretendidos (Obama, 2008).

Segundo os autores mencionados no artigo sobre a esperança e o seu poder de desejo e possibilidades da autoria de Miceli & Castelfranchi (2010), pouco mudou desde os anos 90 até cerca de 2010. De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada por nós para a redação deste Relatório, constatámos que a produção de pesquisa primária sobre a esperança tem sido pobre nos últimos dez anos.

### ***Definição do conceito “Esperança”***

Segundo um dicionário de língua portuguesa, a esperança, do latim *sperantia*, é considerada como um sentimento de crença e otimismo, que gera confiança de que determinada situação irá ter um



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery desenlace favorável (Porto Editora, 2021). Podemos considerá-la um sentimento positivo, associado a uma crença que considera a possibilidade de ocorrerem resultados benéficos e convenientes na dimensão pessoal, assente numa convicção sólida, mesmo quando as probabilidades indicam o contrário.

Bloeser & Stahl (2017) referem que o conceito de esperança apresenta alguns desafios para as teorias da mente e do valor, pois além de elementos cognitivos, ela integra elementos que reagem a factos sobre as possibilidades e probabilidades de eventos futuros. Assume-se a existência de um componente conativo, uma vez que, por ser mais do que meras expectativas, a esperança reflete e baseia-se nos nossos desejos influenciando o comportamento da pessoa.

Os conceitos de esperança diferem conforme a perspetiva e a fundamentação teórica e conceptual que a sustenta. Sendo assim, apresentaremos vários conceitos de esperança conforme estes são baseados nas emoções, na cognição, na conjugação emoções-cognição e multidimensionais.

#### *Conceitos de esperança baseados nas emoções*

Um dos conceitos da segunda metade do século XX foi proposto por Lynch em 1965. O autor define a esperança como uma emoção e conhecimento fundamental que sustenta a crença de que existe uma forma de sair de uma situação difícil, que existem soluções e que enquanto seres humanos conseguimos gerir a nossa realidade interna e externa (Lynch, 1965).

Lazarus, em 1999, numa linha semelhante refere que a esperança significa acreditar que algo positivo, que não se aplica ao momento presente, se irá realizar (Lazarus, 1999).

Estes conceitos têm em comum o facto de se considerar o ponto de partida para a emoção, a existência de condições de vida difíceis. Lazarus apresenta duas razões para considerar a esperança uma emoção, que são: considerar que a esperança irrompe de um desejo forte de se estar numa situação melhor do que a presente; e, que cresce a partir da impressão de que isso é possível, seja derivado dos seus próprios meios ou proveniente de forças externas (Op. Cit.). Uma crítica às teorias de base emocional é que excluem as situações em que já existe uma situação satisfatória (Snyder, 2002).

Em 1984, Hinds indica que a esperança significa até que ponto um indivíduo antecipa um futuro pessoal (Hinds, 1984).

Já Rustøen, em 1995, defende a esperança como um sentimento de possibilidade, como uma disposição interna e um recurso de *coping* efetivo (Rustøen, 1995).

A conceptualização da esperança alicerçada nas emoções foi criticada por Hammelstein & Roth em 2002, com o argumento de que torna o conceito difícil de medir (Hammelstein & Roth, 2002).

#### Conceitos de esperança de abordagem cognitiva

Um dos autores que pertence a esta categoria é Ezra Stotland. Na sua teoria de psicologia da esperança, Stotland fundamenta o conceito na expectativa de atingir objetivos (Stotland, 1969). O autor defende que o grau de probabilidade de atingir os objetivos é proporcional ao grau de esperança percebida. Hammelstein (2002) critica esta concepção no sentido em que depende apenas dos fatores internos sobre os quais o indivíduo tem controlo.

Outro autor que descreve a esperança como um conceito de base cognitiva é Breznitz (Breznitz, 1986). Breznitz defende que a esperança se situa no polo oposto a desamparo, e que a esperança emerge após ter existido um sentimento de desamparo. Este conceito converge com os conceitos de base emocional de Lynch e Lazarus no sentido em que determina que o surgimento da esperança deriva de uma condição indesejável.

#### Conceitos de esperança de base emocional e cognitiva

Alguns autores defendem que a esperança integra tanto fatores emocionais como cognitivos.

Staats (1987) é uma autora que equaciona a componente cognitiva da esperança como a expectativa de um acontecimento futuro com possibilidade de ocorrer, e a componente afetiva como os resultados dos acontecimentos que são desejados como prazerosos ou bons.

Snyder e colegas formularam um conceito de esperança que combina cognição e emoção. Na sua teoria acerca da psicologia da esperança, compreende dois elementos inter-relacionados, a “agency”, definida como a determinação orientada para o objetivo, e os “caminhos”, que correspondem ao planeamento efetuado para atingir os objetivos. Agency e caminhos são conceptualizados como conceitos recíprocos, cumulativos e positivamente relacionados, mas não sinónimos. Os objetivos foram integrados como sendo um terceiro elemento, considerado o componente cognitivo que ancora a esperança e proporciona o alvo da ação mental (Snyder, 2002). Segundo os autores, a esperança constitui essencialmente uma forma de pensar, sendo o papel dos sentimentos contributivo, ou seja, a perceção que o indivíduo tem de que hipoteticamente consegue alcançar um objetivo, influencia as emoções subsequentes.

#### Conceitos de esperança multidimensionais

A disciplina de Enfermagem contribuiu para o desenvolvimento de perspetivas multidimensionais da esperança, resultantes do consenso de que os enfermeiros têm a responsabilidade de compreender, manter e inculcar a esperança durante a sua prática clínica. Variada pesquisa foi efetuada em várias populações, desde pessoas com doença grave e em fase terminal a pessoas portadoras de doença mental. As teorias mais relevantes que emergiram destas pesquisas foram as desenvolvidas por Dulfault & Martocchio em 1985, Miller em 1986 e por Herth em 1991 (Dulfault & Martocchio, 1985; Herth, 1991; Miller, 1986). As teorias multidimensionais, além dos componentes emocionais e cognitivos já identificados pelos outros autores, acrescentam elementos como, as características pessoais do indivíduo e os variados fatores que dificultam ou sustentam a esperança.

#### Definição consensual de esperança

Considerando as várias abordagens ao fenómeno esperança, pensamos que a formulação apresentada por Bloeser & Stahl (2017) é a que reúne maior consenso. Os autores concebem a esperança como uma atitude composta, constituída por um desejo de um resultado e uma crença na possibilidade de concretização desse resultado. No entanto, nem todos os resultados que se creem

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery possíveis e que são desejados são focos de esperança. A existência da esperança requer envolvimento afetivo com o resultado esperado de uma forma única.

Concordamos com Querido (2013) quando afirma que “se por um lado a esperança é uma força que se dirige ao futuro e simultaneamente um impulso interior que nos leva a agir, por outro, é a esperança que nos dá a coragem e orienta o nosso agir.” (p. 43).

### Esferas, elementos e dimensões da Esperança

Com base nas diversas conceptualizações de esperança, percebemos que o conceito integra em si esferas, elementos e dimensões que estão ainda por clarificar.

Dufault & Martocchio (1985) elaboraram um estudo longitudinal, de metodologia qualitativa na população com doença oncológica, que teve como finalidade descrever as esferas e dimensões da esperança. Dos resultados emergiram duas esferas e seis dimensões.

As esferas identificadas foram a esperança generalizada e a esperança particular.

A esfera generalizada caracteriza-se por ser um sentimento de escopo alargado, relacionado com um futuro benéfico, mas com desenvolvimento incerto. Não se encontra ligado a algo concreto, nem a um objeto abstrato de esperança. Esta esfera tem um efeito protetor na circunstancia em que a pessoa se encontra privada de esperança particular, preservando ou recuperando o sentido da vida, nas dimensões temporais passado, presente e futuro (Dufault & Martocchio, 1985).

A esfera particular refere-se à existência de um objeto de esperança que se traduz num resultado benéfico, ou estado de bem-estar. Esta esfera clarifica, prioriza e reitera aquilo que a pessoa considera como mais significativo na vida. Incentiva o desenvolvimento do *coping* eficaz relativamente aos entraves identificados, considerando alternativas viáveis que levem ao resultado almejado. Providencia também, um ponto de referência relativamente ao progresso efetuado em direção a esse resultado (Op. Cit.).

Aquando da elaboração da *Miller Hope Scale*, Judith Miller (1986) identificou na sua pesquisa bibliográfica onze elementos críticos da esperança, são eles:

- Mutualidade e afiliação: refere-se ao relacionamento interpessoal que se caracteriza por cuidar, compartilhar e por um sentimento de pertença.

- Senso do possível: significa que são evitados os efeitos desesperadores relacionados com acontecimentos ou aspetos da vida que não podem ser controlados pelo indivíduo.

- Evitar a absolutização: refere-se a não impor condições rígidas de tudo ou nada num aspecto da vida ou situação esperada.

- Antecipação: é uma perspetiva futura que é boa, a expectativa de um resultado positivo juntamente com aceitação da necessidade de espera e de confiança.

- Alcançar objetivos: é um componente de esperança.

- Bem-estar psicológico e *coping*: são elementos necessários à esperança, pois o bem-estar psicológico possibilita que o indivíduo tenha a energia psíquica necessária para a manter.

- Propósito e sentido de vida: são elementos reconhecidos como importantes.

- Liberdade: é o inverso da sensação de aprisionamento que acompanha desespero.

- Vigilância da realidade: é uma atividade cognitiva em que o indivíduo procura sinais que confirmem que manter a esperança é factual.

- Otimismo: é um pré-requisito para a esperança.

- Ativação mental e física: é uma energia que combate a inércia do desespero e encontra-se na esperança.

Após a identificação por Miller dos elementos críticos da esperança, foram mais tarde identificadas as suas dimensões por outros autores.

Em 2008, Schrank et al. e em 2011, Schrank, et al. efetuaram revisões sistemáticas abrangentes de publicações sobre a conceptualização e avaliação da esperança, bem como sobre a sua utilização como uma variável preditiva de resultados favoráveis na população de pessoas com transtorno mental. Nestes estudos identificaram as seguintes dimensões da esperança:

- Tempo: tanto as experiências de esperança no passado como a orientação para o futuro são importantes.

- Objetivos latos e específicos.

- *Locus* de controlo: interno e externo.

- Relações interpessoais com a espiritualidade, um sentido de propósito na vida.

- Características pessoais: como força interior, motivação e energia para perseguir objetivos pessoais.

- Referência à realidade: no sentido em que os resultados ou objetivos pretendidos são percebidos como possivelmente alcançados.

- Ponto de partida: a esperança tanto pode surgir a partir de um ponto de partida positivo como negativo.

As dimensões da esperança apuradas nas revisões acima referidas, cruzam com as dimensões descritas por Dufault & Martocchio (1985), o que varia é a forma como estão organizadas. Segundo o estudo destas autoras, existem as dimensões: afetiva (diz respeito às emoções que estão envolvidas no processo de esperança e na atração para o resultado pretendido), cognitiva (refere-se ao processo pelo qual os indivíduos desejam, imaginam, sonham, percebem, pensam, lembram, interpretam e julgam a sua relação com a esperança), comportamental (aborda a orientação da ação da pessoa esperada em relação ao objetivo), afiliativa (inclui elementos de interação social, mutualidade, conexão, intimidade e transcendência), temporal (foca-se nas experiências de tempo do indivíduo, ou seja, a esperança é orientada para o futuro, mas o tempo presente e passado também estão envolvidos no processo) e contextual (refere-se às situações de vida em que a esperança é ativada).

Elaborámos uma figura representativa das esferas e dimensões da esperança que pretende demonstrar a relação de hierarquia dos elementos, bem como a relação entre as dimensões identificadas pelos vários autores (Figura 4). No sentido de proporcionar uma melhor compreensão da figura elaborada, passamos a explicar:

A esfera generalizada é como que uma sombrinha que alberga a esfera particular e dá à pessoa esperançosa uma perspetiva otimista da vida.

A esfera particular tange um objeto de esperança que se crê ser possível alcançar, ou que as circunstâncias presentes podem melhorar num sentido definido.

À dimensão objetivos (Schrack et al., 2008; Schrank et al., 2011) associámos as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental (Dufault & Martocchio, 1985) no sentido em que a pessoa sente uma atração pelo objetivo ou resultado esperado, identifica o objetivo da esperança, efetua uma avaliação das condições que podem afetar a sua consecução, e desenvolve ações em direção à sua resolução.

A dimensão *locus* de controlo (Schrank et al., 2008; Schrank et al., 2011) integra as dimensões afetiva, cognitiva, comportamental e contextual (Dufault & Martocchio, 1985), uma vez que *locus* de controlo é de âmbito interno e externo.

A dimensão relações interpessoais (Schrank et al., 2008; Schrank et al., 2011) relaciona-se com a dimensão afiliativa (Dufault & Martocchio, 1985), pois ambas concernem ao sentido de relação ou envolvimento da pessoa para além do *Self* com o objeto de esperança. A dimensão de relação/afiliação caracteriza-se pela relação com outras pessoas, com a vida e com a morte e também com a espiritualidade.

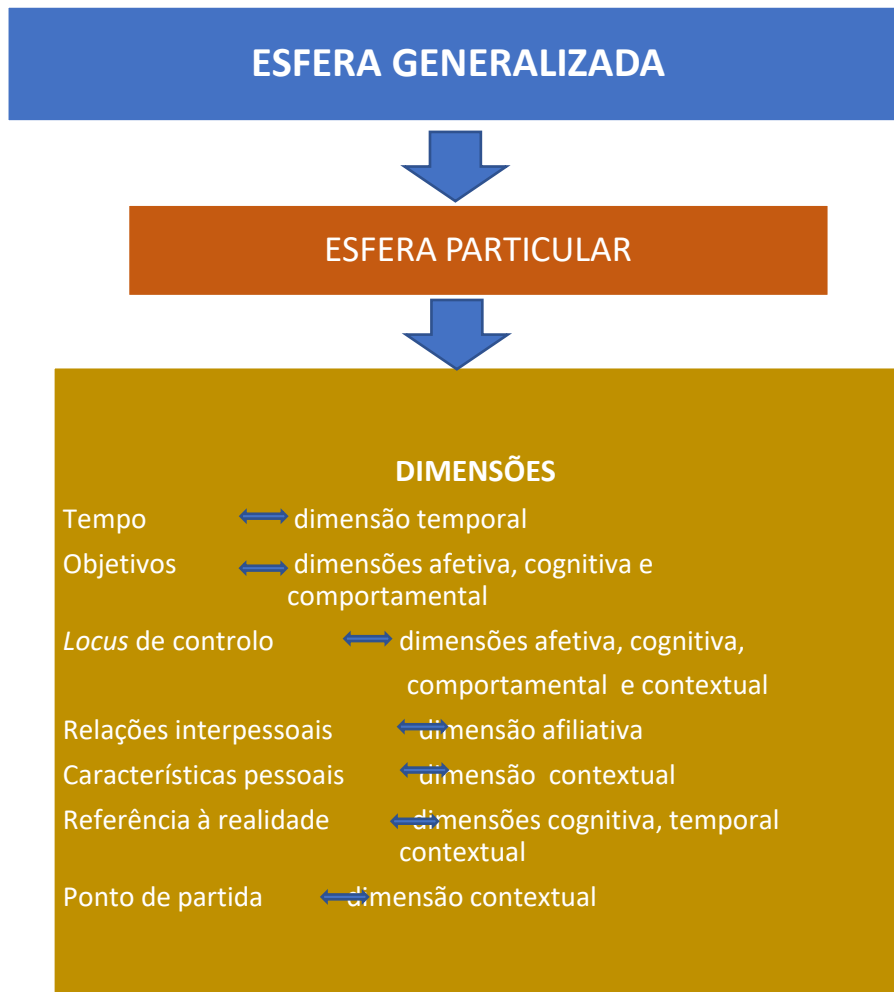
A dimensão características pessoais (Schrank et al., 2008; Schrank et al., 2011) cruza com a dimensão contextual (Dufault & Martocchio, 1985), pois esta abrange o bem-estar físico e mental, as capacidades e nível de independência, a segurança financeira, o contexto familiar e as posses materiais.

A dimensão referência à realidade (Schrank et al., 2008; Schrank et al., 2011) remete para as dimensões cognitiva, temporal e contextual (Dufault & Martocchio, 1985), no sentido em que diz respeito aos resultados desejados e à sua perceção de serem possíveis nas condições de vida existentes.

A dimensão ponto de partida (Schrank et al., 2008; Schrank et al., 2011) diz respeito à dimensão contextual (Dufault & Martocchio, 1985), uma vez que é esta última que condiciona o ponto de partida de ativação da esperança.

**Figura 4**

*Figura representativa das esferas e dimensões da esperança*



Fonte: Dufault & Martocchio (1985); Schrank et al., (2008); Schrank et al., (2011)

Outra perspetiva complementar é obtida a partir de uma revisão integrativa da literatura efetuada por Doe (2020). A autora baseia a sua revisão nos estudos qualitativos efetuados por Rosemarie Parse dirigidos à esperança enquanto foco de enfermagem. Os resultados indicam que a esperança se oculta em sombras veladas de obscuridade (relacionado com o facto de existirem variadas formulações do conceito), que a esperança fortalece os sonhos, que a esperança *versus* desesperança realça os laços das relações interpessoais, e que a esperança expande o horizonte de possibilidades.

Também Jean Watson deu atenção à esperança e incluiu a sua instilação como sendo um fator de cuidado. A autora relaciona a instilação de esperança com o sistema de crenças da pessoa, o seu interior subjetivo e o seu significado da vida. Refere que todas as pessoas necessitam de esperança



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery para conseguir ultrapassar as vicissitudes da vida e dar-lhe sentido. Na prática da enfermagem, a presença de um profissional cuidador pode “permitir, sustentar, e honrar o sistema de crenças do outro e ser fonte de esperança<sup>4</sup>.” (Watson, 2008).

Katie Eriksson é outra teórica de Enfermagem que reconhece a esperança como elemento fulcral nos cuidados de enfermagem. A autora alega que o ser humano tem necessidade de uma comunicação em que possa partilhar amor, experienciar fé e esperança e reconhecer a sua existência como significativa. Os cuidados de enfermagem dirigem-se ao alívio do sofrimento, na caridade, no amor, na fé e na esperança (Lindström, et al., 2011).

Mais recentemente, Manuel Lopes (2005), na sua pesquisa sobre a relação enfermeiro-utente efetuada na população com doença oncológica, assume a promoção da esperança e perseverança como intervenções terapêuticas de enfermagem fundamentais na gestão de sentimentos durante o corpo da relação.

Sendo a esperança um conceito multidimensional, é observado em várias esferas e constituído por diversos elemento e dimensões. Vários são os autores que estudaram o fenómeno realçando o seu carácter transcendente e como componente indissociável dos cuidados de enfermagem.

### ***Esperança no Recovery***

A esperança é um conceito integrante do construto de *Recovery* em si mesmo. A perspetiva de *Recovery* é otimista e incentiva a adoção de uma atitude esperançosa, mesmo em circunstâncias aparentemente difíceis (Cleary et al., 2017).

Segundo Davidson (2011), a esperança pode ser sustentada por outra pessoa que não a pessoa desesperançada, sendo este um ponto de partida crucial para o seu processo de *Recovery*. Outro fator fundamental diz respeito ao apoio dos pares. Pessoas portadoras de transtorno mental descrevem

---

<sup>4</sup> “enabling, sustaining, and honoring the other’s belief system and source of hope”. Tradução livre. Watson, J. (2008). *Nursing, The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado.

sentimentos de surpresa, poder e inspiração quando conhecem e têm contacto com outras que passaram pela mesma experiência que eles, sendo estes últimos referência de um modelo positivo. A esperança derivada destes contactos, é por vezes o primeiro passo em direção ao *Recovery*.

O acolhimento da esperança durante o processo de *Recovery* pelo cliente necessita que os enfermeiros promovam a resiliência e a coragem, pois a vida das pessoas com transtorno mental de longa duração e/ou incapacidade por doença mental é constituída em larga medida por emoções de tristeza, raiva, frustração e arrependimento (Cleary et al., 2017). Estas pessoas podem ativar a esperança a partir de experiências prazerosas. Frequentemente já perderam toda a expectativa de voltar a sentir prazer na realização de atividades, pelo que voltar a senti-lo pode desencadear o sentimento de esperança (Davidson, 2011).

Cleary et al., (2017) propõem que o alicerce da esperança nas pessoas em processo de *Recovery*, é agir como se os sonhos da pessoa se fossem realizar, e depois efetuar as mudanças necessárias no sentido de ajustar os objetivos e responder de forma pragmática por forma a melhorar a vida das pessoas/clientes e daqueles que lhes são significativos.

Os clientes necessitam de sentir esperança para seguirem em frente e podem requerer orientação dos enfermeiros, não só para reconhecer essa necessidade, como para abraçar a esperança como um elemento essencial ao seu processo de *Recovery*. Pelo que, promover a esperança enquanto se orienta o cliente para expectativas realistas e se atualiza o plano terapêutico, é fundamental para a consecução do *Recovery* (Cleary et al., 2016).

Barker & Buchanan-Barker (2009) defendem que os EESMP devem nutrir o sentimento de esperança nas pessoas em processo de *Recovery*, no sentido de as ajudar a imaginar uma vida para além dos cuidados de saúde e ajudá-las a desenvolver ações concretas em direção a essa finalidade.

### **2.1.5 - Teoria das Relações Interpessoais de Hildegrad Peplau**

A disciplina de Enfermagem foca-se fundamentalmente nos conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, constituindo estes o seu metaparadigma (Alligood, 2014). A prática clínica de enfermagem, bem como a investigação e ensino, baseiam-se em esquemas de referência que são constituídos pelas filosofias, modelos e teorias de cuidados. Este corpo de referencial teórico

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery contribuiu de forma positiva para o crescimento e autonomia da Enfermagem como disciplina científica, pois desta forma consegue justificar a prática clínica, sendo que representa a realidade e orienta o seu percurso (Alligood & Tomey, 2011; OE, 2021).

A prática baseada na evidência aliada às filosofias, modelos e teorias alicerçam a *praxis* do enfermeiro enquanto profissional (Barros & Bispo, 2017).

A transposição do postulado nos modelos teóricos para a prática efetua-se pela utilização do processo de enfermagem, o qual é constituído pela avaliação inicial, diagnóstico, definição do resultado esperado, planeamento de intervenções, implementação das intervenções e avaliação dos cuidados prestados. O processo de enfermagem é um método científico dinâmico que reflete uma atuação explícita e fundamentada, pois possibilita o registo compreensível e sistematizado de todo o processo científico basilar da prática, através do uso de taxonomias próprias e adequadas que espelham o pensamento científico inerente à prática (Op. Cit.).

Direcionando para a fundamentação da prática em ESMP, no sentido da promoção da esperança em pessoas que se encontram em contexto de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, invocamos a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Hildegard Peplau.

A promoção da esperança desenvolve-se no contexto de uma relação interpessoal entre os enfermeiros e a pessoa com necessidade deste sentimento, pelo que a invocação da Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Peplau é fulcral para a sua fundamentação. A corroborar a nossa assunção contamos com Cutcliffe e Koehn (2007), que referem que uma vez que a inspiração de esperança acontece no âmbito da relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, a teoria desenvolvida por Peplau é congruente e sincronizada com a abordagem do EESMP.

Hildegard Peplau foi considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica devido ao desenvolvimento que o seu trabalho teórico e clínico proporcionou à enfermagem psiquiátrica como especialidade diferenciada. A autora teve um espectro de influência alargada na enfermagem exercendo os papéis de especialista em enfermagem psiquiátrica, educadora, autora, líder e teórica de Enfermagem (Pokorny, 2011). Em 1952, publicou a sua Teoria das Relações Interpessoais, onde apresenta a relação enfermeiro-doente<sup>5</sup> como elemento central para a prática de enfermagem. Aliás, de acordo com a

---

<sup>5</sup> Utilizamos o termo “doente” por se aproximar mais à tradução original e à linguagem utilizada na época da elaboração da Teoria das Relações Interpessoais. Manteremos o termo durante a exposição neste subcapítulo

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery  
autora, os cuidados de enfermagem só acontecem se houver uma relação entre os dois elementos (Peden et al, 2010).

O seu trabalho foi influenciado por Erick Fromm, Freud, Maslow, pela Teoria das Relações Interpessoais de Sullivan e pelo modelo psicanalítico contemporâneo ao qual recorreu para desenvolver a sua Teoria das Relações Interpessoais como sendo de base psicodinâmica (Alligood, 2011; Haber, 2000).

Sendo a Teoria das Relações Interpessoais uma teoria psicodinâmica, considera as experiências interpessoais como situações de aprendizagem para os enfermeiros que possibilitam o crescimento e desenvolvimento da sua personalidade (Townsend, 2011). A enfermagem psicodinâmica significa, entender o próprio comportamento para ajudar os outros a reconhecer dificuldades sentidas, e a utilizar os princípios das relações humanas nos problemas que surgem em todos os níveis de vivência (Peplau, 1991). Esta aprendizagem tem uma relevância especial para os EESMP, pois estes devem utilizar o seu ser como instrumento terapêutico, pelo que o desenvolvimento pessoal é fundamental para esse desígnio (OE, 2018).

A evolução protagonizada pelo doente no sentido de resolver os seus problemas é observada pela interação entre ele e o enfermeiro. Esta evolução assenta no esforço conjunto de identificação dos problemas presentes, da sua compreensão e dos padrões envolvidos, bem como da apreciação e aplicação de soluções que se traduzam em resultados positivos para o doente. Segundo a autora, a finalidade do trabalho dos enfermeiros é promover modificações positivas nos doentes (Peplau, 1991).

Peplau (1991) conceptualiza a Enfermagem como “um processo interpessoal significativo, terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades. (...) A Enfermagem é um instrumento educativo, uma força de amadurecimento, que visa promover o avanço da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.”<sup>6</sup> (p. 16).

---

por uma questão de coerência. Defendemos o termo cliente como mais apropriado e utilizá-lo-emos ao longo do Relatório.

<sup>6</sup> “Nursing is a significant, therapeutic, interpersonal process. It functions co-operatively with other human processes that make health possible for individuals in communities. (...) Nursing is an educative instrument, a maturing force, that aims to promote forward movement of personality in the direction of creative, constructive, productive) personal, and community living.”. Tradução livre. Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Company.

A relação enfermeiro-doente é sempre singular no que se refere ao processo e ao resultado obtido. Esta é condicionada pelo estilo do enfermeiro, pelo conhecimento teórico que detém, bem como pelas competências intelectuais e interpessoais que utiliza. É considerada o contexto principal em que os enfermeiros ajudam os doentes no trabalho que devem efetuar para recuperar a saúde e o bem-estar (Peplau, 1997).

Peplau (1992) defende que os enfermeiros devem aproveitar a força de mudança e a necessidade de adaptação, que ser portador de uma doença requer, para promover a aprendizagem, crescimento e o desenvolvimento de competências de vida.

A autora valoriza o conhecimento, defendendo que o enfermeiro psiquiátrico deve deter um conhecimento amplo sobre os problemas potenciais que podem surgir durante a interação enfermeiro-doente (Peden et al, 2010). Peplau argumenta que os enfermeiros devem conhecer e serem capazes de mobilizar e aplicar o conhecimento relevante que se verifique necessário durante a interação enfermeiro-doente (Peplau, 1992).

Os construtos integrados na Teoria das Relações Interpessoais constituem um corpo de conhecimento importante para a sua compreensão (Op. Cit.).

Um dos construtos da teoria são os componentes da relação enfermeiro-doente, que são: dois indivíduos (enfermeiro-cliente), experiência profissional e a necessidade do doente (Peplau, 1992).

Outro construto refere-se aos papéis desempenhados pelos enfermeiros, a saber: de *pessoa de recurso*, de *conselheiro*, de *professor*, de *líder*, de *perito técnico* e de *substituto*. *Pessoa de recurso* no sentido em que fornece a informação específica e necessária que ajuda a pessoa a compreender os seus problemas e a sua situação. *Conselheiro* quando ouve a pessoa a expressar os sentimentos relacionados com as arduidades pelas quais está a passar; quando utiliza técnicas interpessoais para auxiliar a interação do enfermeiro no processo de ajudar a pessoa a resolver os seus problemas e a tomar decisões em relação às suas dificuldades. *Professor* na ocasião em que deteta necessidades de aprendizagem e fornece informação ao doente e família, no sentido de colaborar na melhoria das condições de vida destes. *Líder* no sentido em que conduz a interação enfermeiro-doente e certifica-se de que são tomadas as ações adequadas para propiciar o alcance dos objetivos estipulados. *Perito técnico* por saber operar os equipamentos e deter as capacidades clínicas necessárias para realizar

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery intervenções que são do melhor interesse do cliente. *Substituto* quando substitui outra figura (Peplau, 1992; Peden *et al*, 2010; Townsend, 2011).

Peplau reconhecendo que a relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente tem um princípio, um desenvolvimento e um fim. Identificou quatro fases na relação, que são: a *fase de orientação*, a *fase de identificação*, a *fase de exploração*, e a *fase de resolução*. A *fase de orientação* é a fase em que o enfermeiro, o doente e a família cooperam para reconhecer e definir o problema existente. A *fase de identificação* é a fase em que foi clarificada a impressão inicial do doente, e este responde a quem lhe proporciona a ajuda de que necessita. A *fase de exploração* é a fase no decorrer da qual o doente aproveita o máximo dos serviços que lhe são disponibilizados. A *fase de resolução* é a fase em que se verifica uma libertação do doente relativamente às pessoas que o ajudaram e reúne a sua força para exercer a sua independência. Esta fase resulta diretamente da conclusão completa das fases predecessoras (Peplau, 1992; Peden *et al*, 2010; Townsend, 2011).

Querido (2020) é outra autora que reconhece a adequação da Teoria das Relações Interpessoais como referência teórica que fundamenta as intervenções promotoras de esperança. A autora revela um enquadramento das intervenções promotoras de esperança e as suas atividades terapêuticas nas várias fases da relação interpessoal, e nos papéis desempenhados pelos enfermeiros propostos por Peplau. Assim, na etapa de orientação, enquanto pessoa estranha para o cliente, a esperança pode ser usada de forma subtil, mas intencional. Nesta fase, o foco será identificar a esperança no discurso do cliente e a aplicação de instrumentos adequados. As fases de identificação e exploração são favoráveis à identificação de atributos pessoais de esperança, através de realização de atividades terapêuticas. Nestas fases o enfermeiro pode promover a esperança enquanto pessoa de recurso e conselheiro. No papel de conselheiro promotor de esperança pode usar as intervenções: “identificar e apoiar as potencialidades e as forças; ensino de estratégias de reenquadramento cognitivo; e reforço da autoeficácia e das capacidades do próprio utente.” (p. 245). Na fase de resolução, a promoção da esperança pode ser sustentada pela utilização de cartas terapêuticas de reforço, sintetizando o trabalho efetuado nesse sentido no decorrer da relação terapêutica.

Para uma melhor compreensão da informação exposta, elaborámos uma figura que representa o processo que integra as fases da relação, os papéis desempenhados pelos enfermeiros e as intervenções de enfermagem promotoras de esperança (Figura 5).

### **Figura 5**

*Teoria das Relações Interpessoais e Intervenções de Promoção da Esperança: Processo das fases da relação, os papéis desempenhados e as intervenções de enfermagem*



Fonte: Querido (2020)

Uma particularidade do exercício da prática clínica edificado em relações interpessoais é que os dados obtidos resultam de uma observação participativa. Portanto, estes incluem o comportamento do observador, o comportamento do observado e a interação ocorrida. É a partir destes dados “que são inferidas as relações, as conexões, ligações ou padrões<sup>7</sup>” (Peplau, 1992, p. 15).

Desta observação participativa emergem as várias dimensões das relações, que são:

- “1. A sua natureza (nomeadamente padrões ou temas e variações).
2. A sua origem (história).
3. A sua função (intenção, motivo, finalidade, objetivo e propósito).
4. O seu modo (forma, estilo).
5. As suas integrações (ligações com o comportamento de outras pessoas<sup>8</sup>) (Op. Cit., p. 15)

<sup>7</sup> “It is from this data that the relations, that is, the connections, linkage or patterning ratios are inferred.” Tradução livre. Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing science quarterly*, 5(1), pp. 13-18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>

<sup>8</sup> “1.Their nature (named patterns or themes and variations. 2. Their origin (history). 3. Their function (inten, motive, aim, goal or purpose). 4. Their mode (form, style). 5. Their integrations (linkages with other person’s behaviour). Tradução livre. Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing science quarterly*, 5(1), pp. 13-18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>

Operando dentro das dimensões das relações interpessoais, os enfermeiros fazem aquilo que é o seu trabalho, ou seja, ajudam os doentes a tomar consciência dos seus padrões de comportamento disfuncionais e orientam-nos no sentido do desenvolvimento e adoção de padrões de comportamento benéficos e promotores de crescimento (Op. Cit.).

A maior parte da aplicação do trabalho de Peplau foi efetuada inicialmente em pessoas com doença mental grave que se encontravam em hospitais psiquiátricos. Aquando do movimento da desinstitucionalização destas pessoas no sentido da sua integração na comunidade, os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica acompanharam essa deslocação. No entanto, não se verificou uma aplicação mais expressiva neste contexto de cuidados de saúde, constituindo uma insuficiência na pesquisa da disciplina de enfermagem (Peden et al., 2010).

O principal contributo da teoria desenvolvida por H. Peplau foi o de proporcionar uma estrutura com base na qual a relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente pode ser observada, compreendida e aplicada. Esta relação é intrínseca à natureza da Enfermagem, fundamentando a abordagem holística, na qual as vivências, expectativas, valores e crenças da pessoa devem ser reconhecidas (Almeida et al., 2005; Halter, 2017).

A Teoria das Relações Interpessoais, além de proporcionar um referencial teórico adequado para as intervenções de promoção da esperança pelo EESMP, por ser alicerçada na relação, possibilita que este identifique as particularidades da pessoa, as relações familiares e sociais que estabelece, o contexto em que vive, o ambiente que o envolve. Sendo uma teoria de base existencial-humanista e psicodinâmica preconiza o autoconhecimento, a responsabilização na procura de soluções adequadas e o crescimento pessoal, pressupostos necessários à reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

### ***2.1.6 - A esperança como foco de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na reabilitação psicossocial orientada para o Recovery***

Segundo Coutinho (2020), a função primordial do problema é a de focalizar a atenção do investigador para o fenómeno em análise, operando o papel de “guia orientador” na investigação. Sendo assim, podemos considerar que a formulação do problema é essencial pois “Organiza o programa, dando-lhe direção e coerência;” (Op. Cit., p. 49).



A esperança foi identificada por Querido (2020) como um foco de atenção relevante para a prática da ESMP desde a década de 60, do século XX. Em 1970, Vaillot defende que a esperança é essencial à vida e considera a sua promoção como uma intervenção específica da enfermagem (Cutcliffe, 2009).

Do ponto de vista da enfermagem, a esperança é considerada um elemento fundamental e integrante da prática na recuperação dos clientes, prática esta em que os enfermeiros desempenham um papel crucial na sua facilitação ou sustentação (Tutton et al., 2009).

Miller, em 2007, analisou e definiu a esperança como um construto central em enfermagem.

Em saúde mental, promover a esperança representa incidir nas potencialidades dos clientes, com enfoque no presente, mas planeando o futuro. Assenta na confiança, na capacidade de atingir metas realistas, de desenvolver estratégias de *coping* eficazes, de possibilitar o alcance e manutenção da sua capacidade funcional máxima e qualidade de vida (Herth & Cutcliffe, 2002; Querido, 2020).

A esperança constitui um fator preditivo de saúde mental, bem-estar psicológico e de satisfação com a vida. Vários autores consideram a esperança um predicado da motivação necessária para o início e sustentação das ações que visam atingir objetivos e relaciona-se com sentimentos como a felicidade, com características como a perseverança, com realizações pessoais e com saúde (Downling & Rickwood, 2016; Snyder & Peterson, 2000; Venning et al., 2011).

Cutcliffe e Herth (2002) coligiram uma literatura extensa que relacionava a ausência de esperança a condições psicopatológicas, como a depressão e o suicídio.

Em 2007, Kohen e Cutcliffe, efetuaram uma revisão sistemática da literatura que incidiu nas intervenções promotoras de esperança no contexto da relação interpessoal entre enfermeiros que trabalhavam em saúde mental e psiquiatria e os clientes portadores de patologias como depressão, esquizofrenia e da esfera suicidária. Na sua pesquisa os autores depararam-se com um corpo de literatura esparso e com lacunas, não permitindo o apuramento de intervenções intencionais e concretas.

Querido e Dixe (2016) e Wnuk (2017) registaram uma interferência positiva da esperança no conforto, qualidade de vida e na saúde mental em geral, bem como na redução da depressão, ideação suicida, na predisposição para dependência de substâncias psicoativas e da exaustão familiar.

Cutcliffe (1995) realizou um estudo que pretendia identificar como é que os EESMP inspiravam e incutiam esperança em pessoas em final de vida por infecção com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida. Utilizando metodologia de *Grounded Theory*, constatou a existência de quatro categorias de intervenção na inspiração de esperança, que são: reconhecimento de valor; a reflexão na ação; criação de parceria com o cliente, e; abordagem holística da pessoa. Os resultados obtidos indicam que a inspiração de esperança é um processo impercetível e discreto, intrincado no ato subtil de cuidar, sendo um processo que requer a presença de outro ser humano, que demonstra aceitação incondicional, tolerância e compreensão.

A importância dos enfermeiros num contexto de relação terapêutica demonstrarem esperança de uma forma genuína e sustentada foi apontada por Niebieszczanski et al (2016).

Em 2007, Culcliffe e Koehn, constataam que a promoção da esperança está alicerçada na relação interpessoal estabelecida entre os enfermeiros e a pessoa com necessidade de esperança, o que remete para a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Hilda Peplau. O ênfase de Peplau, em 1952, nas relações interpessoais, contribuiu para a aproximação dos enfermeiros e clientes, resultando numa maior participação destes últimos no seu processo de *Recovery* (Adams & Partee, 1998).

Os aspetos relacionais da esperança e a sua relação com o *Recovery* foram reconhecidos por Anthony, em 1993. O autor refere que a esperança surge na ocasião em que existe uma relação de confiança entre o cliente e o profissional, e um profissional que acredita em resultados melhores, mesmo quando os clientes não acreditam em si próprios. A natureza relacional da esperança determina o papel importante que este sentimento presente nos enfermeiros de saúde mental tem no processo de *Recovery* das pessoas portadoras de doença mental (Anthony, 1993).

Niebieszczanski et al. (2016) elaboraram uma *Grounded Theory* sobre as crenças dos enfermeiros de saúde mental acerca da esperança e na promoção deste sentimento em contexto de saúde mental forense. As autoras identificam a importância dos enfermeiros de saúde mental utilizarem a sua personalidade como instrumento promotor de esperança no processo de reabilitação psicossocial orientado para o *Recovery*.

A esperança sensata e realista pode ser um agente terapêutico potente para as pessoas portadoras de doença mental e familiares. Revela-se especialmente importante durante o processo de *Recovery* das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (Hayes et al, 2017; Jones, 2007).

Kaewprom et al., (2011) realizaram um estudo qualitativo, que explorou a perspectiva de 24 enfermeiras tailandesas acerca do processo de *Recovery* em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia que viviam em contexto de internamento hospitalar e na comunidade. No estudo reconhece-se que a aceitação da doença, a esperança e a adesão ao regime terapêutico influenciam positivamente o *Recovery*.

Relativamente ao *Recovery* da pessoa com humor depressivo, Querido (2015), demonstra a efetividade da promoção da esperança como intervenção de enfermagem autónoma e especializada em saúde mental e psiquiátrica.

Cutcliffe (2009) numa revisão sistemática da literatura reconhece que embora os documentos de políticas de saúde mental tenham realçado a importância de inspirar esperança nas pessoas no caminho do *Recovery*, a prática, educação e pesquisa em ESMP ainda não refletem essa intervenção como sendo fundamental. Nesse artigo o autor chama a atenção para a necessidade de dar resposta a essa lacuna. Realça também a necessidade dos EESMP terem eles próprios a sua esperança e que é função da academia encontrar formas de manter, nutrir e incuti-la nesses profissionais.

Numa revisão da literatura sobre o *Recovery* em pessoas portadoras de esquizofrenia, Kelly e Gamble (2005), observaram que a esperança é considerada uma componente essencial no êxito do processo. Os autores registaram que um aspeto importante para que as pessoas se sintam esperançosas durante o processo de *Recovery* é o facto de estarem inseridas num ambiente que seja promotor da aprendizagem pela experiência.

Bonney e Stickley (2008) efetuaram uma revisão da literatura britânica sobre *Recovery* e saúde mental, tendo identificado seis temas dominantes, em que dois deles são a Esperança e Otimismo. Os autores realçam que os EESMP que trabalham baseados numa filosofia de *Recovery*, devem manter em mente que esta abordagem requer um trabalho colaborativo com o cliente de promoção da autonomia e de acordo com o estilo deste.

A esperança de recuperação e funcionamento ótimo na vida são conceitos basilares na prestação de cuidados em saúde mental, e é essencial que clientes e enfermeiros forjem um caminho unido no sentido do *Recovery*. A esperança é um estado de espírito que impacta os valores e atitudes individuais em relação à vida e à funcionalidade, sendo também tida como parte constituinte do desenvolvimento humano como um processo, uma teoria e uma fonte de significado na vida (Cleary et al., 2016).

Face ao exposto, consideramos a promoção da esperança como uma intervenção fundamental a ser desenvolvida por EESMP, especialmente no contexto de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

Por forma a alicerçar com conhecimento fundamentado na PBE as atividades e intervenções de promoção da esperança no estágio final, elaborámos uma RIL que dá resposta à questão **“Quais as intervenções especializadas e autónomas de enfermagem utilizadas na promoção da esperança, na população em situação de reabilitação psicossocial?”**

Por uma questão de coerência para com a natureza deste Relatório, passamos a expor a discussão dos resultados obtidos numa lógica orientada pelas fases do processo de enfermagem.

### ***Identificação do diagnóstico de falta de esperança***

Dias et al., (2020) e Querido (2018) apontam a narrativa do cliente como sendo o elemento que permite identificar a falta de esperança e a desesperança. Querido (2018) é mais detalhada na sua descrição e apresenta os indicadores a que o EESMP deve estar atento: “já não vale a pena...”, “Deixei de acreditar...”, “tudo está perdido...”, “Já não sou mais nada...”, “vivemos um dia de cada vez...”, “Isto vai lá... só não sei como...”, “a esperança é a última a morrer...” (p. 7). As expressões não verbais são: “suspiros, tristeza, perda de iniciativa, passividade na prestação de cuidados (Op. Cit., p.7).

Vários autores relacionam as expressões apresentadas como indicadores de falta de esperança ou desesperança com a concomitância de sintomas de humor depressivo e ideação suicida (Oexle, 2017; Panagioti, 2012; Thimm, 2013), bem como indicadores de compromisso no processo de *Recovery* em pessoas portadoras de esquizofrenia (Lysaker, 2008; White et al., 2007).

A apresentação dos indicadores de identificação da necessidade de atenção a este foco de ESMP é muito importante, pois é com base nestes que os EESMP reconhecem os sinais para diagnosticar e intervir na promoção da esperança.

### ***Diagnóstico de falta de esperança (Instrumentos)***

Após a identificação de sinais de falta de esperança, ou de desesperança, cabe ao EESMP diagnosticar o foco em causa. Sendo a esperança um foco subjetivo, de base emocional e individualizado, o diagnóstico necessita de ser efetuado com recurso a instrumentos específicos para o efeito.

Os autores Monteiro (2014), Querido (2018) e Querido et al., (2021) apontam a entrevista clínica como um instrumento válido para efetuar a avaliação diagnóstica da esperança comprometida e a desesperança. Querido (2018) vai mais longe e detalha as características da entrevista clínica. Assim, esta deve ser semiestruturada, com recurso a questões abertas no sentido de caracterizar a esperança, identificar objetos de esperança, identificar recursos e ameaças. A proposta de questões abertas defendidas pela autora é coerente com a proposta de questões avançada por Querido (2013) na sua tese de doutoramento que se realizou em contexto de prestação de cuidados paliativos.

A Escala de Esperança Herth é assinalada como um instrumento adequado para a avaliação quantitativa da esperança (Cleary et al., 2016; Querido, 2015; Querido, 2018; Querido et al., 2021). A versão portuguesa (Escala de Esperança de Herth - PT) foi validada por Querido (2013) para pessoas com doença crónica. Esta escala foi originalmente desenvolvida na população jovem portadora de doença crónica, tendo posteriormente sido transposta para o contexto da saúde mental e psiquiátrica por Van Gestel-Timmermans (2010) aquando do reconhecimento da esperança como determinante de saúde mental e por van Gestel-Timmermans (2011), enquanto investigava o processo de *Recovery*.

O genograma e o ecomapa de esperança foram inicialmente utilizados por Charepe, Figueiredo, Vieira & Neto (2011) na avaliação dos vínculos de esperança e padrões de interação da família, e são frequentemente utilizados na prática dos cuidados de enfermagem à família, conforme corroborado por Nascimento, Dantas, Andrade, & de Mello (2014) e Rempel (2007). A sua transposição para a saúde

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery mental foi efetuada por Querido (2015), Querido (2018) e Querido et al., (2021) onde são utilizados como instrumentos complementares para avaliação diagnóstica da esperança.

Querido (2015) aponta ainda como instrumentos complementares a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). A utilização destes instrumentos na avaliação diagnóstica da esperança é corroborada por Foote (1990), aquando do seu estudo descritivo que determina a existência de relação entre as variáveis de esperança, autoestima e suporte social em pessoas com esclerose múltipla, e também por Ringer et al., (2013) aquando do seu estudo acerca do vínculo inseguro, a sua relação com a esquizofrenia e a sua resposta ao tratamento e processo de *Recovery*.

Consideramos que a combinação dos instrumentos qualitativos e quantitativos conseguem uma avaliação diagnóstica da falta de esperança ou desesperança mais abrangente, ou seja, nas suas variadas dimensões. Esta avaliação nas variadas dimensões, permite uma intervenção dirigida às que estejam mais afetadas, tendo como resultado a otimização da eficácia das intervenções.

### ***Intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental na promoção da esperança***

A esperança é um construto complexo que compreende várias esferas e é constituído por várias dimensões. As intervenções de promoção da esperança propostas pelos autores são múltiplas e complementam-se refletindo a complexidade do conceito.

Uma relação terapêutica promotora de esperança pressupõe que o enfermeiro faça uso de si próprio no sentido de se utilizar como instrumento de intervenção no desocultar da esperança do outro e poder intervir na sua promoção. O contexto da relação terapêutica é ideal para intervir no reforço da autoeficácia, da resiliência das capacidades e forças do próprio cliente; pois respeitando as suas escolhas e tendo em conta as suas experiências e circunstâncias pessoais, o enfermeiro mantém e promove a esperança necessária para o processo de reabilitação orientada para o *Recovery* (Cleary et al., 2016; Querido, 2018; Santos, 2019).

De acordo com Dias et al., (2020), Monteiro (2014) e Querido (2018) a relação terapêutica é o contexto ideal para o desempenho dos papéis de conselheiro e de pessoa de recurso, em que podem ser utilizadas técnicas de comunicação centradas na narrativa da esperança com expressões verbais

que estimulam as potencialidades dos clientes e a sua resiliência. Segundo Hobbs & Baker (2012), a forma como os profissionais de saúde comunicam as suas esperanças sobre a recuperação dos clientes, facilitam as esperanças no *Recovery*. Eriksen et al., (2014) referem que a esperança é especialmente importante no processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, devido à vulnerabilidade dos clientes e a sua sensibilidade à presença dos profissionais de saúde, que são vetores da consolidação da esperança, otimismo e empoderamento através da relação terapêutica estabelecida.

A autoeficácia, autoconfiança, autoestima, resiliência, otimismo, sentido de coerência e empoderamento para a gestão das situações adversas, foram identificados como fatores determinantes da esperança (Gallagher & Lopez, 2013; Schrank et al., 2012;), pelo que faz todo o sentido desenvolver intervenções dirigidas a estes conceitos/focos de atenção em ESMP.

A técnica de resolução de problemas relaciona-se com a autoeficácia e é uma das estratégias de empoderamento para gerir situações adversas. Os autores Dias et al., (2020), Querido et al., (2021) e Santos (2019) apresentam esta estratégia como promotora de esperança, pois ao ter capacidade de resolver os seus problemas, as pessoas podem olhar para o futuro com mais otimismo. Çam et al., (2020) elaboraram um estudo que pretendia investigar a relação entre resolução de problemas, esperança e autoeficácia, e testar um modelo para determinar o papel da autoeficácia na relação entre resolução de problemas e esperança. Concluíram que a autoeficácia foi significativamente prevista pela resolução de problemas, enquanto a esperança foi significativamente prevista pela resolução de problemas e a autoeficácia. Erol et al., (2010), num estudo realizado na população adolescente institucionalizada por comportamento problemático, apuraram que as habilidades de resolução de problemas são um fator protetor de saúde mental e fundamentam o sentimento de esperança. Pickett-Schenk, et al., (2008), num estudo que examinou a eficácia de uma intervenção educacional liderada pela família com elementos adultos com doença mental, concluiu que a capacidade de resolver problemas melhora a sua capacidade de adaptação aos desafios e promove o sentimento de esperança.

A planificação de objetivos realistas e vias de os atingir, bem como considerar novas estratégias de *coping*, foram identificadas por Monteiro (2014), Querido (2018), Querido et al., (2021) como intervenções promotoras de esperança. Querido (2018) apresenta inclusive a promoção da esperança realista e a formulação de objetivos atingíveis como critérios de boa prática clínica na abordagem das pessoas com transtornos mentais no contexto do apoio psicossocial no processo de *Recovery*. A

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

planificação de objetivos realistas é imprescindível tanto para a otimização da esperança, como para os resultados favoráveis no processo de *Recovery*. Em 2018, Rose & Smith realizaram um estudo que examinou as relações entre definição de objetivos, sentimento de realização, trabalho colaborativo e *Recovery* numa organização australiana gerida pela comunidade de saúde mental. Os resultados demonstraram que o alcançar de objetivos tem um efeito positivo no *Recovery* dos clientes do estudo. O alcance de objetivos é fortemente favorável em qualquer momento da jornada do *Recovery*. Roberts & Boardman (2013) no seu artigo acerca da compreensão do processo de *Recovery*, referem a existência de uma associação estreita entre a capacidade de definir objetivos e resolver problemas, com a promoção da esperança.

As estratégias de contacto com a realidade, identificadas por Dias et al., (2020) como sendo intervenções promotoras de esperança, relacionam-se com as competências de definição de objetivos realistas, pois a definição destes só é possível se a pessoa estiver orientada para a realidade.

As terapias de grupo através de um grupo de ajuda mútua revelaram-se ótimos recursos no tratamento da depressão aquando da realização de um programa de intervenções organizadas nos domínios de promoção da esperança; na esperança enquanto fator de resiliência e nos fatores de ameaça à esperança (Dias et al., 2020; Querido, 2015). Santos (2019) identifica a troca de experiências acerca da vivência com transtorno de saúde mental como uma intervenção promotora de esperança que é possível ser efetuada no contexto de um grupo de ajuda mútua. Shekarabi-Ahari et al., (2012), realizaram um estudo semi-experimental cujos resultados revelaram relevância estatística na otimização da esperança, pela utilização de terapia de grupo numa população de mães com depressão, cujos filhos eram portadores de doença oncológica. Rahimi et al., (2021), realizaram um estudo randomizado cujo objetivo foi determinar os efeitos do aconselhamento dirigido à promoção da esperança, num grupo de mulheres com ciclos de fertilização in vitro fracassados e determinar o impacto na sua saúde mental e na sua qualidade de vida. O aconselhamento em grupo orientado para a promoção da esperança foi eficaz na redução do stresse e da depressão e na melhoria da qualidade de vida em mulheres com ciclos de fertilização in vitro fracassados, pelo que se recomenda essa abordagem nessa população.

Dias et al., (2020), Monteiro (2014) e Querido et al., (2021) referem que desenvolver a relação interpessoal no grupo, promover o reforço de relações significativas com outros e o sentido de continuidade existencial são intervenções promotoras de esperança. Segrin & Taylor (2007) verificaram que as relações positivas com outras pessoas medeiam a associação entre habilidades



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery sociais e bem-estar psicológico, onde se inclui ser detentor do sentimento de esperança. Price-Robertson et al., (2017) exploraram uma noção alternativa de *Recovery* relacional, e argumentam que os relacionamentos interpessoais abrangem todos os aspectos do *Recovery*, incluindo experiências como esperança, identidade e empoderamento. Noh et al., (2008), num estudo qualitativo na população de pessoas com esquizofrenia, obtiveram como resultado afirmações que comprovam que a esperança nas pessoas com esquizofrenia é semelhante à esperança nas pessoas sem esquizofrenia, e que a esperança vem de amar e ser amado nas relações interpessoais.

Dias et al., (2020) identificam a utilização de uma abordagem de orientação para o futuro como sendo promotora da otimização da esperança. A Terapia Breve Orientada para a Solução (TBOS), que é uma abordagem orientada para o futuro, insere-se no domínio das Técnicas de Natureza Psicodinâmica Breve identificada na abordagem integrativa do modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem elaborado por Sampaio & Sequeira (2018) e por Chalifour (2009). Reiter (2010) explorou a forma como a esperança e a expectativa são elementos poderosos para atingir ganhos terapêuticos positivos com os clientes. A TBOS é uma abordagem terapêutica que promove em alto grau, o reenquadramento cognitivo necessário no sentido de os clientes passarem de uma visão saturada de problemas e pessimista sobre a sua situação, para uma perspetiva mais focada no futuro e otimista. Esta perspetiva é fundamental para que os clientes se envolvam no seu processo de *Recovery*. Também o ensino de estratégias de reenquadramento cognitivo é identificado por Querido (2018) como sendo promotor de esperança.

A implementação de um programa de promoção de esperança é defendida por Dias et al., (2020), Monteiro (2014), Querido (2015); Querido et al., (2021) desenvolvendo atividades nas seguintes quatro áreas de intervenção: recursos e ameaças à esperança; relembrar memórias de esperança do passado, especialmente as com forte componente de afiliação; viver melhor o presente; e planear o futuro. Querido (2015) e Santos (2019) evidenciam a importância da identificação dos fatores promotores e inibidores da esperança dando especial atenção às preocupações, aos impasses relacionais e dificuldades na gestão do quotidiano dia. Monteiro (2014) destaca a autonarrativa como material de esperança, e a utilização da leitura e da escrita como ferramentas de organização desta. Copic et al (2011) e Frost et al (2017) aconselham as organizações de saúde mental a implementarem programas formais de promoção da esperança dirigidos a pessoas em processo de *Recovery* que reconheçam os fatores inibidores e promotores de esperança, potenciando os últimos devido à evidência da otimização do resultado. Lysaker et al., (2008) utilizam a narrativa pessoal de pessoas portadoras de doença mental do espectro da esquizofrenia em processo de *Recovery* para determinar

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery a sua qualidade de vida e qualidade das relações interpessoais. Barker & Buchanan-Barker (2005) publicaram o Modelo da Maré (*Tidal Model*) que é um referencial teórico e conceptual em ESMP que defende a utilização da narrativa do cliente como base de trabalho para a sua recuperação.

As intervenções promotoras de esperança como identificação de símbolos de esperança, elaboração de diários e *kits* (estojos) de esperança, bem como a utilização de cartas terapêuticas de alta são apresentadas por Monteiro (2014), Querido (2018), Santos (2019) como sendo intervenções efetivas. As intervenções mencionadas são defendidas por Querido (2020), aquando da etapa de resolução da relação terapêutica (na proposta de H. Peplau). Estas cartas terapêuticas deverão sintetizar o trabalho de promoção da esperança realizado, assim como os ganhos obtidos.

Os autores Cleary et al., (2016) e Monteiro (2014) apresentam a entrevista clínica como um contexto de intervenção em promoção da esperança, no sentido em que através das questões: “Quais são os sonhos da pessoa?”, “O que é que a pessoa sempre quis fazer?”, “Como pode o profissional de saúde ajudar a tornar esses sonhos realidade?” se promove a dimensão transcendente da esperança. Monteiro (2014) refere também que se deve facilitar a expressão de crenças espirituais e práticas religiosas. Hotchkiss et al., (2016) verificaram na literatura disponível que as formas tradicionais de transmitir esperança obtinham resultados pouco relevantes. Pelo que, desenvolveram um modelo promotor de esperança que inclui elementos transcendentais e espirituais permitindo atingir resultados mais elevados e duradores.

Monteiro (2014) identifica o incentivo à construção de um legado como uma intervenção promotora de esperança. Estudos efetuados na população com doença neoplásica maligna em fase paliativa comprovam a afirmação (Benzein et al., 2001; Johnson, 2007).

O apoio na redefinição ou manutenção de interesses pessoais, atividades, *hobbies* e projetos surgem como intervenções promotoras de esperança (Monteiro, 2014). Oliveira (2010) na sua tese de mestrado que teve como objetivo a promoção da esperança na população idosa institucionalizada, apresenta as intervenções referidas como eficazes na redução dos sintomas ansiogénicos e depressivos.

Após um programa de formação para profissionais de saúde sobre *Recovery* em que a esperança foi apresentada como conceito basilar, não se verificou um incremento positivo nas atitudes destes em relação às pessoas com doença mental grave (Salgado et al., 2010). Estes resultados levantam

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

questões acerca das estratégias de formação dos profissionais para a competência de promoção e gestão da esperança nos contextos de prestação de cuidados em saúde mental.

Embora apenas dois autores referidos na nossa pesquisa bibliográfica aludissem às intervenções de ESMP promotoras de esperança no processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, podemos verificar que as intervenções propostas são as mesmas que as utilizadas noutros processos de tratamento e recuperação de doença mental; o que nos permite argumentar que as intervenções de ESMP promotoras de esperança não devem ser excluídas dos processos de tratamento e recuperação da doença mental.

### ***Avaliação dos resultados das intervenções promotoras de esperança***

A avaliação dos resultados das intervenções é essencial para que se possa apurar a efetividade da evolução do diagnóstico. Sendo assim, recorreremos à *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, que classifica a esperança como um elemento integrante da autopercepção/autoconceito. Verifica-se a sua associação à percepção de conforto ambiental, físico, psicoespiritual, sociocultural e à qualidade de vida, sendo estes classificados como resultados sensíveis à intervenção no diagnóstico correspondente (Moorhead et al., 2010).

Os indicadores de avaliação de resultado para a esperança incluem:

- manifestação de expectativa de um futuro positivo;
- manifestação de fé;
- manifestação de desejo de viver;
- expressão de razões para viver;
- expressão de sentido da vida;
- expressão de otimismo;
- manifestação de acreditar em si mesmo;
- manifestação de acreditar nos outros;
- expressão de tranquilidade;
- expressão de sensação de autocontrolo;
- demonstração de gosto pela vida;

- expressão e definição de objetivos que por assentarem em atributos pessoais constituem fatores protetores e de reforço de saúde mental positiva (Op. Cit.).

Face a toda a informação exposta até aqui, consideramos ter apresentado um enquadramento teórico e conceptual que reconhece a esperança como foco de atenção relevante para a prática da ESMP dirigida à população em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

## 2.2 - Definição Dos Objetivos

A definição de objetivos é uma fase fulcral na metodologia de projeto e está relacionada com as modificações que se pretendem efetuar (Ferrito et al., 2010).

### ***Objetivos gerais do Projeto de Intervenção (Estágios de ESMP I e Final)***

- ✓ Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em ESMP, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- ✓ Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- ✓ Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica [AEESMP], n.d.; Comissão do Curso de Mestrado em Enfermagem [CCME], 2016).

### ***Objetivos específicos do Projeto de Intervenção (Estágios de ESMP I e Final)***

- Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto;
- Apresentar um relatório, com consequente discussão em provas públicas (CCME, 2016).

### **2.3 - Intervenções Desenvolvidas Em Estágio**

O planeamento constitui a terceira fase do projeto. É a fase em que se discrimina como pretendemos alcançar os objetivos propostos; como é que a nossa metodologia conduz aos resultados esperados; as atividades, os meios, os instrumentos e estratégias planeadas; e a calendarização desejada (Ferrito et al., 2010; Stanford University [SU], 2021).

A implementação “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (Ferrito et al., 2010, p.23). Esta fase é de suma importância para os participantes do programa, pois permite a “realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas.” (Op. Cit., p. 23). É também considerada a fase mais proveitosa.

O curso de Mestrado na área de especialização em ESMP preconiza a frequência de dois estágios. Como referido na introdução, o nosso primeiro estágio decorreu em contexto hospitalar numa Unidade de Internamento de Doentes Agudos. O estágio teve a duração de seis semanas e ocorreu entre maio e junho de 2021.

O segundo estágio desenvolveu-se em contexto comunitário num Hospital de Dia de Psiquiatria. Este estágio teve a duração de dezoito semanas e decorreu entre setembro de 2021 e janeiro de 2022.

Frequentámos o estágio exclusivamente no turno da manhã e em dias úteis.

Ambos os contextos pertencem ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um Centro Hospitalar no sul do país.

#### **2.3.1 - Caracterização da Unidade de Internamento**

Esta Unidade dá resposta a uma área geográfica que detém uma população de 166.225 pessoas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Está integrada na Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (Carvalho, et al., 2015).

É uma das três Unidades Funcionais do Departamento. Este tem como finalidade prestar cuidados de saúde especializados a pessoas com doença psiquiátrica em fase aguda, procurando a sua

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery estabilização clínica e tratamento. A UIDA também serve a população a nível local e regional efetuando tratamento programado de eletroconvulsivoterapia. O serviço articula com as outras Unidades Funcionais do Departamento, assegurando a continuidade dos cuidados pós-alta.

Os diagnósticos nosológicos mais prevalentes são Depressão com ideação suicida, Transtorno Bipolar e Psicoses.

O ambiente físico da Unidade tem uma arquitetura clássica da época em que foi construída (ano de 1960), com um corredor central, do lado esquerdo encontra-se a unidade funcional do serviço (copa, sala de tratamentos, sala de registos, etc.), do lado direito encontram-se as unidades de internamento com 20 camas alocadas ao internamento e 4 macas alocadas à realização de tratamentos de Terapia Eletroconvulsiva programados. Existe um balcão central a meio do corredor e um refeitório que é onde se realizam as atividades de grupo. Registamos a ausência de uma sala de atividades e de um gabinete de enfermagem que permita realizar a entrevista clínica com garantia de privacidade.

O serviço pratica uma cultura de melhoria contínua da qualidade, promove a formação profissional e a investigação.

### ***2.3.2 - Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto hospitalar***

No sentido de fundamentarmos o planeamento e a intervenção das nossas atividades, efetuámos pesquisa bibliográfica na literatura técnica e científica disponível.

Por forma a identificarmos as nossas emoções, sentimentos, pensamentos e valores que influenciavam o nosso comportamento, efetuámos atividade reflexiva e de consciência de nós.

Aquando da admissão dos utentes à Unidade, efetuámos acolhimento e entrevista de avaliação diagnóstica que incluiu a avaliação do estado mental utilizando como referência a semiologia psicopatológica (Correia et al., 2014). O início do turno começava com a participação na passagem de turno para a qual contribuímos com informação relevante para os cuidados de enfermagem e projeto individual terapêutico dos clientes, assegurando a continuidade dos cuidados e promovendo uma prática segura.

Seguiam-se os cuidados de higiene e conforto, atividade durante a qual interagimos com os clientes no sentido de avaliar as suas dependências e necessidades e estado mental. As intervenções associadas a estes cuidados constituíram uma excelente oportunidade para promover o autocuidado.

Efetuámos administração de medicação conforme prescrição programada e em caso de necessidade. Durante esta atividade, efetuámos avaliação da adesão e do conhecimento que os clientes tinham acerca da medicação e realizámos psicoeducação acerca do assunto conforme as necessidades identificadas.

O horário de toma das refeições, representou um tempo privilegiado para efetuarmos a avaliação do estado nutricional e hídrico dos clientes. Vigíamos a ingestão alimentar e hídrica dos clientes independentes na atividade e alimentámos e hidratámos os clientes que apresentavam dependência na atividade.

Mantivemos o ambiente seguro, assegurando-nos de que os utentes não possuíam objetos cortantes ou perfurantes. As condições terapêuticas foram garantidas facultando boas condições de higienização e organização dos espaços, disponibilizando acesso a luz natural, fornecendo vestuário adequado às condições térmicas ambientais, facultando condições de repouso e descanso ou de atividade e proporcionando acesso aos técnicos de saúde que os utentes necessitavam. Foram observadas as regras de higiene e controlo da infeção relacionadas com a transmissão do vírus SARS-CoV-2 e outros patogénicos mais frequentes.

Efetuámos entrevista clínica nos variados contextos: de avaliação diagnóstica inicial, durante a prestação de cuidados e entrevista clínica em contexto de relação de ajuda. Desta forma treinámos técnicas de comunicação terapêutica, estratégias relacionais e atitudes, e o uso terapêutico de nós.

Efetuámos um estudo de caso a um cliente com diagnóstico de Humor Depressivo e Ideação Suicida em que se incluiu o plano individual de cuidados e o projeto terapêutico. Desenvolvemos uma relação terapêutica com o cliente e praticámos a relação de ajuda. Aquando da avaliação diagnóstica, aplicámos instrumentos específicos; estabelecemos os resultados esperados com a participação do cliente; efetuámos intervenção com base na pesquisa bibliográfica; monitorizámos e avaliámos as intervenções efetuadas recorrendo aos instrumentos utilizados na avaliação diagnóstica, por forma a permitir a aferição da evolução do diagnóstico. As intervenções de âmbito psicoterapêutico desenvolvidas foram psicoeducação dirigida ao tratamento farmacológico e não-farmacológico

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery (Eletroconvulsivoterapia); terapia de suporte emocional e informativo; terapia recreativa, promoção da autoestima, da resiliência e da esperança; estimulação cognitiva; e, efetuámos intervenção à família nos cuidados pós-alta (gestão do regime terapêutico, identificação de sinais de alerta e orientação para os serviços de saúde se necessário). **A elaboração deste estudo de caso permitiu-nos identificar a problemática do Projeto de Intervenção. Escolhemos a Esperança como foco de atenção, pois concluímos que a falta deste sentimento contribui para a ideação suicida com concretização do ato.**

A interação com outros clientes possibilitou-nos realizar intervenção na gestão da ansiedade e promoção do autocontrolo.

Aquando da participação em atividades recreativas de grupo, efetuámos gestão de conflitos.

Efetuámos intervenção na alucinação e delírio, dirigida aos clientes com sintomas psicóticos positivos. As intervenções principais foram o suporte emocional, a orientação para a realidade e aplicámos exercícios de Treino metacognitivo. Estas intervenções revelaram-se particularmente exigentes para nós, devido à nossa inexperiência em trabalhar na área de saúde psiquiátrica. A orientação da Enfermeira Supervisora e o nosso envolvimento e empenho foram elementos cruciais para uma evolução positiva nos diagnósticos dos clientes. Estas intervenções requereram uma relação terapêutica de ajuda que se desenvolveu paulatinamente, a relação de confiança foi demorada. Ser requerida pelos clientes para lhes esclarecer dúvidas e proporcionar conforto emocional através da escuta ativa das suas preocupações e angústias, foi uma experiência bastante gratificante.

Efetuámos acolhimento para tratamento de Eletroconvulsivoterapia, prestámos cuidados de preparação, acompanhamento do cliente ao Bloco Operatório, prestámos cuidados pós tratamento e providenciámos a alta do serviço. Estes tratamentos são de manutenção, portanto os clientes já não se encontram em fase aguda do seu transtorno mental.

Efetuámos registos clínicos no Sistema Informático de Enfermagem SClínico®. Neste sistema, praticámos a elaboração de planos de cuidados individualizados. Esta atividade possibilitou-nos perceber que alguns focos de atenção em ESMP não eram levantados pelos enfermeiros que constituíam a equipa do serviço. Daqui resultava uma inobservância do trabalho realizado, bem como a impossibilidade de apurar a efetividade dos cuidados específicos de saúde mental. No sentido de colmatar esta insuficiência nos cuidados de qualidade, efetuámos uma sessão de formação em serviço intitulada “Sistema de Informação de Enfermagem SClínico® e Focos de Enfermagem de Cuidados Gerais e Específicos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. A sessão de formação foi bem



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery acolhida pela equipa, verificando-se adesão à informação transmitida pelo aumento dos focos de atenção em enfermagem levantados nos planos de cuidados dos clientes no SClínico®.

Aquando da admissão e da alta do cliente, realizámos os procedimentos administrativos associados. Estas atividades permitiram-nos conhecer o sistema organizativo da instituição e a forma como se articula com os outros prestadores de cuidados.

Efetuámos formação profissional. Frequentámos o Curso de Treino Metacognitivo na Psicose e Depressão e participámos no *Webinar* “Papel da Enfermagem na Gestão da Pessoa com Esquizofrenia”.

As experiências mais enriquecedoras ocorreram em situação de entrevista durante os cuidados de enfermagem. Este é um momento em que a interação possibilita o desenvolvimento de uma relação terapêutica de ajuda que vai ao encontro das necessidades dos clientes. Passamos a expor uma dessas entrevistas que consideramos ter sido de intervenção útil para o cliente e que nos proporcionou uma experiência profissional rica.

***A entrevista de relação de ajuda à pessoa com o processo de pensamento comprometido e a percepção comprometida***

A entrevista ocorreu na unidade do cliente; teve a duração de aproximadamente 45 minutos. O cliente é um jovem adulto de dezanove anos de idade com diagnóstico de psicose (1º surto psicótico). Foi internado ao abrigo da Lei de Saúde Mental que prevê o internamento compulsivo (Assembleia da República [AR], 1998) . Desde o início da entrevista que executámos escuta ativa.

O cliente encontrava-se deitado na sua cama, em decúbito dorsal, de olhos abertos, apresentava fâcias reflexiva e triste. Entrámos no quarto e perguntámos-lhe se nos podíamos sentar na cadeira e ficar ali. A cadeira encontrava-se a cerca de 1,5m de distância da cama e posicionada a cerca de 90º em relação ao cliente. O cliente responde que sim. O contacto foi sintónico, mas sentimos que ele estava um pouco desconfiado e que era necessário manter esta distância entre nós.

Efetuámos um momento de silêncio para perceber se ele iniciava o diálogo, mas não aconteceu, e iniciámos nós o diálogo.

Efetuámos uma questão aberta sobre a forma como se sente. Responde que se sente contente por algumas pessoas (outros utentes da Unidade) irem sair (ter alta clínica), mas que está triste por ele ainda ficar. Em termos gerais diz que hoje já não se sente tão triste por estar internado, que já se sente mais alegre e “sinto-me mais eu” *sic*. Atribuímos esta emoção à toma da olanzapina, que o ajuda a sentir-se melhor (relato prévio do cliente). Clarificamos que além da olanzapina, o seu estado de humor está melhor devido à administração da outra medicação que lhe é administrada intramuscularmente (foi frequente a administração de medicação intramuscular, por não adesão do cliente à medicação oral que não a olanzapina). Elucidamos que essa impressão de se “sentir mais ele”, é a impressão que ele deve procurar como sendo indicador de que está bem, e que quando se começar a sentir “estranho” em si mesmo que deve dizer à família ou equipa de saúde.

O cliente questiona-nos em relação ao que se passa com outro utente do serviço que apresenta posição sugestiva de alucinação auditivo-verbal e solilóquios. Respondemos que não podemos dizer o diagnóstico, e se perguntarem o que se passa com ele também não diremos, mas podemos dizer-lhe que esse utente tem uma doença em que acredita ver imagens e ouvir vozes que não são reais. A nossa intenção é a de promover a confiança, que o cliente consiga identificar-se com a situação do outro utente e incentivar a expressão de pensamentos e emoções relacionadas ao fenómeno. O cliente identifica-se com a situação reportada e refere que isso também lhe acontece; que lhe aparecem pensamentos de pessoas que lhe querem fazer mal e ele lhes diz para saírem (reconhecemos a utilização da estratégia de técnica de dispensa de imagens e vozes). Também refere que em casa, quando ouve as vozes e tem pensamentos “maus” que alivia se jogar na *Playstation*®, ou se falar com alguém. Validamos as utilização das estratégias para gestão das alucinações auditivo-verbais. Ensinamos sobre a importância e necessidade de ele se automonitorizar em relação às alucinações, e de agir no controlo das mesmas; e se não conseguir controlá-las que deve pedir ajuda à família ou equipa de saúde.

O cliente fala do tio materno (de quem não quis dizer o nome quando lhe perguntámos como se chamava, diz que não preciso de saber, o que interpretamos como sinal de confiança insuficiente. Refere que o tio é uma pessoa forte mentalmente e que o ajuda, o que interpretamos como sendo uma pessoa significativa e uma referência para o nosso cliente. Outra pessoa que o cliente refere como sendo de apoio é o avô materno. Expressa que quando se sente assustado, pensa no avô e isso o deixa mais tranquilo (reconhecemos a utilização de estratégia de redução de ansiedade). Validamos a estratégia de redução da ansiedade; pensar em pessoas que lhe dão conforto emocional é uma forma

eficaz de gestão da emoção. Expresso que penso que estou perante uma pessoa com bons recursos para conseguir ultrapassar esta fase crítica e manter os sintomas sob controlo.

O cliente pergunta se vai ouvir essas vozes durante toda a vida dele. Elucidamos que o poderão acompanhar durante anos e que ele vai ter de continuar a geri-las e controlá-las. Ensinamos que as ações mais importantes para que as vozes e os pensamentos negativos se mantenham controlados é a adesão à medicação e ter um estilo de vida saudável (sem consumo de álcool ou de drogas, dormir bem e com horário regular, fazer exercício físico, estar com os amigos). Desde o início do internamento que o cliente tem sido contido para administração de medicação injetável por se recusar a tomar a medicação oral. Afirma que não está doente e que não percebe porque é que está ali. Afirmamos que a adesão à medicação é fundamental, e que é importante que ele tome a medicação mesmo quando achar que não precisa dela. Ao que ele responde que pensa “eu acho que não preciso, mas se as pessoas à minha volta, enfermeiros e médicos, me dizem que preciso; então é porque preciso” *sic*. Interpretamos esta expressão como o início do desenvolvimento de crítica em relação ao desvio de pensamento. Ele refere que assim “mantenho a doença desligada” *sic*, valido a interpretação.

O cliente exprime que acha que esta alteração do estado mental começou, num episódio em que saiu à noite com os amigos e alguém lhe colocou uma droga na bebida. Ele refere que nesta altura os amigos que lhe fizeram isso, devem estar a rir-se e a gozar com ele por estar internado como consequência da partida (interpreto como delírio persecutório, no entanto acho que pode ser plausível o espoletar de um surto psicótico por consumo de substância psicoativa). Fizemos silêncio por uns segundos.

O cliente interrompe o silêncio e refere que está internado porque partiu e pegou fogo a um carro, e porque bateu na mãe (apresenta fácies de tristeza profunda). Efetuamos uma reformulação e devolvemos-lhe que ele se deve sentir muito triste por ter agredido uma das pessoas que mais ama no mundo. Ele valida a reformulação, diz que se sente muito triste com essa ação (relevou expressão de afeto sintónico).

Fala do pai, refere que se ele estivesse aqui “talvez eu estivesse melhor, ou talvez não” *sic*. O pai está emigrado em Luxemburgo e vê-o uma vez no ano. Refere que foi melhor ele ir-se embora, porque “a minha mãe sofria muito com aquele homem” *sic*. Ficámos em silêncio por uns segundos.

Questionámo-lo sobre se a conversa que estávamos a ter o ajudava, ao que ele respondeu “ajuda e ajuda muito” *sic*. Refere que sente falta de falar com pessoas e que assim pensa melhor.

Expressamos um *feedback* em que lhe reconhecemos capacidades para ultrapassar esta situação em que se encontra e para gerir os sintomas no seu ambiente natural. Pretendemos promover a esperança e encorajar o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas.

Ele levantou-se da cama e foi andar no corredor. Apresentava uma postura tranquila. Ficámos com a impressão de que estava a refletir sobre algo.

Efetuámos uma entrevista de ajuda para a pessoa que tem necessidade de suporte psicológico, do tipo entrevista de ajuda informal, de acordo com o referencial da Phaneuf (2002).

As atitudes por nós demonstradas foram de respeito caloroso, compreensão empática, autenticidade e esperança.

#### Análise da entrevista de ajuda

Os principais referenciais teóricos nesta interação/intervenção foram o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman dá resposta à forma como pensamos esta pessoa e a sua situação, por reconhecer os elementos stressores como promotores de um desequilíbrio na harmonia do sistema desta, com consequências para a sua saúde e bem-estar.

O modelo de enfermagem desenvolvido por Betty Neuman tem uma abordagem holística da pessoa, é orientado para o bem-estar, para a perceção e motivação do cliente, num prisma de sistemas dinâmicos de energia em interação variável com o meio ambiente para minorar os danos possíveis de stressores internos e externos, enquanto cuidadores e clientes formam uma relação de parceria para negociar as metas de resultados desejados para a retenção, restauração e manutenção da saúde ideal (Neuman, 1996). O modelo fundamenta-se na relação da pessoa com o stress, a resposta a este, e nos fatores de reconstituição que são progressivos por natureza. Foca-se no sistema de resposta do cliente a stressores ambientais reais ou potenciais e mantém a estabilidade do sistema do cliente por meio

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery de intervenções de enfermagem de prevenção primária, secundária e terciária para reduzir os stressores (Flaherty, 2013).

Sendo que o nosso cliente apresenta sintomas e sinais de transtorno agudo por psicose, consideramos que os cuidados de enfermagem se integram ao nível da prevenção secundária. A prevenção secundária tem como foco o fortalecimento das linhas internas de resistência e, dessa forma, protege a estrutura básica por meio do tratamento adequado dos sintomas. A intenção é recuperar a estabilidade ideal do sistema e conservar energia ao fazê-lo. Se a prevenção secundária não for bem-sucedida e a reconstituição não ocorrer, a estrutura básica não será capaz de suportar o sistema e suas intervenções, e ocorrerá a morte (Neuman, 1996; Aylward, 2010; Flaherty, 2013).

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, por sua vez, dá resposta à interação ocorrida em termos de relação terapêutica/relação de ajuda.

A relação de ajuda é uma interação particular entre duas pessoas, em que o enfermeiro está centrado no outro e na sua experiência de sofrimento, e para tal utiliza técnicas de comunicação e estratégias relacionais apropriadas. Esta relação acontece no curso de uma entrevista em que ambos participam, que objetiva: compreender profundamente a experiência da pessoa ajudada, perceber o entendimento que faz da sua situação e identificar os recursos existentes por forma a resolver os seus problemas e desenvolver-se como ser humano (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005).

Em termos da fase de relação, diremos que esta se situa na transição da fase de identificação para a fase de exploração. Embora ainda sem a confiança na relação estar completamente desenvolvida, o cliente explora o serviço de aconselhamento oferecido (Peplau, 1997).

Os elementos basilares para que se desenvolva uma relação de ajuda são: a presença, a vontade de não julgar, o reconhecimento do valor e da autonomia do outro, a centração na pessoa, a escuta, a empatia, a consideração positiva, honestidade, esperança, confiança, respeito, confiança, autenticidade, congruência, e conhecimento sobre si próprio (Chalifour, 2008; Cleary et al., 2012; Phaneuf, 2005). Lopes (2018) acrescenta o cuidado e o laço emocional.

A entrevista utilizada foi do tipo entrevista de ajuda informal, que segundo Phaneuf (2005) é a que ocorre em função das necessidades do momento. Tem carácter espontâneo e desencadeia-se no sentido de ajudar uma pessoa em necessidade. Este tipo de entrevista constitui uma estratégia de

comunicação profissional através da qual o enfermeiro desencadeia um processo de ajuda rápido e espontâneo dirigido a uma pessoa que vivencia uma situação que envolve sofrimento com a finalidade de a incentivar a exprimir a sua dor e as suas inquietações, reduzir a ansiedade, mostrar-lhe que o seu sofrimento foi compreendido e que está acompanhada, e demonstrar-lhe compreensão empática.

Neste tipo de entrevista a ajuda é tacitamente aceite pela pessoa em necessidade, assim como os seus objetivos, que são implícitos e determinados pelas circunstâncias. Os objetivos são de alcance a curto prazo, e as modificações daí decorrentes são pouco expressivas. É um processo de cariz terapêutico que induz a pessoa a sentir-se mais tranquila, mais confiante e disponível para viver uma situação difícil (Op. Cit.).

No início da entrevista o contacto foi sintónico, mas o cliente apresentava uma atitude desconfiada. Utilizámos um posicionamento em cerca de 90º e uma distância social.

Estava orientado alo e autopsiquicamente. Durante a entrevista manteve um contacto ocular de curta duração; discurso espontâneo, articulado e com bom débito; humor eutímico; afeto expressivo com intensidade adequada; pensamento com conteúdo delirante (persecutório), lógico e coerente (excepto quando falou da noite em que acha que lhe colocaram droga na bebida, o discurso foi incoerente por momentos), atenção captável e concentração mantida; sem posição sugestiva de percepção alterada por atividade alucinatória; capacidade intelectual aparentemente dentro da normalidade; sem *insight* para a doença; o comportamento foi adequado (análise dos componentes major do estado mental efetuada segundo a semiologia psicopatológica) (Correia et al., 2014).

Foi efetuada uma avaliação diagnóstica da necessidade de ajuda e dos principais focos de enfermagem em saúde mental, com base no relato espontâneo de emoções e pensamentos e nas respostas às questões por nós colocadas.

Os diagnósticos de enfermagem identificados na avaliação diagnóstica foram: “Sofrimento” presente em grau moderado”; “Pensamento distorcido (delírio persecutório), presente em grau elevado”; “Percepção alterada (alucinação auditivo-verbal), presente em grau moderado”; “Conhecimento, diminuído (em relação à gestão dos sintomas e gestão do regime terapêutico)”, e “Aceitação do estado de saúde, comprometido em grau elevado”; “Autoconsciência, comprometida em grau moderado” (Amaral, 2010; CIPE, 2019; Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2011).

As técnicas de comunicação não verbal utilizadas foram: a distância e as posições; o olhar; a escuta; o silêncio e o convite a prosseguir. As técnicas de comunicação verbal utilizadas foram: os reflexos (reiteração, reformulação e elucidação), o *feedback*; as questões abertas e indiretas; o conselho e a informação (Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005).

Os reflexos são uma reprodução da resposta do cliente ou do significado do que ele pretende exprimir, ou seja, o enfermeiro reproduz aquilo que compreendeu da mensagem transmitida. Os reflexos fazem eco das ideias, experiências e sentimentos do cliente, transmitindo-lhe que o compreendemos sem juízo de valor, nem interpretação pessoal. Os reflexos conhecidos são: a reiteração ou reflexo simples, a reformulação ou reflexo de sentimento e a elucidação que se traduz no esclarecimento das emoções e sentimentos do cliente (Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005).

Segundo Chalifour (2008), o *feedback* psicológico relaciona-se com a expressão de uma necessidade ou emoção que integra o mecanismo que informa a pessoa acerca do que se passa com ela e no seu ambiente. Este mecanismo é essencial à sobrevivência e desenvolvimento da pessoa. Quando se verifica uma disrupção no funcionamento deste mecanismo, surge uma necessidade de ajuda. No decorrer da entrevista o enfermeiro partilha com o cliente a informação que este não consegue obter por si próprio, devido à falência deste mecanismo, ajudando-o a reconhecer melhor o que se passa com ele. Esta técnica de comunicação “permite que o cliente receba uma informação privilegiada, isto é, o que vive uma pessoa que mantém uma relação consigo e, comparar esta percepção com aquela que tem de si-mesmo.” (Chalifour, 2008, p. 170).

As questões abertas incentivam o cliente a expressar o seu pensamento, emoções e sentimentos. Estes tipos de questões, pela sua natureza, disponibilizam informação abundante e visam orientar o cliente para o assunto que ele considerou importante (Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005).

As questões indiretas facultam ao cliente a possibilidade de lhes responder, ou não. São indicadas em situações em que o cliente se sinta ameaçado por questões diretas (Chalifour, 2009; Phaneuf, 2005).

O conselho e a informação apelam essencialmente ao papel de perito do enfermeiro (Chalifour, 2008; Peden et al, 2010). Ao aconselhar e informar o cliente, o enfermeiro identifica nele a necessidade de conhecimento, compreensão e reconhece-lhe o direito a ser esclarecido por forma a poder efetuar escolhas (Chalifour, 2008). Phaneuf (2005) afirma que o papel de educador do enfermeiro é de suma

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery importância, pois promove a autonomia da pessoa/cliente. Considera a entrevista de informação uma estratégia de comunicação profissional, que permite estabelecer um processo em que as informações veiculadas dizem respeito

“à prevenção da doença, à promoção da saúde e á explicação dos problemas e do tratamento, a fim de ajudá-los a compreender e, em certos casos, a aceitar a situação, depois a tomar-se a cargo e a tornar-se autónomos na continuação do tratamento.” (Phaneuf, 2005, p. 274).

As estratégias relacionais utilizadas foram: o suporte e a exploração (Chalifour, 2008). Segundo o autor, o suporte pode ser utilizado como uma estratégia para desenvolver a relação. O suporte é importante no sentido de ajudar o cliente a reconhecer e exprimir os seus medos, a gerir a ansiedade (Chalifour, 2008; Chalifour, 2009). A exploração, visa auxiliar o cliente “a especificar o seu pensamento, ou explorar certos aspetos de si relativamente aos quais não tem acesso diretamente (suas percepções, seus pensamentos, suas emoções ou motivações).” (Chalifour, 2008, p. 179).

As intervenções psicoterapêuticas utilizadas foram: a relação de ajuda, a estratégia expressiva favorecendo a consciência de si, a escuta ativa e psicoeducação.

A relação de ajuda declara-se como uma intervenção autónoma e psicoterapêutica no domínio da Enfermagem (Coelho et al., 2020; Lopes, 2018; Phaneuf, 2005). A utilização da relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica enfatiza precisamente o seu carácter terapêutico, no sentido da relação ser um instrumento em si próprio (Lopes, 2018). Nesta circunstância, salienta-se o uso que o enfermeiro faz de si como instrumento terapêutico. Conforme defende o autor, a utilização da relação terapêutica exige do enfermeiro um autoconhecimento que alicerce níveis altos de desenvolvimento pessoal e profissional. Esta intervenção deu resposta ao diagnóstico de “Sofrimento, presente em grau moderado” e “Aceitação do estado de saúde, comprometido em grau elevado”.

A estratégia expressiva favorecendo a consciência de si visa essencialmente promover a autoconsciência e o autoconhecimento. (Chalifour, 2009). Esta intervenção dirige-se ao diagnóstico de “Autoconsciência, comprometida em grau moderado” e “Pensamento distorcido (delírio persecutório), presente em grau elevado”. A autoconsciência promove o desenvolvimento da crítica e segundo Amaral (2010), Townsend (2011), e Sequeira (2006) a intervenção de enfermagem no delírio prevê a orientação para a crítica.



A escuta ativa é uma intervenção de Enfermagem essencial na relação de ajuda, que tem como elementos fundamentais a compreensão empática e a aceitação incondicional. Integra em si o “escutar” que é uma técnica de comunicação bastante efetiva. A escuta constitui “o pano de fundo das atitudes de receptividade e de partilha necessárias à comunicação e à relação de ajuda.” (Phaneuf, 2005, p. 152). É, portanto, uma técnica de comunicação não verbal cuja finalidade é transmitir interesse sobre as necessidades, preocupações e problemas do cliente. É uma demonstração de disponibilidade intelectual e afetiva e de atenção, sendo também uma qualidade de presença. Como técnica não verbal, a escuta ativa associa-se à comunicação verbal integrando questões de encorajamento à expressão de sentimentos e crenças (Chalifour, 2008; Coelho & Sequeira, 2020; Phaneuf, 2005).

Assim, a escuta ativa é “um processo dinâmico, ativo e voluntário que envolve todo o corpo, no sentido de compreender verdadeiramente os sons e o silêncio.” (Lazure, 1994, cit. por Coelho & Sequeira, 2020). Foi nesta qualidade que esta intervenção de Enfermagem foi utilizada.

As intervenções psicoeducativas podem ser estruturadas, ou decorrer durante a interação de conversação e visam as atitudes e comportamentos (Amaral et al., 2020). A educação como intervenção de enfermagem é abordada por várias teóricas, como e.g., Peplau, Orem, Neuman, Henderson, Johnson e Orlando. Em comum têm o reconhecimento de que a educação é um processo interpessoal, que pretende uma alteração no modo de pensar, de sentir e de comportamento por parte do cliente, no sentido de identificar e desenvolver conhecimentos e aptidões visando a satisfação das suas necessidades, ou obtenção do seu máximo bem-estar integrado no seu grupo natural, por intervenção do enfermeiro, que assiste, orienta, instrui, aconselha e explica sobre os assuntos em causa. A intervenção psicoeducativa integra conhecimento que deriva das teorias de ensino e aprendizagem, a saber: teoria behaviorista, teoria cognitiva e teoria humanista (Townsend, 2011).

É importante que os enfermeiros tenham em mente que a intervenção psicoeducativa sendo uma intervenção de enfermagem decorre no contexto de uma relação de ajuda.

Amaral et al., (2020) consideram a psicoeducação como uma “forma específica de educação.” (Op. Cit., p. 174) e no contexto do exercício desta intervenção por um EESMP, relacionam-na com a educação para a saúde, visando as atitudes e comportamentos em saúde.

A finalidade da intervenção psicoeducativa é proporcionar às pessoas que sofrem de problemas mentais e às suas famílias uma fundamentação mais sólida de saberes para conhecerem estratégias de enfrentar e prosperar apesar da condição, conhecendo um itinerário melhor para funcionar de forma ótima, sem ser muito condicionada pelo seu transtorno. Outros objetivos são permitir a expressão de emoções, apoio no regime medicamentoso, capacitar para a aplicação de técnicas de autoajuda, e desenvolver competências de autoajuda (Pinho, 2021).

A aprendizagem refere-se aos domínios afetivo, cognitivo e psicomotor. O domínio afetivo refere-se a atitudes, sentimentos e valores; sendo o objetivo do enfermeiro incorporar a alteração necessária no sistema de crenças do cliente. O domínio cognitivo diz respeito aos processos de conhecimento e pensamento; pelo que implica a compreensão da informação recebida sobre o tema ou situação problema, que permita a sua aplicação e síntese ao nível intelectual, antes da sua transposição para a ação comportamental. O domínio psicomotor traduz o processamento intelectual da informação e expressão de comportamentos motores congruentes. A verificação deste comportamento pode ser efetuada de várias formas, observação direta, registos escritos, audiovisuais, etc.. Deveremos considerar que para que esta alteração psicomotora desejável possa ser sustentada no tempo, a componente afetiva que se refere ao valor da alteração e a componente cognitiva que se refere ao entendimento e processamento da informação acerca da alteração devem anteceder a componente psicomotora. Além destes três domínios deveremos também ter conta as expectativas do cliente (Townsend, 2011; Amaral et al, 2020).

As estratégias de ensino-aprendizagem devem ser adequadas às idades e estádios de desenvolvimento. Referiremos apenas as que são apropriadas para a população adulta, por ser esta o tipo de população com quem interagimos. Assim, as estratégias indicadas são as que valorizam experiências anteriores, devem focar-se nas preocupações imediatas, devem adaptar-se ao estilo de vida da pessoa e considerar o cliente um participante ativo (Townsend, 2011).

Algumas das várias condições suscetíveis de serem intervencionadas por psicoeducação incluem perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade, perturbação bipolar, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e depressão (Pinho, 2021)

Townsend (2011) e Amaral et al., (2020) entendem a intervenção psicoeducativa como sendo constituinte do regime terapêutico e tendo por objetivos modificar os significados dos factos sobre os transtornos mentais e capacitar as pessoas para a compreensão dos diagnósticos de enfermagem

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery relacionados com o domínio do conhecimento, incrementando a sua aprendizagem sobre as estratégias adequadas para gerir a doenças e os seus sintomas. Desta forma, a psicoeducação permite responder aos diagnósticos de enfermagem como “Conhecimento diminuído” (do cliente, da família ou do cuidador).

A utilização desta intervenção psicoterapêutica deu resposta aos diagnósticos de “Conhecimento, diminuído (em relação à gestão dos sintomas e gestão do regime terapêutico)”.

Outras intervenções efetuadas foram: a promoção da adesão ao regime terapêutico e a promoção da aceitação do estado de saúde.

Os resultados observados no momento foram um comportamento tranquilo e a perceção de atividade reflexiva. Outros resultados observados noutras interações posteriores, foi que ele nos procurava para esclarecer dúvidas e para obter uma interação pessoal gratificante.

Durante a interação com o cliente vigiámos as nossas emoções, pensamentos e comportamento, pois estávamos cientes da utilização de nós próprias como instrumento terapêutico. Sentimos compaixão pelo cliente e empatizámos com o seu sofrimento. Detetámos e gerimos um fenómeno de contra-transferência: o cliente tem uma idade aproximada da do nosso filho, o que nos gerou um sentimento de cuidado e proteção maternal. Como forma de gerir este fenómeno pensámos que o cliente é um adulto e filho de outra pessoa, além de que o nosso papel era o de profissional de saúde.

Sentimos as dificuldades normais de quem está a iniciar um percurso profissional em que as referências são apenas teóricas. Nunca tínhamos tido contacto com uma pessoa em fase aguda do seu transtorno. Durante a interação tivemos de pensar o que dizer, nas possíveis consequências do que era dito e como era dito, além de vigiar a reação do cliente à nossa comunicação, pelo que utilizámos a estratégia de falar de forma pausada. Veio-nos à mente a assunção acerca da relação enfermeiro-cliente referida por Lopes (2018), em que afirma que a esta relação é procedimental no sentido em que a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica acontecem de forma simultânea, e que este procedimento lhe imprime uma dinâmica de estrutura helicoidal.

### *Aprendizagens e competências*

A realização desta entrevista de ajuda possibilitou-nos aprendizagens e desenvolvimento de competências relativas à relação terapêutica e relação de ajuda, bem como de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. A interação desenvolvida apresentou características psicodinâmicas. Praticámos as atitudes, técnicas de comunicação, as estratégias relacionais e intervenção psicoterapêutica.

Utilizando o processo de enfermagem como método para a prática alicerçado no pensamento crítico, desenvolvemos competências de ajuda da pessoa integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a SM, mobilizando as dinâmicas do contexto (OE, 2018).

A prática de intervenções de âmbito psicoterapêutico possibilitou o desenvolvimento da quarta competência em ESMP (Op. Cit.).

Consideramo-la uma experiência muito enriquecedora como futura EESMP.

### ***O estudo de caso à pessoa com Humor Depressivo e Ideação Suicida***

O caso estudado refere-se a uma pessoa com diagnóstico nosológico de “Depressão com sintomas psicóticos”. Esta escolha prendeu-se com o facto de existir uma prevalência elevada de pessoas com esta sintomatologia a nível mundial e também em Portugal, tornando-a relevante pela incapacidade que produz com impacto físico, mental, familiar e social e ainda pelos efeitos económicos associados ao absentismo laboral (Eurostat, 2014; Joint Action on Mental Health and Well-being [JAMHW], 2020); além de ser o transtorno mental comum que mais afeta as pessoas/clientes de quem cuido no meu contexto de exercício profissional.

A elaboração do estudo de caso teve como finalidade promover a aprendizagem de competências e habilidades na prestação de cuidados especializados em ESMP e como objetivos específicos: expor o caso da pessoa com humor depressivo e ideação suicida; fundamentar o caso com recurso à literatura disponível; utilizar a metodologia do processo de enfermagem na elaboração do plano individual de cuidados à pessoa com humor depressivo e ideação suicida, e identificar o assunto/tema sobre o qual nos iremos focar no nosso Projeto de Intervenção.

Na consideração dos transtornos do humor depressivo há que prestar atenção aos fatores de risco para o seu desenvolvimento atuando de forma preventiva e atempada. A promoção da saúde mental em todas as políticas, em intervenções educativas (literacia em saúde mental) dirigidas tanto ao nível nacional como ao nível local devem ser consideradas por forma a capacitar as pessoas para efetuarem escolhas saudáveis.

Na abordagem a este tipo de transtorno pode considerar-se o modelo de cuidados escalonados (*Stepped care*), alicerçado num prisma de cuidados colaborativos (*collaborative care*).

Considerámos o Modelo dos Sistemas desenvolvido por Betty Neuman adequado para enquadrar este caso concreto, pois o modelo valoriza os stressores como fatores disruptivos do equilíbrio do cliente e do seu sistema. Neste caso concreto entendemos que as linhas de defesa do cliente não foram suficientes para conseguir gerir o stresse provocado por dificuldade nas relações interpessoais, ocorrendo um processo de doença mental resultante deste desequilíbrio.

A nossa compreensão acerca dos fatores precipitantes para o humor depressivo neste caso, é que derivam de utilização de estratégias de *coping* ineficazes, de uma autoestima frágil, de uma resiliência pouco robusta, bem como de um compromisso de desenvolvimento no início da idade adulta (fase Intimidade *versus* Isolamento, segundo a teoria de desenvolvimento psicossocial de Erikson).

Como enfermeira a nossa perspetiva é a do cuidado fundamentado na *praxis* baseada na evidência e orientado pela metodologia do processo de enfermagem. Mantivemos uma visão, compreensão do caso e planeamento dos cuidados de enfermagem fundamentada nas competências específicas do EESMP.

O Plano Individual de Cuidados foi elaborado segundo a metodologia do processo de enfermagem. Considerámos a avaliação objetiva dos diagnósticos de enfermagem através da aplicação de instrumentos de colheita de dados validados para a população portuguesa, possibilitando a extração de dados e obtenção de um Core Mínimo de Dados que permitiu o cálculo e obtenção de Indicadores de Resultado Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

As principais intervenções psicoterapêuticas efetuadas foram: estimulação cognitiva; reestruturação cognitiva; relação de ajuda profissional; estratégia expressiva favorecendo a consciência de si; a resolução de problemas e a terapia de suporte.

Consideramos ter alcançado a finalidade deste trabalho adquirindo e aprofundando conhecimento, habilidades e competências relativamente à aplicação do processo de enfermagem nos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa com humor depressivo e ideação suicida; e ter respondido aos objetivos específicos.

A elaboração deste estudo de caso proporcionou-nos uma compreensão do que pode significar viver com um transtorno do humor depressivo major com sintomas psicóticos e ideação suicida; percebemos os elementos negativos da situação, mas também que podem ser potenciados aspetos positivos nas pessoas para que recuperem a sua vida. A interação com a pessoa cujo caso estudámos espoletou em nós reflexões sobre a fragilidade humana e os desafios da vida.

Em termos profissionais, consideramos que nos proporcionou uma experiência rica em aprendizagens que serão fundamentais para o exercício especializado da ESMP.

### ***A formação em serviço***

A formação em serviço intitulada “Sistema de Informação de Enfermagem SClínico® e Focos de Enfermagem de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica” foi outra das atividades desenvolvidas neste estágio.

A formação em serviço é uma atividade que dá resposta ao enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015b). No ponto que se refere à organização dos cuidados de enfermagem, podemos ler que são elementos importantes:

“A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem especializados em saúde mental do cliente, as intervenções próprias de enfermagem especializada em saúde mental e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializada obtidos pelo cliente; (...) A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados especializados;” (OE, 2015b, p. 17037).

A formação em serviço é uma atividade essencial para a prática da enfermagem de qualidade e com critérios de excelência, transversal a todos os níveis de intervenção, desde a prestação direta de cuidados, à gestão.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica baseia-se no diagnóstico e intervenção “perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição.” (OE, 2018, p. 21427). O diagnóstico e a intervenção são atividades fulcrais do processo de enfermagem, que se traduz na forma metódica e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem (Gonçalves et al., 2020).

Assim, o processo de enfermagem pressupõe a utilização de uma taxonomia que possibilita uma abordagem sistemática do cuidado à pessoa e permite descrever a prática da enfermagem de uma forma precisa, objetiva e rigorosa. A criação pelo Conselho Internacional de Enfermagem da taxonomia da CIPE, visa a utilização de uma linguagem uniformizada pelos enfermeiros, mais concretamente na definição diagnóstica e na identificação das intervenções que respondem às necessidades das pessoas (Op. Cit.).

Os Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) conjugam estas componentes dos cuidados de enfermagem (Processo e Taxonomia) suportando a decisão clínica dos enfermeiros, documentando-a e partilhando-a (Op. Cit.). Os SIE são sistemas informáticos que possibilitam colher, editar, guardar, relacionar, mostrar e comunicar dados para gerir serviços, recursos e a prática da enfermagem. A integridade referencial entre diagnósticos, status, intervenções, dados da observação/vigilância do utente e os resultados, constituem os conceitos basilares associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE (OE, 2007).

Podemos considerar que o SIE é onde o processo de enfermagem, nas suas diversas fases, é registado, baseado numa linguagem comum validada e que exprime as atividades dos cuidados de enfermagem.

O diagnóstico da situação foi efetuado a partir da consulta do SIE SClínico®, em que se verificou insuficiências no levantamento dos focos de enfermagem referidos (e.g., o foco Adesão ao regime medicamentoso nunca se encontra levantado; o foco Autocuidado encontra-se levantado algumas vezes).

Os enfermeiros do serviço manifestaram interesse pela Ação de Formação em Serviço, manifestando atenção à informação exposta, colocando questões e explorando o programa informático.

Após a Ação de Formação em Serviço verificou-se uma otimização na utilização do SClínico® pelo incremento do levantamento dos focos que anteriormente eram pouco valorizados.

Percebemos que contribuímos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental no serviço, pelo que os objetivos da Ação de Formação em Serviço foram alcançados.

A frequência deste estágio possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais à prática de ESMP, através da realização de numerosas atividades e intervenções dirigidas à pessoa em situação de agudização do seu transtorno mental. Durante a prática clínica neste contexto socorremo-nos de vários referenciais teóricos, e.g., a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, o Modelo dos Sistemas de Neuman, o Modelo do Autocuidado de Orem, entre outros.

A frequência deste estágio constituiu um desafio pessoal e profissional importante sendo bastante gratificante. O nosso percurso profissional até à data foi na área de cuidados médico-cirúrgicos, pelo que o contacto com clientes com transtorno mental em fase aguda exigiu-nos a mobilização de recursos pessoais, conhecimento e estratégias de adaptação. Em termos pessoais, incrementou a nossa compreensão para os fatores contribuintes e desencadeantes de agudização do transtorno mental, bem como das dificuldades de gestão de situações complexas. Desenvolvemos a consciencialização dos mecanismos de defesa e adaptação usados pelos clientes e por nós, e a forma como gerimos os fenómenos de transferência e de contra-transferência. Promoveu em nós a realização de exercícios de técnicas de atenção plena, reflexivas e de resiliência. Este processo possibilitou desenvolvermo-nos como enfermeira e como pessoa.

### ***2.3.3 - Caracterização do Hospital de Dia de Psiquiatria***

O HD de Psiquiatria recebe pessoas com doença mental em situação de dependência psicossocial ou com doença mental de evolução prolongada, provenientes de uma cidade e de três concelhos limítrofes e serve uma população de cerca de 245.024 habitantes (INE, 2021).



A referenciação obedece aos pressupostos expostos na Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (Carvalho, et al., 2015) e pode ser de carácter interno (proveniente do Centro Hospitalar: Serviço de Urgência ou Consulta Externa) ou de carácter externo (de outras organizações prestadoras de cuidados de saúde pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde).

O HD articula com a USO que detêm três ateliers terapêuticos em funcionamento (jardinagem e hortofloricultura, expressão plástica e carpintaria), com o refeitório e com a cafetaria da Unidade de Transição.

O edifício do HD é constituído no piso térreo por uma sala para os técnicos da equipa multidisciplinar (enfermeiros, técnico de saúde ocupacional e psiquiatras), uma sala de tratamentos e atendimento personalizado e duas salas de atividades (uma multiusos e outra para atividades de culinária); no piso superior existem dois gabinetes para atendimento personalizados e uma sala de formação.

O HD funciona em dias úteis, no horário entre as 08:00h e as 17:00h, na modalidade de internamento parcial, tem uma capacidade de 12 vagas, estando os utentes divididos em dois grupos de seis utentes<sup>9</sup> cada. A duração do internamento é de seis meses.

Sendo que o HD funciona em articulação com a USO, os utentes que frequentam esta estrutura de prestação de cuidados são pessoas com incapacidade psicossocial de grau moderado a reduzido, clinicamente estabilizadas, que apresentam disfuncionalidades nas áreas das relações, da ocupação e da integração social. A frequência do HD/USO visa a promoção da autonomia, estabilidade emocional e participação social, por forma a possibilitar a integração social, familiar e profissional. Apoiar também a reabilitação psicossocial nas atividades de vida diária, da esfera sócio-ocupacional, que engloba o convívio e lazer, a supervisão na gestão da medicação, apoio aos familiares e outros cuidadores visando o envolvimento familiar, apoio de grupos de autoajuda, apoio e encaminhamento para serviços de formação e integração profissional, promoção de atividades socioculturais e desportivas, em articulação com estruturas existentes na comunidade (Santos & Santos, 2020).

Aquando da admissão, os utentes assinam um Contrato Terapêutico, são definidos objetivos de reabilitação, efetuado o Plano Individual Terapêutico, é-lhes atribuído um Enfermeiro de Referência e

---

<sup>9</sup> Utilizamos o termo “utente” pois estamos a referir-nos ao utilizador do serviço. Em contexto de cuidados de enfermagem utilizamos o termo “cliente”.

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery são distribuídos pelos ateliers ocupacionais disponíveis atendendo às suas preferências e disponibilidade do serviço.

Os utentes são divididos em dois grupos, o A e o B, e realizam atividades terapêuticas conforme o planeamento mensal.

### ***2.3.4 - Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto comunitário***

Este estágio decorreu num Hospital de Dia de Psiquiatria que tem como missão prestar cuidados a pessoas com doença mental em processo de reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial está especialmente vocacionada para a utilização de intervenções não-farmacológicas com a finalidade de ajudar a pessoa a recuperar de doenças mentais graves (King et al., 2012). Como enfermeira sinto-me particularmente atraída para este contexto de prestação de cuidados, pois as intervenções autónomas e não farmacológicas de ESMP constituem um grande contributo para o processo de reabilitação psicossocial. O argumento exposto representa a principal razão para a escolha do contexto de estágio.

Sendo que o contexto do estágio tem como objetivo a reabilitação psicossocial dos utentes, as atividades e intervenções de enfermagem planeadas e implementadas tiveram em vista essa finalidade.

Tal como no Estágio de ESMP I, realizámos pesquisa bibliográfica por forma a fundamentar a nossa prática na evidência científica.

Também efetuámos atividade reflexiva e de consciência de nós. As experiências vividas no primeiro estágio constituíram uma referência importante.

Participámos na passagem de turno contribuindo com informação relevante para o processo de cuidados aos clientes.

Participámos no acolhimento do cliente ao HD, tendo em mente que esta é uma intervenção essencial e promotora da relação terapêutica. Perspetiva corroborada por Cooper (2009) que coloca o

acolhimento na esfera da abordagem existencial-humanista à pessoa com necessidade de ajuda profissional em saúde mental e evidencia a sua importância. Chalifour (2008), perspectiva o acolhimento como uma estratégia relacional e como a tradução da atitude tanto do profissional (enfermeiro/interveniente) como do cliente para consigo-mesmo. A principal finalidade do acolhimento é “prestar atenção ao cliente e ao que ele vive (comportamentos, sensações, pensamento, emoções e necessidade) e, favorecer a sua expressão em função dos objetivos da entrevista.” (Chalifour, 2008, p. 177).

O acolhimento pretende garantir as condições físicas e afetivas essenciais à execução de uma entrevista; firmar um contacto físico e afetivo; promover a relação de confiança; demonstrar de várias maneiras o interesse do profissional pelo cliente; evidenciar ao cliente que o que ele é, diz, e faz é digno de interesse; incentivar o cliente a compartilhar com o profissional as suas percepções, pensamentos, emoções e necessidades; predispor o cliente a conectar-se com o seu mundo interior; e induzir a consciencialização de que o cliente detém em si os instrumentos para o ajudar a resolver as suas dificuldades (Op. Cit.). Uma das formas do profissional demonstrar o seu interesse pelo cliente é disponibilizando-se para ajudá-lo na(s) sua(s) necessidade(s), promover o seu conforto físico, e incentivá-lo a expressar-se. Nas técnicas de comunicação verbal os reflexos como a reformulação e a elucidação, devem ser privilegiados, pois demonstram um esforço de compreensão empática do cliente. Também a clarificação, ou a solicitação de exemplificação que visem uma melhor compreensão, demonstram ao cliente que as suas verbalizações são alvo de interesse (Op. Cit.).

Os Serviços de Saúde de Alberta, Canadá, elaboraram um *toolkit* acerca do acolhimento e da sua importância e nele conceptualizam o acolhimento como o “ato ou processo de cumprimentar voluntariamente e receber indivíduos à chegada com interesse, prazer e cortesia.” (Alberta Health Services Addiction and Mental Health (AHSAMH), 2016, p. 10). A evidência demonstra que a forma como a pessoa/cliente se sente tratado durante a sua experiência de contacto com os serviços de saúde é o que mais impacto tem no indivíduo. As pessoas pensam na sua experiência pela forma como são tratadas como pessoa, não pela maneira como são tratados para seu problema ou doença. As experiências são frequentemente julgadas com base na impressão e não a realidade, pelo que devemos ter isso em mente ao prestar cuidados a clientes com dependência, doença mental e transtornos concomitantes (Lee, 2004 in AHSAMH, 2016).

Foi demonstrado que o acolhimento bem-sucedido reduz as barreiras de acesso, incrementa a satisfação do cliente e ajuda as pessoas a sentirem-se aceites pelos outros, o que leva a uma maior

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery  
sensação de autoaceitação de si próprio e um sentimento de esperança de que as coisas possam melhorar (Godlaski et al., 2009).

Faria (2014) na sua monografia associada à formação especializada em enfermagem, apresentou o acolhimento como uma estratégia de intervenção que contribui para a humanização dos cuidados oferecidos aos utentes de um Centro de Atenção Psicossocial em Saúde Mental. Considera esta estratégia de intervenção como uma mais-valia na assistência direcionada para as necessidades emocionais e culturais dos utentes, pretendendo promover uma aproximação interpessoal, e estabelecer novas e verdadeiras relações, fomentando os encontros, afetos e conversas.

Nos cuidados de enfermagem a pessoas com transtorno mental, em que a relação terapêutica e de ajuda são um veículo fundamental para as intervenções psicoterapêuticas e para a prestação dos cuidados de enfermagem instrumentais, o acolhimento estando associado ao primeiro contacto com o cliente, apresenta uma importância de relevo.

Participámos na preparação e administração da medicação. Supervisionámos a administração da medicação. Durante esta atividade, efetuámos avaliação da adesão e do conhecimento que os clientes tinham acerca da medicação e realizámos psicoeducação acerca do assunto conforme as necessidades identificadas.

Supervisionámos as refeições, o que nos proporcionou efetuar a vigilância da ingestão nutricional e hídrica.

Participámos em atividades terapêuticas de grupo como terapeuta principal e como coterapeuta. Os módulos de atividades em que participámos foram de treino de competências, movimento/relaxamento, psicoeducação, estimulação cognitiva e reunião comunitária. Estas atividades permitiram-nos utilizar técnicas e estratégias de dinamização de grupos; praticar técnica de comunicação para grupos; consciencializar-nos da nossa postura e padrão de comunicação perante um grupo e adaptar-nos ao contexto e necessidades.

Efetuámos uma Revisão Integrativa da Literatura intitulada “Intervenções De Enfermagem Promotoras De Esperança Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery” (Apêndice I).

Elaborámos um artigo científico com base na RIL efetuada e propusemo-lo para publicação.

Por forma a consagrar o planeamento e execução das intervenções previstos no nosso PI, efetuámos entrevista clínica de avaliação diagnóstica dirigida ao foco “Esperança”, onde aplicámos instrumentos de avaliação diagnóstica (guião de entrevista (Anexo I), Escala da Esperança de Herth-PT (Anexo II) e Termómetro da Esperança) e realizámos atividades de Promoção da Esperança como terapeuta principal. No total realizámos oito sessões. O planeamento das atividades de promoção da esperança ficou disponível no serviço, por forma a poder ser utilizado pelos enfermeiros na realização das suas atividades psicoterapêuticas.

Elaborámos uma pasta de acesso livre a todos os enfermeiros da equipa, em que consta informação científica atual, sobre a esperança e as intervenções promotoras de esperança.

Elaborámos uma proposta de Programa de Promoção da Esperança baseado na informação obtida da RIL, que passaremos a expor no subcapítulo seguinte. Devido à impossibilidade de obter autorização das entidades competentes em tempo útil da frequência do nosso estágio, não foi possível implementá-lo.

Participámos como coterapeuta, em colaboração com o Terapeuta Ocupacional, em atividades como Gincana e Peddy-Paper. Estas atividades permitiram uma efetuar avaliação diagnóstica relativa à motricidade e coordenação motora, intervir no sentido de melhorar a postura corporal e o equilíbrio. Pudemos também observar elementos de âmbito psicossocial, como a colaboração para a realização de tarefas, o estilo de competitividade, a interação pessoal. Estas atividades têm uma forte componente recreativa que foi explorada por nós no sentido de proporcionar emoções positivas e bem-estar.

Participámos na reunião multidisciplinar. Esta atividade possibilitou-nos conhecer a perspetiva dos outros técnicos e colaborar com informação relevante para o planeamento do Projeto Terapêutico Individual dos clientes.

Mantivemos o ambiente seguro e com condições terapêuticas, garantindo que os utentes não possuíam objetos cortantes ou perfurantes. Verificámos que as condições de segurança eram observadas nos ateliers ocupacionais, e.g., a utilização de luvas aquando do corte de madeira, a utilização de calçado apropriado para realização de atividades de jardinagem e hortifruticultura. As condições terapêuticas foram garantidas facultando boas condições de higienização e organização dos espaços, disponibilizando acesso a luz natural, proporcionando condições térmicas adequadas à

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery realização das atividades terapêuticas e proporcionando acesso aos técnicos de saúde que os utentes necessitavam. Foram observadas as regras de higiene e controlo da infeção relacionadas com a transmissão do vírus SARS-CoV-2 e outros patogénicos mais frequentes.

Efetuámos entrevista clínica de avaliação diagnóstica inicial para colheita de dados, entrevistas de ajuda para a pessoa com necessidade de suporte psicológico; entrevistas de ajuda para a resolução de problemas e conflitos; entrevistas de ajuda em situação de crise. Estas atividades foram fulcrais para o treino de técnicas de entrevista e comunicação terapêutica.

Efetuámos intervenção na gestão da ansiedade e promoção do autocontrolo. Verificaram-se algumas situação de exacerbação da ansiedade para o nível muito elevado que necessitou da nossa intervenção. Mais adiante, expomos e analisamos uma dessas situações.

Efetuámos intervenção individual na promoção da autoestima, da resiliência e da esperança, principalmente em situação de entrevista informal, não estruturada. Aproveitámos os momentos de conversação espontânea informal para efetuar esta intervenção.

Efetuámos registos clínicos no SIE SClínico®. Neste serviço, os registos foram efetuados no espaço do “Diário Clínico”.

Efetuámos formação profissional. Participámos na Conferência LUTO.

De todas as atividades e intervenções especializadas em ESMP efetuadas, as mais frequentes foram a intervenção em crise, a entrevista de relação de ajuda programada e a promoção da esperança. Para uma melhor compreensão das intervenções efetuadas, passamos a expor e analisar algumas dessas situações.

### ***A intervenção em crise***

Uma das situações em que houve necessidade de intervenção em crise, ocorreu com uma cliente de 22 anos, com diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline e Humor Depressivo de base ansiosa. A cliente encontrava-se em sessão de grupo de psicoeducação e começou a hiperventilar, com tremores generalizados e comportamento de auto-agressão (arranhou-se).

A cliente foi retirada da sessão e encaminhada para a sala de tratamentos onde poderia ter atendimento personalizado e privado.

Colocámo-nos a cerca de 90° em relação à cliente, numa proximidade pessoal e falámos com voz calma. Indicámos-lhe que estávamos ali para a ajudar a ultrapassar aquela situação. Disponibilizámos a nossa presença.

Começámos por instruir a cliente a efetuar exercícios de respiração controlada por forma a diminuir a ansiedade, a aumentar a sua concentração para o momento presente e parar o comportamento auto-agressivo. De seguida, incentivámos a expressão de emoções e o reconhecimento do fator desencadeante. Explorámos o significado do fator desencadeante e colocámo-lo em perspetiva. Proporcionámos suporte emocional. Passámos a identificar os seus recursos internos e mobilizámo-los no sentido de promover o autocontrolo.

A cliente reduziu a ansiedade para um nível que conseguiu gerir, parou com o comportamento autolesivo e manteve-se equilibrada durante cerca de uma semana.

### Análise da intervenção

A crise pode ser definida como “um estado temporário de desorganização, habitualmente associado a um desequilíbrio emocional, que advém da ineficácia das estratégias de *coping* que a pessoa utiliza num determinado momento.” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 220).

As crises são de natureza pessoal, têm um carácter agudo, são sentidas como uma ameaça e podem constituir uma oportunidade de desenvolvimento (Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2011).

Existem várias fases no desenvolvimento de uma crise. Na primeira fase o indivíduo é exposto a um elemento *stressor* precipitante. A segunda fase emerge quando o indivíduo não consegue aliviar a ansiedade utilizando as estratégias habituais. Na terceira fase são mobilizados os recursos internos e externos para resolver o problema e aliviar a ansiedade. A quarta fase ocorre se não houver resolução das fases anteriores (Chalifour, 2009; Townsend, 2011).

Rapoport *in* Chalifour (2009) identifica os fatores que podem suscitar uma crise:

- “1 um acontecimento inesperado que tem um carácter ameaçador;
- 2 uma ameaça a uma necessidade instintiva que, simbolicamente, se relaciona com ameaças vividas anteriormente e que provocaram uma certa vulnerabilidade;
- 3 um défice de habilidade da pessoa para fornecer uma resposta adequada utilizando mecanismos de controlo apropriados.” (Chalifour, 2009, p.184).

Existem seis tipos de crises identificados por Baldwin *in* Townsend (2011), são elas: crises disposicionais; crises antecipadas de transições de vida; crises resultantes de *stress* traumático; crises de desenvolvimento; crises que refletem psicopatologia; e, emergências psiquiátricas.

O caso da nossa cliente refere-se a uma crise do tipo que reflete psicopatologia.

A finalidade da intervenção em crise é a resolução da crise, no sentido de prevenir uma maior deterioração e atingir pelo menos o estado pré-crise. Os objetivos específicos são: estabelecer e manter um laço positivo e significativo; colher informações; indagar quais os fatores precipitantes; ajudar a pessoa a consciencializar-se do significado dos fatores precipitantes; corrigir as distorções cognitivas; incentivar a pessoa a expressar as emoções; explorar o potencial da rede de apoio da pessoa para ajudá-la as suas capacidades de controlo; e, oferecer apoio (Chalifour, 2009; Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2011).

Tendo os objetivos em mente, aplica-se as fases do processo de enfermagem à situação. Assim, a apreciação culmina com a elaboração dos diagnósticos de enfermagem que podem ser:

- “1. *Coping* ineficaz
2. Ansiedade (grave a pânico)
3. Processos de pensamento perturbados
4. Risco de violência dirigida a si próprio ou a outros (...)” (Townsend, 2011, p. 216).

Na nossa apreciação do caso identificámos todos os diagnósticos supramencionados. Neste caso todos estavam presentes em grau elevado. Também poderíamos ter apurado dados sobre a sua rede de apoio (Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2011).

No planeamento da intervenção tivemos em conta o tipo de crise e os pontos fortes da cliente. (Sequeira & Sampaio, 2020; Townsend, 2011).



Na fase de implementação das intervenções, utilizámos uma abordagem orientada para a realidade; disponibilizámos a nossa presença; estabelecemos uma relação terapêutica breve, demonstrando aceitação incondicional, praticando escuta ativa e atendendo às necessidades imediatas; ajudámos a colocar o problema em perspetiva corrigindo a distorção de pensamento; exercemos comunicação assertiva na imposição de limites ao comportamento auto-agressivo; clarificámos o que a cliente reconheceu como sendo o seu problemas; ajudámos no reconhecimento dos fatores precipitantes (Chalifour, 2009; Townsend, 2011).

Outras intervenções que poderíamos ter implementado são: o reconhecimento dos sentimentos (raiva, impotência, incapacidade) tendo o cuidado de não lhe dar *feedback* positivo; orientado a cliente para um processo de resolução de problemas proporcionando uma perspetiva positiva na qual ela se poderia mover; identificado os recursos de apoio externo e novas redes sociais onde a cliente pudesse procurar ajuda em situações de stress (Chalifour, 2009; Townsend, 2011).

Na avaliação da resolução da crise efetuámos uma reapreciação para determinar se os objetivos foram alcançados. O resultado alcançado foi a alteração de comportamento, que passou para controlado e adequado e a estabilização da ansiedade para um nível que a cliente conseguiu gerir.

#### Aprendizagens e competências

Durante a entrevista de intervenção em crise vigiámos os nossos pensamentos, emoções, sentimentos e valores por forma a que não interferissem negativamente na relação terapêutica. Mobilizámos a nossa capacidade expressiva, linguagem corporal e compreensão empática com intenção de inculcar tranquilidade à cliente. Desta forma efetuámos aprendizagens na âmbito da primeira competência do EESMP.

Ao fundamentarmos a nossa intervenção no método do processo de enfermagem desenvolvemos aprendizagens na âmbito da terceira competência do EESMP.

Ao utilizarmos intervenções de âmbito psicoterapêutico efetuámos aprendizagens na âmbito da quarta competência do EESMP.

### ***Entrevista de relação de ajuda programada***

A entrevista de relação de ajuda programada que passamos a relatar, diz respeito a uma mulher de 42 anos, detentora do 10º ano de escolaridade, com formação profissional, casada e mãe de uma filha, admitida no Hospital de Dia de Psiquiatria por Transtorno Depressivo.

A cliente encontrava-se a frequentar o atelier de expressão plástica, quando exacerbou reações de irritabilidade e impaciência face à atividade que estava a realizar. A nossa presença foi solicitada pela monitora do atelier e acorremos ao local.

Já anteriormente tínhamos desenvolvido relação terapêutica com a cliente noutras ocasiões. Cumprimentámos a cliente e perguntámos-lhe se gostaria de nos acompanhar para um local mais privado onde pudéssemos conversar. Ela aceitou e encaminhámo-nos para a sala de tratamentos, local onde decorreu esta primeira entrevista.

Questionámos a cliente sobre o que é que se passava com ela, como é que se sentia. A cliente refere sentir-se angustiada pela razão que motivou o internamento. Exprime angústia, que se sente encurralada e sem esperança na resolução da situação. Apresenta humor deprimido, contacto pouco sintónico, pensamento lógico sem alteração do curso ou conteúdo, discurso circunstanciado de alto débito e comportamento congruente com o estado mental.

Como a cliente apresenta discurso circunstanciado de alto débito, após incentivarmos a expressão de emoções e o seu reconhecimento, optámos por orientar a cliente para a sua história de vida no contexto. Os objetivos definidos foram: obter informação importante sobre o contexto, elemento significativos e noções acerca da situação da cliente.

No final da entrevista questionámo-la sobre como se sente nesse momento, ao que responde que está mais aliviada em relação à angústia, menos irritada.

Pergunto-lhe se quer continuar a reunir-se comigo, no sentido de darmos continuidade à intervenção de relação de ajuda. A cliente concorda e determinámos o objetivo terapêutico. Combinámos reunir-nos na semana seguinte com a indicação que a cliente poderia recorrer a nós ou a outro elemento da equipa multiterapêutica se sentisse necessidade.

No total programámos e efetuámos mais três entrevistas.

### Análise da entrevista

A entrevista foi do tipo informal não estruturada (Phaneuf, 2005).

Durante a entrevista demonstrámos compreensão empática, aceitação incondicional, respeito caloroso, autenticidade e compaixão (Chalifour, 2008).

As estratégias relacionais utilizadas foram: o acolhimento, o suporte e a busca da clarificação (Chalifour, 2008).

A fase da relação de ajuda foi a de “orientação da relação”, pois inicialmente efetuámos o acolhimento e avaliação diagnóstica do estado mental da cliente e da sua situação. Estreitámos laços de confiança. Através da história da cliente tomámos conhecimento da sua experiência e do significado que tem para si, e da sua dificuldade (Chalifour, 2008).

Identificámos como diagnóstico principal “Humor depressivo, em grau muito elevado”. A avaliação da intensidade do humor depressivo, foi qualitativa tendo em conta o comportamento da cliente e as suas expressões. Devido ao sofrimento expresso pela cliente, naquele momento não considerámos adequada a aplicação de um instrumento de avaliação diagnóstico que permitisse uma aferição quantitativa.

Uma vez que optámos pela história de vida no contexto, utilizámos o modelo *Outcome–Present State Test* (OPT) de raciocínio clínico reflexivo. Este modelo coloca a “ênfase na história ou narrativa e o uso da empatia como meio de forjar relações através de cuidados e a harmonia, que sintetizam os elementos num todo.” (Johnson, et al., 2013, p. 47). O modelo OPT suporta o raciocínio clínico numa “estrutura que enfoca os resultados, adotando uma abordagem sintetizadora ou de raciocínio de sistemas acerca das relações existentes entre os problemas de assistência de enfermagem associados à história de um cliente em particular” (Op. Cit., p. 48). Sendo um modelo orientado para os resultados incrementa o aperfeiçoamento da qualidade ao otimizar a avaliação da efetividade (Op. Cit.).

O OPT requer que os enfermeiros ponderem os vários problemas identificados ao mesmo tempo e distingam quais problemas ou fatores são centrais e mais importantes em relação a todos os demais (Op. Cit.).

Consideramos este modelo particularmente adequado para fundamentar a entrevista de relação de ajuda, pois no modelo OPT, a avaliação com o objetivo de obter informações é comutada pela escuta atenta, empática e compassiva da história do cliente, por forma a usar a escuta ativa na função diagnóstica, distinguindo a pessoa alvo de cuidados ao compreender totalmente as suas preocupações. A escuta atenta da história do cliente no contexto também pode favorecer o desenvolvimento de uma parceria proativa entre o enfermeiro e o cliente, atender às reais preocupações do cliente e potenciar a sua capacidade de encontrar um significado relativo à situação (Johnson, et al., 2013).

O modelo OPT facilita o processo de perspetivarmos o cliente num determinado referencial teórico (Op. Cit.). Neste caso, o referencial teórico que invocámos foi o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. A cliente refere uma história de vida com elementos disruptivos desde a infância que se mantiveram até ao presente, no entanto existiram circunstâncias e foram utilizadas estratégias de adaptação que permitiram períodos de equilíbrio e estados mentais saudáveis. Com base neste modelo, orientámos a nossa intervenção em prevenção secundária para o controlo dos sintomas.

Outra razão para a seleção deste modelo na prática de entrevista de relação de ajuda, prende-se com o facto deste assentar na prática de análise reflexiva, cruzando com a primeira competência de EESMP. A primeira competência de EESMP refere que este “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2018, p. 21428). Segundo Johnson et al., (2013), a prática reflexiva representa uma forma de aceder a uma melhor compreensão acerca da experiência de prestação de ajuda, através da qual o enfermeiro desenvolve ações pessoais cada vez mais efetivas no seu contexto de trabalho. A reflexão na tomada de decisão clínica, implica refletir durante a ação de forma consciente ou inconsciente. O enfermeiro questiona-se “O que estou a perceber e qual é o significado desta perceção?; Que julgamento estou a fazer e porquê?; Existe um curso de ação alternativo além deste que estou a usar?” (Op. Cit., p. 51). Quanto mais o enfermeiro refletir, maior será a qualidade da ajuda prestada. À medida que o enfermeiro intercala entre “a história do cliente e a suspeita-lógica orientada por uma determinada estrutura em particular que confere significado às conexões existentes entre as suspeitas, o estado ou situação em curso do paciente vai sendo moldado.” (Op. Cit., p. 51). Este processo de análise reflexiva e intervenção em relação terapêutica, combinado com desenvolvimento pessoal, representa o carácter psicodinâmico da relação interpessoal defendido por Peplau. Nesta entrevista de relação de ajuda, também invocámos a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau para alicerçar a relação com a cliente.

As intervenções psicoterapêuticas utilizadas foram: favorecer a catarse e a história de vida (Chalifour, 2009; Johnson, et al., 2013). Pela aplicação destas intervenções conseguimos alcançar os objetivos determinados para a entrevista.

Solicitámos à cliente que efetuasse uma avaliação da intervenção de ajuda questionando-a sobre a forma como se sentia no final da entrevista e assegurámos a continuidade dos cuidados programando entrevistas de seguimento (Chalifour, 2008; Coelho et al., 2020).

As entrevistas seguintes foram do tipo formal não estruturado, excepto a última que foi do tipo formal semi-estruturado (relativo aos elementos de avaliação da intervenção de relação de ajuda global). Estas entrevistas de seguimento possibilitaram o desenvolvimento da relação de ajuda para as fases de trabalho e conclusão (Chalifou, 2008).

Na última entrevista verificou-se uma evolução positiva do diagnóstico para “Humor Depressivo, presente um grau moderado”. Também desta vez a avaliação do humor depressivo foi qualitativa, pois não utilizámos nenhum instrumento que permitisse uma aferição quantitativa. Durante as entrevistas, a cliente manteve-se pouco sintónica e com baixa expressividade, levando-nos a investir da relação de confiança e na mobilização dos afetos, pelo que não considerámos prioritário a aplicação de um instrumento.

A intervenção de relação de ajuda neste formato permitiu-nos identificar aspetos da personalidade da cliente que condicionavam as suas distorções cognitivas e os afetos na sua globalidade. Esta informação foi partilhada com a equipa multidisciplinar possibilitando uma avaliação mais completa da cliente (holística), o que resultou numa alteração da abordagem psicoterapêutica, socioterapêutica e psicossocial.

#### *Aprendizagens e competências*

Da mesma forma que na anterior entrevista de relação de ajuda, adquirimos aprendizagens e desenvolvemos competências de intervenção psicoterapêutica em contexto de relação de ajuda. Praticámos a entrevista de relação de ajuda informal não estruturada, mas também a entrevista formal não estruturada e semi-estruturada. Através da prática reflexiva desenvolvemos competências de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2018).

Utilizando o modelo OPT desenvolvemos competências de ajuda da pessoa integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a SM, mobilizando as dinâmicas do contexto (Op. Cit.).

A prática de intervenções de âmbito psicoterapêutico possibilitou o desenvolvimento da quarta competência em ESMP (Op. Cit.).

Consideramos esta experiência como sendo muito enriquecedora para a prática da ESMP.

### ***Atividades de Promoção da Esperança***

Prévio à implementação das atividades de grupo de promoção da esperança, efetuámos entrevista de avaliação diagnóstica individual utilizando o guião de entrevista proposto por Querido (2020) e aplicámos a Escala da Esperança de Herth-PT (Querido, 2020) (Anexo I e Anexo II).

A realização destas entrevistas possibilitou-nos conhecer os clientes de forma individual, bem como um pouco das suas histórias. Permitiram-nos iniciar uma relação terapêutica e adquirir dados que utilizámos durante as sessões de grupo. Possibilitaram também o conhecimento do ponto de partida em que se situavam os clientes antes das intervenções, constituindo uma referência para a avaliação final.

As atividades de promoção da esperança foram dirigidas aos grupos terapêuticos, sendo incluídas nos módulos de estimulação cognitiva e desenvolvimento de competências. Por a população de utentes do Hospital de Dia ser constituída por pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, a promoção da esperança foi considerada pela equipa terapêutica como sendo adequada e potenciadora do *Recovery*.

Conforme fundamentado anteriormente, programámos quatro atividades (oito sessões) de grupo de promoção da esperança.

As sessões decorreram de acordo com a seguinte ordem:

1ª sessão: Tema Brasão da Esperança;

2ª sessão: Tema Árvore dos Talentos;

3ª sessão: Tema *Kit* da Esperança;

4ª sessão: Tema Definição de Objetivos.

Começamos com a atividade do “Brasão da Esperança”, que é uma atividade que permite a identificação dos atributos pessoais da esperança (Querido, 2020).

Na segunda sessão utilizamos o exercício da Árvore dos Talentos. Esta atividade também possibilita a identificação dos atributos pessoais da esperança, mas para além disso permitiu-nos mobilizar afetos e usar estratégia de reestruturação cognitiva (substituição de emoções negativas por emoções positivas) (*Op. Cit.*).

A terceira sessão foi destinada à elaboração do *Kit* de Esperança. Esta atividade possibilita a identificação de símbolos de esperança. Nesta sessão explorámos o significado e importância dos símbolos identificados (*Op. Cit.*).

A quarta e última sessão foi dirigida à definição de objetivos realistas. Esta sessão incluiu-se no módulo de desenvolvimento de competências. Permitiu-nos identificar as dificuldades em determinar objetivos realistas por parte de alguns clientes e orientá-los por forma a ultrapassá-las. Este exercício é baseado no processo de resolução de problemas, possibilitando que a competência desenvolvida pudesse ser transposta para outros domínios da vida dos clientes (*Op. Cit.*).

Na última sessão efetuámos a avaliação global das atividades. Avaliação global foi positiva, o objetivo geral de promoção da esperança foi alcançado e os clientes manifestaram satisfação pela aplicação das atividades.

#### Aprendizagens e competências

O desenvolvimento destas atividades como terapeuta principal exigiram-nos uma grande atenção relativamente à linguagem não-verbal e a mobilização de técnicas comunicacionais tendo como população-alvo um grupo de seis indivíduos. Foi um desafio, pois a nossa experiência de intervenção terapêutica era apenas com um único indivíduo, no entanto conseguimos realizar as atividades por forma a atingir os objetivos previamente determinados. A realização deste conjunto de sessões proporcionou-nos um conhecimento de nós que ainda não tínhamos alcançado, tendo sido uma

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery experiência bastante enriquecedora. Desta forma indo ao encontro do desenvolvimento da primeira competência de EESMP.

As atividades de avaliação diagnóstica acerca do foco “Esperança”, a identificação de resultados esperados, o planeamento das intervenções, a sua implementação e avaliação permitiram-nos desenvolver aprendizagens e competências que se relacionam com a terceira competência de EESMP.

As atividades de grupo de promoção da esperança proporcionaram-nos aprendizagens e desenvolvimento de técnicas de dinâmica de grupo. Sendo intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e socioterapêutico relacionam-se com a quarta competência de EESMP.

### **2.3.5 - Programa de Promoção da Esperança**

A frequência do estágio na Unidade de Internamento permitiu-nos identificar o foco de atenção em enfermagem “Esperança” como sendo a problemática do nosso PI. No planeamento do PPE utilizaremos a metodologia de projeto.

#### **Problemática**

Tendo anteriormente demonstrado a relevância da Esperança na prática dos cuidados da ESMP e a sua associação à reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, direcionamo-nos agora para a intervenção de enfermagem promotora da esperança no contexto de cuidados de HD de Psiquiatria.

Apesar do diagnóstico de enfermagem (utilizando a taxonomia da CIPE), “Falta de esperança, presente em grau moderado e elevado” apresentar uma prevalência representativa no HD<sup>10</sup>, não existem intervenções psicoterapêuticas dirigida ao mesmo no planeamento das atividades terapêuticas. Tendo identificado a ausência de atividades de enfermagem dirigidas à promoção da

---

<sup>10</sup> Perceção da autora corroborada pelos EESMP que desempenham funções no serviço. Os registos dos cuidados de enfermagem são efetuados em “Diário de Enfermagem”, o qual não permite inferir dados objetivos acerca dos diagnósticos mais prevalentes, nem acerca da efetividade dos cuidados.



Esperança no serviço, efetuamos uma proposta de Programa de Promoção da Esperança com possibilidades de ser implementado.

A implementação deste programa irá incidir sobre a Esperança como foco de atenção em enfermagem (**o quê**), tendo por alvo a população em situação de reabilitação psicossocial (**quem**); num Hospital de Dia de Psiquiatria (**onde**), entre novembro de 2021 e julho de 2022 (**quando**).

Para uma melhor compreensão das condições necessárias à implementação do PPE no HD dirigido à promoção da esperança na população em situação de reabilitação psicossocial, efetuámos uma análise *SWOT* (S=Strength (Forças); W=Weaknesses (Fraquezas); O=Opportunities (Oportunidades); T=Threats (Ameaças) das mesmas. Frequentemente as Forças e as Fraquezas são de cariz interno à organização e as Oportunidades e Ameaças de cariz externo (Madsen, 2016; Koch, 2000).

A análise *SWOT* revela que as conjunturas positivas superam as negativas, consideramos ter condições que garantam a implementação e continuidade do PPE proposto.

## **Objetivos**

### Objetivo geral

O Programa de Promoção da Esperança tem o objetivo geral de promover a esperança.

### Objetivos específicos

Os clientes que frequentam o PPE devem:

- Reconhecer a esperança como um sentimento positivo;
- Reconhecer a esperança como um sentimento associado à saúde mental;
- Identificar a esperança como um sentimento de recurso;
- Identificar a esperança como fator de resiliência;
- Definir objetivos realistas;

- Apresentar evolução positiva no diagnóstico “Falta de esperança, presente em grau moderado ou elevado”.

## **Planeamento**

### População alvo

A população alvo do PPE, serão os doze utentes admitidos em regime de hospitalização parcial no Hospital de Dia de Psiquiatria. Os grupos estão divididos em dois sub-grupos, com seis utentes cada, grupo A e grupo B.

Todos os utentes admitidos no serviço vivem uma situação de dependência psicossocial por doença mental grave e/ou prolongada, pelo que a principal finalidade deste internamento parcial é a sua reabilitação psicossocial.

No decorrer do PPE irão ocorrer altas e admissões, pelo que a avaliação dos resultados deverá ter em conta esta condição.

Em termos de características sociodemográficas a população é constituída de forma equilibrada entre pessoas do género feminino e masculino; todos os utentes são maiores de dezoito anos; em relação ao estado civil, existem pessoas solteiras, casadas, viúvas e divorciadas; todos eles são alfabetizados, mas os níveis de escolaridade variam bastante; geograficamente são provenientes da cidade e de três concelhos limítrofes.

À data da elaboração deste programa (início de novembro de 2021), apenas um dos utentes admitidos no HD vive sozinho, de forma independente; os restantes onze elementos coabitam com os progenitores. Cerca de dois terços dos utentes encontram-se em situação de baixa profissional por doença prolongada, cerca de um terço são desempregados, e apenas um utente está aposentado.

Os critérios de inclusão para a admissão no serviço são:

- Pessoa com doença mental clinicamente estável (embora existam duas vagas para pessoas em estado sub-agudo que estão preenchidas).

- Idade compreendida entre os 18 e os 65 anos de idade.
- Pessoa com adesão à terapêutica pouco comprometida.
- Pessoa com avaliação neuropsicológica sem alterações cognitivas irreversíveis e severas que condicionem a funcionalidade do indivíduo.

Verifica-se a existência de pouca comorbilidade na maioria dos utentes, apenas dois têm mais do que duas doenças em simultâneo.

Desta forma, o PPE aplica-se a uma população adulta, cognitivamente capaz, clinicamente estável no seu processo de doença, e com potencial de reabilitação psicossocial.

Os principais diagnósticos de enfermagem presentes nesta população são:

- Ansiedade, presente em grau moderado, elevado e muito elevado;
- Processo de pensamento, comprometido em grau moderado;
- Humor depressivo, presente em grau moderado e elevado;
- Falta de esperança, presente em grau moderado e elevado;
- Risco de suicídio, presente em grau ligeiro e moderado;
- Potencial de recuperação, presente em grau moderado, elevado e muito elevado.

#### Tipo de grupo

Idealmente o tipo de grupo seria fechado, pois a entrada e saída de elementos afeta a dinâmica e a coesão deste. No entanto, devido à necessidade de admissão de utentes para o programa de reabilitação psicossocial, em que se aplica a regra de que todos os elementos do programa participam em todas as atividades; e ainda as desistências espontâneas e altas programadas, prevê-se uma modalidade de grupo aberto.

#### Estilo de liderança

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Será adotado o estilo de liderança democrático que é centrado nos elementos do grupo, permitindo a partilha de informação entre os membros, no sentido de obterem decisões participadas e consensuais.

O papel do líder (dinamizador da sessão) será o de orientador, facilitador e perito (Townsend, 2011).

#### Local de realização das atividades

As atividades do PPE desenvolver-se-ão na Sala de Atividades do Serviço.

#### Meios e estratégias dinamizadoras

Os meios necessários serão: mesa; seis cadeiras; quadro branco; canetas para quadro branco; folhas de papel; seis esferográficas.

As estratégias dinamizadoras serão: conversa quebra-gelo (utilizando o humor), interrogativa, mapas mentais, debate, resolução de problemas.

Com base no conhecimento baseado na evidência obtido pela elaboração da RIL, propomos quatro atividades de grupo de promoção da esperança:

1ª sessão: Tema Brasão da Esperança;

2ª sessão: Tema Árvore dos Talentos;

3ª sessão: Tema *Kit* da Esperança;

4ª sessão: Tema Definição de Objetivos.

#### **Duração e calendarização**

O PPE tem a duração de oito meses, tendo início em novembro de 2021 e término em julho de 2022.

### **Implementação**

Devido à situação de pandemia pelo vírus SARS-COV-2 e a realidade face à obtenção de autorização necessária para implementação de projetos/programas nos serviços de saúde, não foi possível implementar o PPE.

### **Avaliação dos resultados**

A avaliação dos resultados do programa será efetuada na última sessão do PPE, mediante autopreenchimento de um questionário.

A avaliação individual no sentido de apurar a evolução do diagnóstico de enfermagem no *status* prévio à intervenção, deverá ser efetuada mediante entrevista formal semi-estruturada.

Segundo Ferrito et al., (2010) a avaliação rigorosa deve contemplar a utilização de vários instrumentos de avaliação com características distintas, e “implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente.” (p. 26).

Como tal, propomos a utilização dos indicadores de avaliação de resultado para a esperança determinados na NOC (avaliação qualitativa) (Moorhead, et al., 2010)., a aplicação da Escala da Esperança de Herth-PT (avaliação quantitativa) (Querido, 2013) e a determinação de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem (modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais) (OE, 2007).

N.º de casos com diagnóstico de falta de esperança,  
presente, que participaram pelo menos numa sessão  
de promoção da esperança, durante a implementação do PPE

---

x 100

N.º de casos com diagnóstico de falta de esperança,  
presente, documentados no mesmo período

Como o PPE também tem uma dimensão socioterapêutica e psicossocial, consideramos importante a avaliação do comportamento durante as sessões. Para tal propomos a utilização de uma grelha de avaliação do comportamento observado.

## **2.4. Desenvolvimento De Competências Especializadas Em Enfermagem De Saúde Mental E Psiquiátrica E Competências De Mestre Em Enfermagem**

Antes de avançarmos para as competências especializadas em enfermagem, importa clarificar o que significa o conceito “competência”, e reportamos a Guy le Boterf para esse desígnio. Este autor conceptualiza competência como um saber agir, um saber combinar, um saber realizar, numa dimensão dupla que é a individual e coletiva integrando também uma dimensão reflexiva (Boterf, 2002).

Falar de competência é também falar de conhecimento, pois os saberes supramencionados pressupõem a existência de um conhecimento de base que é mobilizado. Relativamente ao conhecimento de enfermagem, este alicerça-se “numa base multifacetada que inclui os dados da ciência (evidências e investigação), da experiência e dos derivados pessoais da compreensão.” (Nunes, 2020, p. 100). Sendo a Enfermagem uma disciplina humana prática, Lopes (2005) argumenta que o contributo de múltiplos autores, converge na

“defesa de uma epistemologia da prática. Esta não consiste na defesa do *“praticismo”* ou seja, na defesa da prática enquanto tal, por oposição à teoria, mas antes na defesa de que a prática é algo sempre diferente e mais complexo do que qualquer teoria pode captar.” (p. 24).

Transpondo este conceito para o exercício especializado da enfermagem, podemos pensar que a competência em enfermagem desenvolve-se quando o enfermeiro consegue projetar os seus planos e intervenções em termos de objetivos a longo prazo, que no caso da ESMP visam contribuir para a

“adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.” (OE, 2018, p. 21427).

Ser competente significa também conseguir priorizar as necessidades do cliente e família e estabelecer um plano de intervenção que enquadre uma perspectiva. Esse plano é considerado de forma consciente e depende de uma análise contemplativa e abstrata do problema (Benner, 1982).

Patricia Benner, nos seus estudos providencia-nos um referencial teórico, à luz do qual podemos perspetivar a aquisição e desenvolvimento de competências (especializadas) em enfermagem.

Benner (1982) inspira-se no modelo de aquisição de competências proposto por Stuart Dreyfus & Hubert Dreyfus, e efetua uma adaptação deste para o contexto da prática de enfermagem.

O Modelo Dreyfus propõe a existência de cinco níveis de proficiência, a saber: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito (Op. Cit.).

A frequência dos estágios durante o curso de especialização direciona-nos para o nível de iniciado avançado. O iniciado avançado relaciona e integra o conhecimento teórico tendo em conta os aspetos da situação com que tem de lidar (Op. Cit.).

Fundamentada na teoria de caráter científico, a frequência dos estágios clínicos permite o exercício de uma *praxis* de nível especializado. O acompanhamento dos estágios clínicos por um EESMP que tem a função de supervisor clínico, possibilita-nos a aquisição de saberes que foram adquiridos a partir de uma vasta experiência da prática clínica na área. Conforme exposto no modelo proposto por Dreyfus e adaptado para a enfermagem por Benner (1987), “A experiência não é a mera passagem do tempo, ou sinónimo de longevidade; é o refinamento de noções e teorias pré-concebidas no encontro de situações reais em que a prática acrescenta nuances ou tons diferentes da teoria.”<sup>11</sup> (Benner, 1982, p. 407).

A frequência dos estágios clínicos proporcionou-nos também o desenvolvimento do pensamento clínico, conforme defendido por Benner et al., (2009), pois a experiência de trabalhar com casos particulares é fulcral para o desenvolvimento de um bom julgamento clínico.

---

<sup>11</sup> “experience is not the mere passage of time or longevity; it is the refinement of preconceived notions and theory by encountering many actual practical situations that add nuances or shades of differences to theory.” Benner, P., (1982). From Novice to Expert. Author(s): Reviewed work(s). *The American Journal of Nursing*, 82(3), pp. 402-407. Obtido em 09 de 10 de 2021, de <http://www.jstor.org/stable/3462928>



O desenvolvimento de competências em ESMP remete-nos para os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, pois estes são a nossa referência na aquisição e desenvolvimento das competências.

Os Padrões de Qualidade referem-se à natureza e ao englobamento dos variados aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Consistem num “instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos e visam fornecer orientações para a definição de programas de melhoria continua da qualidade.” (OE, 2015b, p. 17035).

Em relação à ESMP foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos, que são: “a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social.” (Op. Cit., p. 17035).

A avaliação final do nosso PI implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (Ferrito et al., 2010). Sendo assim, o presente Relatório visa demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências específicas em ESMP e de Mestre, pelo que passamos a explicar como as atividades e intervenções desenvolvidas contribuíram para esse resultado.

#### **2.4.1. Competências Especializadas Em Enfermagem**

As competências especializadas em Enfermagem preveem a partilha de um “conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019, p. 4744), e competências especializadas em cuidados de enfermagem numa área de especialidade em Enfermagem. No nosso caso, a área de especialidade são os cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

##### **2.4.1.1. Competências comuns de enfermeiro especialista.**

O enfermeiro especialista detém competências comuns que demonstra pela sua excelsa “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (OE, 2019, p.4745), e também sustentando efetivamente o exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria (Op. Cit.).

Existem quatro domínios de competências comuns, a saber: “Responsabilidade profissional, ética e legal (...); Melhoria contínua da qualidade (...); Gestão do cuidados (...); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (Op. Cit., p. 4745).

As competências no domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** foram desenvolvidas na observância e cumprimento de todos os procedimentos éticos e legais no processo de aprendizagem e de prestação de cuidados de enfermagem. Garantiu-se a prestação de cuidados de enfermagem baseados nos valores humanistas de respeito e de aceitação incondicional (Carl Rogers, 1997; Chalifour, 2008). Esta competência relaciona-se com Artigo 99º disposto na Lei que regula o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a), que diz respeito aos princípios gerais. Os princípios gerais pugnam pelo respeito dos valores da dignidade humana, da liberdade responsável, da igualdade, da verdade, da justiça, do altruísmo, da solidariedade, da competência, e do aperfeiçoamento profissional.

Por forma a irmos ao encontro dos requisitos expostos, desenvolvemos as seguintes as seguintes ações:

- Tratámos todos os clientes pelo nome que gostam de ser chamados.
- Cumprimentámos os clientes com simpatia.
- Efetuámos um acolhimento caloroso aquando da sua chegada ao serviço.
- Utilizámos uma atitude de autenticidade.
- Acompanhámos os clientes no seu percurso dentro do serviço.
- Cuidámos de todos os clientes com base nos princípios da liberdade responsável, igualdade, tendo em conta as suas singularidades, respeitando o seu direito à autodeterminação, questionando-os sobre as suas preferências e negociando a implementação das regras do serviço.

- Mobilizámos as competências do cliente e as suas estratégias adaptativas para o processo de resolução de problemas/ definição de objetivos realistas conforme o que o cliente considerava como resultado satisfatório (e.g., planejar a visita à mãe que vive com outro familiar, iniciar a frequência do ginásio, planejar a mudança da roupa de verão para a roupa de inverno no guarda-fato, a que entidade se dirigir e questões colocar para resolver uma dívida).

- Orientámos a tomada de decisão conforme os objetivos terapêuticos delineados em conjunto com a equipa de saúde (se o objetivo terapêutico é melhorar a autoestima, orienta-se a decisão para atividades de autocuidado com impacto na imagem corporal e desempenho de atividade dentro das capacidades do cliente).

- Utilizámos uma narrativa com sentido altruísta e solidário (e.g., exprimindo o quanto é gratificante para nós ajudá-los no seu processo de recuperação, o quanto é satisfatório para nós observar os seus progressos, a forma como conseguem gerir as dificuldades e impasses).

- Exercemos uma *praxis* fundamentada e baseada na PBE.

- Prestámos cuidados atempados conforme a necessidade do cliente (intervenção em crise; intervenção na gestão da ansiedade; intervenção de suporte e orientação no sentido dos clientes conseguirem corresponder às atividades psicoterapêuticas terapêuticas de grupo).

- Orientámos os clientes para outros técnicos quando a sua necessidade não pode ser satisfeita por um enfermeiro (encaminhamento para o médico quando é necessária uma prescrição farmacológica).

- Respeitámos a sua intimidade expondo o seu corpo apenas o estritamente necessário para a prestação de cuidados (avaliação de sinais vitais, realização de tratamento a feridas).

- Assegurámos a continuidade dos cuidados, registando de forma rigorosa as observações e as intervenções realizadas.

- Cumprimos o direito ao sigilo da informação obtida durante o exercício profissional, efetuando atendimento individual num espaço privado, registando a informação no processo eletrónico do cliente, partilhando com a equipa multidisciplinar apenas o necessário para a elaboração do Plano Individual de Cuidados.

- O planeamento das intervenções psicoterapêuticas executadas foi apresentado e discutido com o enfermeiro supervisor e por vezes com os outros EESMP da equipa, por forma a garantir a sua adequação, fundamentação e pertinência.

- Adequámos a linguagem e a necessidade de partilha de informação com outros profissionais de saúde aquando da reunião da equipa multidisciplinar.

- Supervisionámos a forma como outros profissionais interagem com o cliente por forma a garantir cuidados de saúde seguros, com privacidade e baseada no respeito pela dignidade (supervisionando a forma como os Assistentes Operacionais orientam os clientes a permanecer na fila para a refeição e para o cumprimento dos procedimentos de controlo da infeção prévios às refeições, supervisionando o acesso dos clientes a receitas de fármacos e/ou relatórios de saúde que são solicitadas à Assistente Técnica).

Com vista a desenvolver competências no domínio da **melhoria contínua da qualidade**, desenvolvemos as seguintes ações e atividades:

- Colaborámos no procedimento de receção e acolhimento dos clientes aquando da sua admissão.

- Colaborámos no procedimento de alta clínica dos clientes assegurando a transição segura entre níveis de prestação de cuidados.

- Colaborámos na observância das regras a que os clientes devem obedecer durante o internamento, no caso da Unidade de Internamento e da sua frequência do programa, no caso do HD (e.g., assegurando que registam a assiduidade, assegurando que reservam a refeição para o dia seguinte, gerindo o regime de faltas e dispensas, solicitando que entreguem toda a medicação que trazem consigo, observando a frequência nas sessões terapêuticas e nos ateliers conforme o horário estipulado).

- Observámos a intervenção do EESMP na consulta de seguimento pós-alta da Unidade de Internamento.

- Elaborámos uma pasta de bibliografia credível e atualizada sobre as intervenções promotoras de esperança em ESMP (estágio no HD de Psiquiatria).

- Elaborámos uma proposta de programa de promoção da esperança na população com doença mental em processo de reabilitação psicossocial que inclui formação em serviço dirigida aos enfermeiros que exercem funções no serviço (estágio no HD de Psiquiatria).

- Contribuímos com a elaboração do planeamento de atividades de âmbito psicoterapêutico de Promoção da Esperança no formato padronizado no serviço, por forma a estas poderem ser utilizadas por outros EESMP sempre que entenderem apropriado.

- Acolhemos as manifestações de identidade cultural e geracional dos clientes, as suas manifestações espirituais e promovemos a sua aceitação pelos elementos do grupo terapêutico.

- Garantimos um ambiente seguro, cumprindo e fazendo cumprir normas de procedimentos de controlo da infeção; propiciando um ambiente físico e estrutural minimizador da ocorrência de quedas ou traumatismos; efetuando vigilância para prevenção de fuga; promovemos um ambiente terapêutico, desenvolvendo as atividades psicoterapêuticas numa sala com luz natural abundante, com condições térmicas de conforto, mobiliário adequado, disponibilizando material didático adequado à realização das atividades.

- Cumprimos as normas de segurança para preparação e administração segura de medicação.

- Assegurámos a continuidade dos cuidados participando nas “passagens de turno”.

- Os registos de enfermagem foram efetuados no Sistema Informático de Enfermagem cujo acesso está disponível apenas para os profissionais de saúde envolvidos no plano de cuidados e a informação registada em suporte físico (papel) é arquivada em pastas que estão armazenadas em armários cujo acesso está também disponível apenas para esses profissionais.

- Garantimos uma dieta adaptada ao estado de saúde e de acordo com as preferências do cliente;

- Vigiámos a utilização de equipamento protetor na realização das atividades terapêuticas tanto nas sessões psicoterapêuticas, como nos ateliers sócio-ocupacionais.

Por forma a desenvolvermos competências no **domínio da gestão dos cuidados**, realizámos as seguintes ações:

- Gerimos os cuidados de enfermagem por forma a otimizar a resposta da equipa de enfermeiros especialistas e responsáveis por cuidados gerais.

- Articulámos os cuidados de enfermagem com a equipa de psiquiatras, técnico ocupacional e monitores do ateliers por forma a garantir a qualidade dos cuidados e a potenciar os resultados globais de saúde dos utentes, efetuando uma adaptação da liderança e gestão de recursos.

- Debatesmos em equipa e fundamentámos na PBE as decisões acerca das intervenções psicoterapêuticas planeadas.

- Colaborámos na elaboração do plano individual de cuidados dos clientes através da participação na reunião multidisciplinar (estágio no HD de Psiquiatria).

- Referenciámos os clientes para o médico quando se verificou a necessidade de confirmação do diagnóstico nosológico, solicitação de exames clínicos de diagnóstico, prescrição farmacológica, elaboração de relatórios, prorrogação de atestado de incapacidade para atividade profissional.

- Referenciámos **para** os clientes para o Técnico Ocupacional quando se verificou a necessidade de otimizar competências profissionais (e.g., elaboração de Curriculum Vitae).

- As tarefas delegadas nos Enfermeiros responsáveis pelos cuidados gerais e nos Assistentes Operacionais foram supervisionadas (e.g., atividade de grupo de desenvolvimento de competências, procedimentos de higiene e desinfeção das mãos, substituição de máscara respiratória).

- Foi debatido o desempenho e evolução dos clientes com os monitores dos ateliers.

- Otimizámos o trabalho em equipa nas situações em que os enfermeiros têm de se dividir para dar resposta às diversas solicitações (e.g., um dos enfermeiros prepara a medicação enquanto outro faz intervenção psicoterapêutica individual; um dos enfermeiros dinamiza a intervenção psicoterapêutica de grupo enquanto outro reúne com a equipa multidisciplinar). Colaboramos no

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery desenvolvimento desta competência disponibilizando-nos para dar resposta às necessidades de prestação de cuidados do serviço.

- Adotámos um estilo de liderança democrática na interação com outros profissionais e com os clientes. Expomos o nosso ponto de vista fundamentado de forma assertiva, ouvimos os pontos de vista dos outros profissionais ou clientes e elaboramos uma decisão que dê resposta ao problema ou necessidade que seja fundamentada e consensual;

- Adotámos um estilo de liderança autoritário (com estilo de comunicação assertiva) aquando da interação com clientes manipuladores e que tentam alterar as dinâmicas de funcionamento do serviço.

**As competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foram desenvolvidas através das seguintes ações/atividades:

- Utilizámos uma prática reflexiva (baseada na teoria defendida por Schön).
- Desenvolvemos o autoconhecimento e a assertividade, na interação interpessoal regular com colegas, com outros técnicos, com outros profissionais não técnicos.
- Estabelecemos relações terapêuticas com os clientes e seus familiares ou cuidadores.
- Efetuámos atividades prazerosas que permitiram “desligar” das situações problemáticas com que tivemos contacto durante a atividade profissional.
- Realizámos atividades cognitivas que nos permitem diferenciar e separar os pensamentos e emoções com que entramos em contacto durante a relação terapêutica/ajuda com o cliente, dos nossos enquanto seres individuais com vida própria.
- Fundamentámos a *praxis* clínica na prática baseada na evidência (e.g., todos os planeamentos de intervenções psicoterapêuticas são acompanhados pela bibliografia que os fundamenta e a informação foi discutida com o Enfermeiro Supervisor).

- Invocámos as referências literárias que fundamentam o debate acerca das intervenções psicoterapêuticas implementadas.

- Elaborámos uma Revisão Integrativa da Literatura que permitiu identificar quais as intervenções de enfermagem especializadas de ESMP e autónomas que são promotoras da esperança na população em processo de reabilitação psicossocial.

- Elaborámos uma proposta de programa de intervenção de promoção da esperança baseado na metodologia de projeto que integra o conhecimento apurado na RIL;

- Contribuímos para a dinamização e incorporação de novos conhecimentos com a criação da “Pasta da Esperança”.

- Frequentámos as seguintes ações de formação profissional:

- “Papel da Enfermagem na Gestão das Pessoas com Esquizofrenia”.
- “Treino Metacognitivo na Depressão e na Psicose”.
- Conferência “Luto”.

Face ao exposto, consideramos ter demonstrado desenvolvimento de competências em todos os domínios comuns da Enfermagem especializada.

#### **2.4.1.2. Competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.**

Os EESMP agregam além das competências comuns, as que são específicas da sua área de especialização. São por excelência os enfermeiros que melhor compreendem “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu programa de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (OE, 2018, p. 21427). No contexto de prática, são as competências de âmbito psicoterapêuticas que conferem ao EESMP a possibilidade de um juízo clínico singular que utilizará “durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (Op. Cit., p. 21427), e assim “desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.” (Op. Cit., p.21427).

Estão reguladas quatro competências específicas em ESMP. O EESMP

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p. 21427).

Relativamente ao desenvolvimento da primeira competência **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”**, efetuámos as seguintes ações:

- Atendemos ao conhecimento que temos acerca nós através do instrumento “Janela Johari”. Este instrumento permite-nos determinar uma representação nós próprias e incrementa a autoconsciência através da atividade reflexiva.

- Utilizámos uma prática de “consciência de mim” que nos permite identificar os pensamentos, emoções e comportamentos que podem interferir na relação terapêutica, tanto como potenciadores do efeito terapêutico, como inibidores do mesmo (Exp. identificando o meu estado de humor e de energia vital; no exercício de uma atitude de autenticidade, partilhar com o cliente que estou com triste por ter sofrido uma perda, o que pode afetar o desenvolvimento da entrevista e intervenção terapêutica).

- Relativamente ao “uso terapêutico de si”, fundamentamo-nos no trabalho desenvolvido por Travelbee que descreve esta ação como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem.” (Townsend, 2011, p. 122). É esta ação consciente que efetuamos na interação intra e interpessoal.

- As nossas competências emocionais são geridas através da procura do equilíbrio entre a mente emocional e mente racional. Assim utilizamos a nossa inteligência emocional, por forma a otimizar o desempenho profissional que possibilita o agir centrado no cuidar integral e obter melhores resultados (Xavier et al., 2014).

- Gerimos os fenómenos de transferência e de contra-transferência que entendemos que poderiam ter impacto na relação terapêutica/ajuda (e.g., Gestão dos fenómenos de transferência: clarificando o nosso papel no início das entrevistas, durante as entrevistas salientando que sou profissional de saúde e que é essa a minha qualidade enquanto elemento integrante da relação terapêutica; na Gestão dos fenómenos de contra-transferência: reconhecendo pensamentos, emoções e comportamentos que indicam que estou a vivenciar esse fenómeno, como ficar irritada com uma cliente por tomar conhecimento de que ela não executa o seu papel parental de forma efetiva e eficaz).

- Clarificámos o nosso papel de enfermeira no início e durante as entrevistas por forma a manter o contexto e os limites da relação profissional e preservação do processo terapêutico.

- Identificámos e reconhecemos o nosso estágio de desenvolvimento profissional especializado para lidar e gerir situações potencialmente complexas (e.g., solicitação de apoio a uma EESMP para gerir a participação de uma cliente em estado subagudo de psicose em que se observava sinais de taquipsiquismo, numa intervenção psicoterapêutica de grupo).

- Utilizámos a proximidade, as técnicas verbais e não-verbais, a linguagem corporal, as atitudes de compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade, compaixão e esperança de forma consciente e intencional por forma a estabelecer e desenvolver a relação terapêutica/ajuda.

A competência “**Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**”, foi desenvolvida através das seguintes ações/atividades:

- Consultámos o processo clínico dos clientes.
  
- Solicitámos informação pertinente para a prestação de cuidados a outros profissionais.
  
- Efetuámos entrevistas de avaliação diagnóstica das necessidades dos clientes nos domínios do autocuidado, funcionalidade, processo saúde-doença, dinâmica familiar e da comunidade, recorrendo à observação e a instrumentos de avaliação validados para a prática clínica (e.g., Realização de entrevista de avaliação diagnóstica do humor depressivo ao cliente sobre o qual efetuámos o estudo de caso, utilizando o Inventário da Depressão de Beck e do estado cognitivo aplicando o *Mini Mental State Examination*-PT. Realização de entrevista de avaliação diagnóstica à familiar do cliente, aplicando a escala de Zarit. Realização de entrevista de avaliação diagnóstica da esperança em clientes com humor depressivo e ideação suicida utilizando a Escala da Esperança de Herth-PT e o guião de entrevista para a avaliação diagnóstica). Nestas entrevistas foi também efetuada a avaliação diagnóstica do estado mental do cliente. As entrevistas decorreram com base na técnica de entrevista, foram mobilizadas habilidades de comunicação adequadas ao contexto sociocultural do cliente e estratégias relacionais.
  
- Participámos em entrevista à família dos clientes por forma a obter informação acerca do seu comportamento e funcionalidade em contexto familiar e identificar as necessidades dos familiares/cuidadores.
  
- Avaliámos o cliente e a sua situação de forma holística tendo em mente os modelos e teorias de enfermagem que podem adequar-se.
  
- Realizámos intervenções psicoterapêuticas de grupo com o objetivo de promover a literacia em saúde mental e empoderar para a navegação no sistema de saúde (Exp.: Debate acerca da saúde mental tendo por base intervenções de psicoeducação; Elaboração de um cartaz sobre saúde mental).
  
- Elaborámos um Programa de Promoção da Esperança dirigido à população com doença mental em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

As competências relativas à **“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”**, foram desenvolvidas através das ações/atividades:

- Utilizámos a metodologia de processo de enfermagem de forma individualizada, complementar e participada pelo cliente, na formulação de um Plano de Cuidados Individual e Projeto Individual Terapêutico ao cliente com diagnóstico de Humor Depressivo com Ideação Suicida, no estágio na Unidade de Internamento; e, um Plano de Cuidados Individual no processo da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, no estágio no HD de Psiquiatria.
- Observámos e interagimos com os clientes no corredor e nas unidades dos utentes na Unidade de Internamento; no refeitório, trajeto entre as atividades e ateliers da USO por forma a identificar problemas e necessidades específicas (e.g., necessidades relacionadas com a ingestão nutricional e/ou hídrica, alteração da sensoperceção como alucinações, alterações do pensamento como delírios, necessidades relacionadas com a adesão e gestão do regime medicamentoso, ideação suicida, ideação de comportamentos autolesivos).
- Efetuámos entrevista de ajuda informal não estruturada avaliando o impacto na saúde mental de vários fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar (e.g., relatos de angústia face à incapacidade para corresponder às responsabilidades domésticas e parentais; dificuldades relacionais familiares relacionadas com situação de desemprego).
- Aquando da deteção de alterações do estado mental dos clientes, ou alterações relacionadas como seu autocuidado e/ou funcionalidade, encaminhámos os clientes para entrevista individual formal para uma avaliação diagnóstica mais acurada, identificação dos resultados esperados face ao diagnóstico e elaboração de um plano de cuidados com a participação do cliente.
- Aquando da formulação dos resultados esperados, foram mobilizados indicadores sensíveis em saúde mental (e.g., Indicadores de efetividade como a gestão do regime medicamentoso, modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem como o Humor Depressivo).

- Os resultados clínicos foram determinados através da observação do estado mental do cliente, e a sua interação relacional com os pares e técnicos.
- Na Unidade de Internamento, os registos de enfermagem foram efetuados no plano de cuidados do programa SCLinico®. No HD, os registos de enfermagem, apesar de serem em estilo de escrita livre em diário de enfermagem, foram efetuados com base na taxonomia da CIPE.
- Coordenámos a transição dos clientes para outros contextos de prestação de cuidados de saúde (e.g., Alta da Unidade de Internamento e transição para os serviços comunitários. Alta do Hospital de Dia e transição para apoio pela equipa de saúde comunitária de saúde mental/Consulta Externa, contactando a equipa por forma a articular a administração dos antipsicóticos injetáveis).

As competências de prestação de **“cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”** foram desenvolvidas através das seguintes ações/atividades:

- Efetuámos o planeamento, implementação e avaliação de intervenções terapêuticas de grupo que são proporcionadas pelo programa de reabilitação e recuperação, nomeadamente nos módulos de Estimulação Cognitiva, Movimento e Treino de Competências (e.g., como terapeuta: Debate sobre a Saúde Mental (SM) complementado por intervenções de psicoeducação, elaboração de um Cartaz sobre a SM, elaboração de sessões psicoterapêuticas Promotoras da Esperança, como coterapeuta em sessões de Culinária, Relaxamento com método de Jacobson modificado, Peddy-Paper; Coreografia de Dança, elaboração do Cartaz de São Martinho, Decoração de Mesa de Natal, Debate Comunitário, elaboração do planeamento de atividades mensal).
- Participámos como coterapeuta nas sessões sócio terapêuticas de Debate Comunitário. As principais intervenções são de âmbito sócio terapêutico.
- Assistimos às intervenções terapêuticas inseridas no módulo de Psicoeducação, o que nos possibilitou perceber a forma como as pessoas compreendem a sua situação de portadores de doença

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery mental, como vivenciam os sintomas; as dificuldades que têm relativamente à adesão ao regime medicamentoso, a gestão dos efeitos secundários e as dificuldades que expressam relativamente aos estilos de comunicação.

- Colaborámos nas entrevistas de triagem para admissão na USO e HD.

- Observámos a prática dos EESMP na consulta de seguimento após alta da Unidade de Internamento, o que nos permitiu identificar quais os aspetos mais importantes a ter em conta no pós-alta recente e quais as intervenções de enfermagem especializadas dirigidas aos diagnósticos de enfermagem identificados.

- Desenvolvemos relação terapêutica e psicoterapêutica com os clientes.

- Efetuámos entrevista de relação de ajuda informal e formal.

- Efetuámos intervenção psicoterapêutica dirigida aos diagnósticos de “Ansiedade, presente em grau elevado, muito elevado e pânico”; “Processo de pensamento, comprometido em grau elevado e muito elevado”; “Perceção, comprometida, em grau elevado e muito elevado”; “Comportamento autolesivo”; “Angústia”; “Humor depressivo”.

A execução das ações e atividades supra expostas atestam o desenvolvimento de competências na área de especialização em ESMP, nas suas diversas dimensões.

#### **2.4.2. Competências de Mestre Em Enfermagem**

As competências de mestre demonstram-se pela capacidade de compreensão que permite desenvolver e aprofundar conhecimentos prévios, alicerçando desenvolvimentos em contexto de investigação. Pela capacidade de colocar em prática os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução em todo o tipo de situações e contextos; de demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e apresentar soluções, refletindo sobre as implicações éticas e sociais que daí possam provir; pela capacidade de transmitir as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios subjacentes, de forma clara a pessoas de todas as áreas e

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery de todos os graus académicos. Deve ainda demonstrar competências que lhe permitam uma aprendizagem de forma autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei nº 65/2018).

O perfil de grau de Mestre em Enfermagem relaciona-se com o perfil do Enfermeiro Especialista, no sentido em que ambos contribuem para o desenvolvimento da investigação, ensino, gestão e desenvolvimento da disciplina.

A competência de Mestre em Enfermagem, visa

“preparar para desenvolver o pensamento e a inovação em Enfermagem, para projetar e desenvolver formas de intervenção e investigação, ao nível clínico, individual e em grupo, de forma multidisciplinar e intersectorial. Permite o desenvolvimento de conhecimentos teóricos, históricos e epistemológicos, bem como competências cinéticas alicerçadas na investigação, na resolução de problemas de enfermagem e dos processos de gestão de qualidade em saúde, através de uma interface com a investigação clínica em enfermagem e a investigação concetual para a construção disciplinar e profissional.” (Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde [IPS/ESP], 2020).

Durante o processo de desenvolvimento de competências de mestre, utilizámos a pesquisa literária e a reflexão como instrumentos basilares na obtenção e aplicação do conhecimento. Fundimos as novas aprendizagens com o conhecimento e habilidades que já possuíamos e potenciámos a sua utilização num perfil de competências especializadas.

Sendo que a atividade de investigação está fortemente associada às competências de mestre, efetuámo-la ao longo de todo o percurso académico no contexto da frequência do mestrado, elaborando trabalhos académicos que foram utilizados como instrumento de avaliação das UC's; elaborámos uma Revisão Sistemática da Literatura, cujos resultados foram apresentados num Simpósio Internacional; elaborámos uma Revisão Integrativa da Literatura que foi adaptada para artigo científico e foi proposto para publicação numa revista da especialidade.

As competências de resolução de problemas complexos ficaram demonstrada pela utilização da metodologia de projeto que orientou a frequência dos estágios e a elaboração do Programa de Promoção da Esperança. A capacidade de colocar em prática conhecimentos, de compreender e resolver todo o tipo de situações e nos contextos foi exposta na apresentação e análise das atividades

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery de intervenção em Relação de Ajuda, Intervenção em Crise, no Estudo de Caso e na Formação em Serviço. Foram sempre tidas em conta as implicações éticas e sociais que pudessem advir da nossa intervenção.

Ficou também demonstrado ao longo da exposição das ações e atividades desenvolvidas nos estágios, que mobilizámos as nossas competências comunicacionais no sentido de transmitirmos o nosso conhecimento, raciocínio e conclusões, tanto interagindo com outros profissionais altamente qualificados, como interagindo com clientes com diferentes níveis de qualificação e literacia.

As competências desenvolvidas proporcionam ao enfermeiro especialista com grau de mestre gerir, prestar e supervisionar cuidados de enfermagem, identificando problemáticas e desenvolvendo projetos, cujos resultados suportem o desenvolvimento e divulgação da investigação em Enfermagem.

A atividade de aquisição de conhecimentos propicia o reconhecimento de défices e lacunas, em nós próprios, nos pares e nos outros profissionais que conosco colaboram. Habilitamo-nos assim, a intervir na sua formação. Compreende-se o efeito multiplicador da aquisição de conhecimento e competências dos elementos que compõem as equipas, propiciando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na sua globalidade.

Consideramos que a frequência do curso de Mestrado em Enfermagem permitiu-nos adquirir conhecimentos e habilidades que sustentam uma aprendizagem autónoma ao longo da vida. Essas competências são essenciais para conseguirmos dar resposta às situações complexas com que nos depararemos no exercício da nossa profissão, promove a participação em eventos científicos e impulsiona-nos para a realização de investigação contextualizada noutra ciclo de estudos.



### **3. Considerações Finais**

Este trabalho de cariz científico tem como finalidade a apresentação do Relatório dos estágios, Estágio de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica I e Estágio Final, realizados nos seguintes locais respetivamente: Unidade de Internamento de Doentes Agudos de Psiquiatria e Saúde Mental e Hospital de Dia/ Unidade Sócio-Ocupacional de Psiquiatria num Centro Hospitalar no sul do país.

O Projeto de intervenção visou o desenvolvimento de competências especializadas em ESMP e de mestre em Enfermagem. Por forma a dar resposta a essa finalidade, utilizámos a metodologia de projeto como fundamentação científica para orientar os estágios frequentados.

A frequência dos estágios prevê a aplicação de uma metodologia científica que a sustente e oriente. A metodologia de projeto é uma metodologia científica que se centra na resolução de problemas complexos, possibilitando a aquisição de capacidades e competências e constitui uma ponte entre a teoria e a prática.

Principiámos por enquadrar a problemática a partir do conceito de saúde mental, que é indissociável da saúde e bem-estar. Estes últimos, foram considerados pela ONU como tendo um papel central no desígnio de alcançar metas de desenvolvimento global, plasmando-os nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A saúde mental e a doença mental foram conceptualizadas de diferentes formas ao longo dos tempos dependendo da forma como era perspectivada pelas sociedades. O conceito de saúde mental evoluiu no sentido de incluir o bem-estar e a funcionalidade do indivíduo, o que implica o equilíbrio do estado mental nas suas várias dimensões. São ainda considerados outros atributos como a autoeficácia, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autoatualização do potencial intelectual e emocional. Neste paradigma, a saúde mental convive com a doença mental, se esta estiver controlada. Relativamente à doença mental, é comumente aceite que envolve alterações do pensamento, dos afetos e do comportamento que comprometem o funcionamento do indivíduo.

A doença mental pode ter efeitos devastadores sobre os indivíduos, famílias e comunidades. Calcula-se que uma em cada duas pessoas sofre de um transtorno mental durante a vida. Em termos globais, verifica-se uma maior prevalência nos transtornos ansiosos e depressivos, mais

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery predominantes no género feminino. Os EESMP no exercício da sua profissão devem conhecer a realidade em que operam, pois, estes dados providenciam informação relevante para a sua compreensão.

Igualmente importantes para a compreensão da realidade que impacta a saúde mental e a doença mental, são os determinantes da saúde mental. Sabe-se que os fatores sociais e ambientais podem afetar até aproximadamente 90% a saúde mental dos indivíduos e verifica-se uma associação entre as desigualdades sociais e o aumento do risco de muitos transtornos mentais comuns. Sendo assim, as ações dirigidas aos determinantes sociais da saúde mental devem ser de âmbito universal e proporcional às necessidades sociais identificadas, por forma a nivelar o gradiente social nos resultados de saúde.

A relevância dos determinantes sociais da saúde mental prende-se com o facto de aquando da admissão no serviço de internamento o cliente ser proveniente de um ambiente e contexto próprio e aquando da alta, é para esse mesmo contexto e ambiente que regressará. Enquanto EESMP, temos de tê-los em conta aquando da aplicação do processo de enfermagem. O Modelo de Avaliação Diagnóstica da Pessoa em Contexto desenvolvido por Lopes, integra os determinantes sociais da saúde mental pois representa o processo de avaliação diagnóstica da pessoa e das relações entre as suas diversas dimensões.

A reabilitação psicossocial sendo um processo de implementação comunitário, está fortemente associada aos determinantes sociais de saúde mental.

A reabilitação psicossocial é um processo em que é disponibilizado aos indivíduos que sofrem de incapacidade por doença mental, a oportunidade de atingirem o seu nível máximo de funcionamento independente e autónomo na comunidade. O que se pretende é atingir uma incapacidade funcional, não a cronicidade da doença; assim este processo envolve também o desenvolvimento de competências individuais e a introdução de alterações ambientais. O termo revela uma viragem da perspetiva focada na doença para uma perspetiva de modelo social de saúde mental, assentando numa visão existencial-humanista dos cuidados que conjuga um padrão ético com a evidência científica.

A reabilitação psicossocial contemporânea ocorre numa perspetiva de *Recovery*, como referido nos seus princípios. Esta perspetiva defende que a recuperação da doença mental é um processo, e

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery não um resultado. O conceito diz respeito à possibilidade da pessoa viver uma vida satisfatória, colaborativa e com esperança, mesmo que coexistam sintomas residuais do transtorno mental. O caminho do Recovery assenta nos pontos fortes individuais, familiares, culturais e comunitários e pode ser apoiado por muitos tipos de serviços, suportes e tratamentos.

Tanto a reabilitação psicossocial como o *Recovery* são processos que não podem ser impostos à pessoa, pois a prática dos profissionais implica a participação destas na elaboração do seu Projeto Terapêutico e responsabilização pela sua implementação e desenvolvimento.

Neste sentido, é essencial a criação de uma cultura e linguagem de esperança, no sentido de transmitir a ideia de que a recuperação é possível para todas as pessoas.

A prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* obedece a princípios e possui várias dimensões. Existem intervenções que operam no nível individual e outras de nível comunitário, social e político.

Observa-se que a ESMP, a reabilitação psicossocial orientada para o Recovery e o Modelo Terapêutico Rogeriano têm bastantes elementos em comum. O empoderamento; a independência e autonomia; o alcance da funcionalidade máxima baseada no desenvolvimento de competências pessoais, que exigem a coparticipação e responsabilização do cliente; e uma perspectiva holística, integrada e centrada na pessoa, assente numa prática baseada na evidência científica que tem a finalidade de manter, melhorar e recuperar a saúde das pessoas com transtorno mental.

É aqui que surge a Esperança como foco de atenção em ESMP.

A Esperança é um conceito indissociável da prática da enfermagem especializada em SM e da prática da reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

A Esperança é um conceito que pode ser formulado conforme a fundamentação teórica e conceptual que o sustenta. A abordagem de perspectiva multidimensional são as que vão mais ao encontro da teorização e prática da Enfermagem. É composto por vários elementos, dimensões e esferas. O trabalho desenvolvido por Dufault & Martocchio é uma referência incontornável na prática da promoção da Esperança na ESMP.

Sendo a esperança um conceito multidimensional, é observado em várias esferas e constituído por diversos elementos e dimensões. Vários são os autores que estudaram o fenómeno realçando o seu carácter transcendente e como componente indissociável dos cuidados de enfermagem.

A promoção da esperança desenvolve-se no contexto de uma relação interpessoal entre os enfermeiros e a pessoa com necessidade deste sentimento, pelo que a invocação da Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Peplau é fulcral para a sua fundamentação. Esta teoria é congruente e sincronizada com a abordagem do EESMP.

Do ponto de vista da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a esperança é considerada um elemento fundamental e integrante da prática na recuperação dos clientes, prática esta em que os enfermeiros desempenham um papel crucial na sua facilitação ou sustentação.

A esperança de recuperação e funcionamento ótimo na vida são conceitos basilares na prestação de cuidados em saúde mental, e é essencial que clientes e enfermeiros forjem um caminho unido no sentido do *Recovery*. A esperança é um estado de espírito que impacta os valores e atitudes individuais em relação à vida e à funcionalidade, sendo também tida como parte constituinte do desenvolvimento humano como um processo, uma teoria e uma fonte de significado na vida.

O planeamento e implementação do Projeto de intervenção, foi sustentado no conhecimento obtido pela prática de revisão bibliográfica, pela prática reflexiva e pela elaboração de uma revisão integrativa da literatura que identificou as intervenções de enfermagem especializadas e autónomas promotoras da esperança na população em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*. Esta informação alicerçou a elaboração de um Programa de Promoção da Esperança com possibilidade de ser implementado no serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria, e a realização de atividades terapêuticas de grupo com a finalidade de promover a esperança.

As limitações da revisão integrativa da literatura que devem ser tidas em conta aquando da aplicação do conhecimento apurado, derivam da maior parte dos artigos e estudos incluídos terem baixo nível de evidência científica, o que condiciona a confiança para a PBE. Alguns dos artigos que fundamentam a discussão dos resultados têm mais de dez anos de antiguidade, no entanto não encontramos artigos mais recentes que abordassem o tema pretendido.

A elaboração deste Relatório facultou a descrição e análise do percurso efetuado ao longo dos estágios, demonstrando o desenvolvimento pessoal, profissional e académico que consideramos ter alcançado com a sua concretização.

Os objetivos inicialmente definidos orientaram o nosso percurso, daí termos elaborado um enquadramento teórico e conceptual que consagra os termos de saúde mental e doença mental, os determinantes sociais da saúde mental, a reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* e a esperança. A esperança foi apresentada como um foco de atenção incontornável na prática da EESMP. Foram evidenciadas as intervenções especializadas promotoras de esperança na população em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*.

O resultado do Projeto de Intervenção encontra-se explanado no relato reflexivo do trabalho desenvolvido nos contextos de estágios, em que descrevemos o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, de competências específicas do EESMP e competências de mestre em enfermagem.

A prova pública do Relatório e a sua disponibilização nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, assegura a sua divulgação.

Desta forma, consideramos ter contribuído para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência.

O desafio futuro refere-se à intenção de poder aplicar o Programa de Promoção da Esperança num contexto de cuidados de saúde à população em processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery*, no sentido de poder demonstrar a sua eficácia e pertinência. Cremos ser um programa com potencial para ser replicado noutros contextos e populações, promovendo a investigação e a produção de conhecimento em enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

#### 4. Bibliografia

- Adams, S., & Partee, D. J. (1998, abril). Hope: The Critical Factor in Recovery. *Journal of Psychology Nursing and Mental Health Services*, p. 29. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19980401-14>
- Alberta Health Services Addiction and Mental Health (AHSAMH). (2016). A welcoming and engaging strategy. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/amh/if-amh-ecc-welcoming-and-engaging-strategy.pdf>
- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgas, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018, september). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11):95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>.
- Alligood, M. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: Historia, importancia y análisis. In Alligood, M. & Tommey, A., *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 3-15). Elsevier.
- Alligood, M. (2014). *Nursing Theory: Utilization & Application*. Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Elsevier España.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005, jun). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39(2), pp. 202-210.
- Alyward, P. (2010). The Betty Neuman Systems Model. In Parker, M. & Smith, M., *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed.). F. A. Davis Company.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Amaral, A. C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (pp. 174-176). Lidel- Edições Técnicas, Lda.

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

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), pp. 11-23.  
[https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)

Aquinas, T. (1981). *Summa Theologica*. Christian Classics.  
<http://www.ccel.org/ccel/aquinas/summa.html>

Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [AEESMP]. (n.d.). Proposta de organização do Projeto e Relatório de Estágio. Universidade de Évora, Coordenação do Ramo de Especialidade Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Assembleia da República [AR]. (1998, 24 de jul). Lei de Saúde Mental. *Diário da República*, Série I-A , nº 169, 3544-3550. <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>

Atkinson, J. (1991). Autonomy and mental health. In Barker, P. J., & Baldwin, S., *Ethical Issues in Mental Health* (pp. 103- 127). Springer.

Barbato, A. (2006, november). Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. *World Psychiatry*, pp. 162-163.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636121/pdf/wpa050162.pdf>

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. A guide for mental health professionals*. Taylor & Francis e-Library.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2009). Getting personal: Being human in mental health care. In Barker, P., *Psychiatric and Mental Health Nursing. The Craft of Caring* (Second ed., pp. 12-20). Hodder Arnold.

Barros, A. L., & Bispo, G. S. (2017). Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. *I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem. O raciocínio clínico de enfermagem e a era digital*. Universidade Federal de São Paulo.  
<https://proceedings.science/enipe/papers/teorias-de-enfermagem%3A-base-para-o-processo-de-enfermagem?lang=pt-br>

Bavojan, M. R., Towhidi, A., & Rahmati, A. (2011). The relationship between mental health and general self-efficacy beliefs, coping strategies and locus of control in male drug abusers. *Addict & Health* 2011; 3(3-4): 111-118., 3(3-4), pp. 111-118. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905536/pdf/AHJ-03-111.pdf>

Benaroyo, L., & Widdershoven, G. (2004). Competence in mental health care: A hermeneutic perspective. *HCA : Journal of health philosophy and policy. Health care analysis*, 12(4), pp. 295–272. <https://doi.org/10.1007/s10728-004-6637-8>

Benner, P. (1982, march). From Novice to Expert. Author(s): Reviewed work(s). *The American Journal of Nursing*, 82(3), pp. 402-407. <http://www.jstor.org/stable/3462928>

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative medicine*, 15(2), pp. 117-126. <https://doi.org/10.1191/026921601675617254>

Bloch, E. (1986). *The Principle of Hope*. (S. P. Neville Plaice, Trad.) The MIT Press Cambridge.

Bloeser, C., & Stahl, T. (2017). "Hope", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2017 ed.). (E. N. Zalta, Ed.) Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/hope/>

Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), pp. 140-153. <https://doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x>

Boterf, G. I. (2002, février). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soin cadres*. (41). <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>.

Breznitz, S. (1986). The effect of hope on coping with stress. In Appley, M. H. & Trumbull, R. *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 295-306). Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_15)

Buchanan-Barker, P. B. (2005). *The Tidal Model. A guide for mental health professionals*. Taylor & Francis e-Library.



A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Çam, Z., Eskisu, M., Kardas, F., Saatcioglu, O., & Gelibolu, S. (2020, march). The mediating role of self-efficacy in the relationship between problem solving and hope. *Participatory Educational Research*, 7(1), pp. 47-58. <http://dx.doi.org/10.17275/per>

Canadian Mental Health Association [CMHA]. (2016). *Social Determinants of Health*. <https://ontario.cmha.ca/provincial-policy/social-determinants/>

Carvalho, A., Mateus, P., & Xavier, M. (2014). PORTUGAL. Saúde Mental em Números - 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. (D. G. Saúde, Ed.) <https://www.dgs.pt>

Carvalho, A., Trindade, A., Preto, A., Silveira, É., Bouça, J., Cruz, M., Xavier, M., Mateus, P. (2015). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-psiquiatria-e-sa%C3%BAde-mental.pdf>

Castro Caldas, A., Torre, C., Castelão, J., Monteiro, M. P., Lopes, P., & Batista, T. (2019). Relatório do CNS. Sem mais tempo a perder. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. (C. N. Saúde, Ed.) <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9Csem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D-CNS-2019.pdf>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica. Estratégias de intervenção. Volume 2*. Lusodidacta.

Chanoca, T. A. (2019). O lugar do mito de Pandora nos poemas de Hesíodo: Teogonia 570-612 e Os trabalhos e os dias 54-104. Em *Ágora. Estudos Clássicos em Debate*. Universidade de Aveiro. <https://doi.org/10.34624/agora.v0i21.2083>

Charepe, Z., Figueiredo, M., Vieira, M., & Neto, L. (2011, april). (Re) Discovering hope in families of children with chronic disease through genogram and ecomap. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20(2), pp. 349-358. [https://www.researchgate.net/publication/298146877\\_RE\\_DISCOVERING\\_HOPE\\_IN\\_FAMILIES\\_OF\\_CHILDREN\\_WITH\\_CHRONIC\\_DISEASE\\_THROUGH\\_GENOGRAM\\_AND\\_ECOMAP](https://www.researchgate.net/publication/298146877_RE_DISCOVERING_HOPE_IN_FAMILIES_OF_CHILDREN_WITH_CHRONIC_DISEASE_THROUGH_GENOGRAM_AND_ECOMAP)

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Cleary, M., Escott, P., Lees, D., & Sayers, J. (2017, march). High Hopes and Expectations: Consumer Disappointment and Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), pp. 280-282. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1297073>

Cleary, M., Hunt, G., Horsfall, J., & Deacon, M. (2012). Nurse - patient interaction in acute adult inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, pp. 66-79. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.622428>

Cleary, M., Sayers, J., Lopez, V. & Shattell, M. M. (2016). Hope and mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), pp. 692-694. doi:10.1080/01612840.2016.1221676

Clinical Commissioning Group Hertfordshire [CCGH]. (2016). Summary of Hertfordshire Adult Mental Health Strategy. <https://www.hertfordshire.gov.uk/about-the-council/freedom-of-information-and-council-data/open-data-statistics-about-hertfordshire/our-policies-and-procedures/adult-care-services-policies-and-strategies.aspx#fees>

Coelho, J., & Sequeira, C. (2020). Escuta ativa. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (pp. 177 - 179). Lidel - Edições Técnicas.

Coelho, J., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Relação de Ajuda. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (pp. 183 - 185). Lidel - Edições Técnicas.

Comissão do Curso de Mestrado em Enfermagem [CCME]. (2016, novembro). Documento orientador para docentes e estudantes no que se refere às indicações gerais para os Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem. Mestrado em Associação em Enfermagem.

Comissão Europeia [CE]. (2017). *O Pilar Europeu dos Direitos Sociais em 20 princípios*. União Europeia: [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_pt](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_pt)

Conselho Internacional dos Enfermeiros [CIE]. (2019). *Browser CIPE*. Obtido em 16 de 12 de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Cooper, M. (2009). Welcoming the Other: Actualising the humanistic ethic at the core of counselling psychology practice. *Invited Paper: Keynote Speaker, Manchester Institute for Psychotherapy Conference.*

[https://www.researchgate.net/publication/279441772\\_Welcoming\\_the\\_other\\_Actualising\\_the\\_humanistic\\_ethic\\_at\\_the\\_core\\_of\\_counselling\\_psychology\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/279441772_Welcoming_the_other_Actualising_the_humanistic_ethic_at_the_core_of_counselling_psychology_practice)

Copic, V., Deane, F. P., Crowe, T. P., & Oades, L. G. (2011). Hope, meaning and responsibility across stages of recovery for individuals living with an enduring mental illness. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, (17)2, pp. 61-73. <https://doi.org/10.1375/jrc.17.2.61>

Correia, D., Guerreiro, D. F., & Barbosa, A. (2014). Semiologia psicopatológica. In Correia, D. T., *Manual de Psicopatologia* (2ª ed., pp. 19-96). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Coutinho, C. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª Edição ed.). Almedina.

Cutcliffe, J. R. (1995, november). How do nurses inspire and instil hope in terminally ill HIV patients? *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), pp. 888-895. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb02639.x>.

Cutcliffe, J. R. (2009). Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. (L. Clarke, Ed.) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, pp. 843–847. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01490.x>

Cutcliffe, J. R., & Koehn, C. (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), pp. 141-147. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01055.x>

Cutcliffe, J., & Herth, K. (2002, july). The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), pp. 891-893. <https://doi:10.12968/bjon.2002.11.13.10447>

Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). *Mental Health*. Our World in Data: <https://ourworldindata.org/mental-health#how-is-prevalence-defined-and-measured>

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Davidson, L. (2011). Hope and Recovery. In Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G. & Davidson, L. *Hope in psychiatry. Advances in psychiatric treatment*, (17), pp. 227–235 ). [https://doi:10.1192/apt.bp.109.007286](https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007286)

Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), pp. 1091-1097. [https://doi:10.1377/hlthaff.2016.0153](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153)

Dias, C., Valentim, O., Seabra, P., & Nogueira, M. J. (2020, outubro). Intervenções promotoras de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, (7), pp. 97-102. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm>

Doe, M. J. (2020). Conceptual foreknowings: An integrative review of hope. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), pp. 55. <https://doi.org/10.1177/0894318419881805>

Dowling, M., & Kickwood, D. (2016, september). Exploring hope and expectations in the youth mental health online. *Computers in Human Behavior*, pp. 55-62. [:https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.08.009](https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.08.009)

Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *The Nursing Clinics of North America*, 20(2), pp. 379–391.

Dutney, A. (2005). Hoping for the best: Christian theology of hope in the meaner Australia. In Elliott, J. A.. *Interdisciplinary perspectives on hope* (pp. 49-60). Nova Science.

Eriksen, K. A. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), pp. 110-117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>

Erol, N., Simsek, Z., & Münir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: Challenges and hope in the twenty-first century. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, pp. 113-124. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0047-2>

- A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery
- Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025. (2021). *Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025*. Instituto Nacional para a Reabilitação. <https://www.inr.pt>
- Eurostat. (2014). *World Mental Health Day: data on chronic depression*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20181010-1>
- Faria, A. (2014). *O acolhimento como estratégia de intervenção*. Universidade Federal De Santa Catarina. <https://core.ac.uk/download/pdf/78548647.pdf>
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & C. J. (2005, abril). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), pp. 141-158. <https://doi:10.1007/s10597-005-2649-6>
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M. A., Estudantes do 7º CLE (2010, Janeiro - Março). Metodologia de projeto: Colectânia descritiva de etapas. (A. Freitas, Ed.) *Percursos*, 15.
- Flaherty, K. (2013). Neuman Systems Model in Nursing Practice. In Alligood, M., *Nursing Theory: Utilization & Application*. Elsevier Health Sciences. e-book.
- Foote, A. W. (1990). Hope, self-esteem and social support in persons with multiple sclerosis. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 22(3), pp. 155-159. <https://doi.org/10.1097/01376517-199006000-00004>
- Frost, B., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T., Sly, K. & Conrad, A.. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17(22). <https://doi:10.1186/s12888-016-1164-3>
- Gallagher, M., & Lopez, S. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), pp. 548-556. <https://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Godlaski, T., Butler, L., Heron, M., Debord, S., & Cauvin, L. (2009). A qualitative exploration of engagement among rural women entering substance user treatment. *Substance Use and Misuse*, 44(1), pp. 62-83. doi: 10.1080/10826080802525819.

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Gonçalves, P., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Processo de Enfermagem, CIPE e Sistemas de Informação. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 87-89). Lidel- Edições Técnicas Lda.

Gottschalk, L. A. (1974). A Hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30(6), pp. 779–785. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760120041007>

Haber, J. (2000). Hildegard E. Peplau: The Psychiatric Nursing Legacy of a Legend. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6(2), pp. 56–62. <https://doi.org/10.1067/mpn.2000.104556>

Halter, M. (2017). Theories and Therapies. In Varcarolis, E., *essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (Third Edition ed., pp. 19-33). Elsevier.

Hammelstein, P., & Roth, M. (2002). Hoffnung – Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzeptes. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, pp. 191-203.

Hayes, L., Herrman, H., Castle, D., & Harvey, C. (2017). Hope, recovery and symptoms: The importance of hope for people living with severe mental illness. *Australasian psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 25(6), pp. 583–587. <https://doi:10.1177/1039856217726693>

Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry For Nursing Practice*, 5(1), pp. 39–56.

Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002, jul - aug). The concept of hope in nursing 3: Hope and palliative care nursing. *British Journal Of Nursing. (Mark Allen Publishing)*, 11(14), pp. 977–983. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.14.10470>

Hinds, P. (1984, july). Inducing a definition of ‘hope’ through the use of grounded theory methodology. (Wiley, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, pp. 357-362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1984.tb00384.x>

Hobbs, M., & Baker, M. (2012). Hope for recovery - How clinicians may facilitate this in their work. *Journal of Mental Health*, 21(2), pp. 144-153. doi:<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.648345>

Hotchkiss, L., Holder, M., & Passmore, H.-A. (2016). Transcendent Predictors of Hope. *CPA Convention*. [https://doi: 10.13140/RG.2.1.1832.1525](https://doi:10.13140/RG.2.1.1832.1525)

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *Censos 2021. Resultados preliminares*. Obtido em 07 de 10 de 2021, de Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)

Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde [IPS/ESP]. (2020). *Mestrado em Estudos em Enfermagem*. [//www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/mee](http://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/mee)

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Ligações NANDA NOC – NIC. Condições Clínicas Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade* (3ª ed.). Mosby Elsevier.

Johnson, S. (2007). Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *International Journal Of Palliative Nursing*, 13(9), pp. 451-459. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.9.27418>

Joint Action on Mental Health and Well-being [JAMHW]. (2020). *Depression, suicide and e-health. Joint Action Mental Health and Wellbeing*. <https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health/>

Jones, A. (2007, may). Relevant hope to promote therapeutic change. *Mental Health Nursing*, 27(3), pp. 14-15.

Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), pp. 323–327. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00621.x>

Kelly, M., & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,(12), pp. 245-251.

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

[https://www.academia.edu/30538699/Exploring\\_the\\_concept\\_of\\_recovery\\_in\\_schizophrenia](https://www.academia.edu/30538699/Exploring_the_concept_of_recovery_in_schizophrenia)

King, R., Loyd, C., Meehan, T., Deane, F., & Kavanagh, D. (2012). *Manual of Psychosocial Rehabilitation* (1st ed.). Blackwell Publishing, Ltd.

Kohen, C. V., & Cutcliffe, J. R. (2007, april). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: A systematic review of the literature--part one. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14(2), pp. 134-140. <https://doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01054.x>

Landstedt, E., & Almquist, Y. (2019, september). Intergenerational patterns of mental health problems: The role of childhood peer status position. *BMC Psychiatry*, 19(286). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2278-1>

Lazarus, R. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource despair. *Social Research*, 66, pp. 653–78.

Lindström, U. A., Lindholm, L., & Zetterlund, J. E. (2011). Teoría del cuidado caritativo. In Alligood, M. & Tommey, A., *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 190-224). Elsevier.

Lopes, M. J. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: Construção de uma relação*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J. C., Cutcliffe, J. R., *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. Principles of Specialty Nursing (Under the auspices of the European Specialist Nurses Organisations (ESNO))* (pp. 247-257). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19)

Lynch, W. F. (1965). *Images of Hope: Imagination as Healer of the Hopeless*. Helicon. <https://archive.org/details/imagesofhopeimag00lync/page/n5/mode/2up>

Lysaker, P. H. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(6), pp. 911-920. <https://doi:10.1682/JRRD.2007.07.0108>



Mângia, E. F. (2002). Contribuições da abordagem canadense "Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. *Revista de Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo*, 13(3), pp. 15-21. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p127-134>

Menninger, K. (1959). The Academic Lecture: Hope. *The American Journal of Psychiatry*, pp. 481-491. <https://doi.org/10.1176/ajp.116.6.481>

Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2010). Hope. The Power of Wish and Possibility. *Theory & Psychology*, 20(2), pp. 251–276. <https://doi.org/10.1177/0959354309354393>

Mill, J. S. (2009). *Three Essays on Religion*. (L. Matz, Ed.) Broadview Press.

Miller, J. F. (1986). *Development of an instrument to measure hope*. Tesis for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing Sciences, University of Illinois , Chicago Health Sciences Center, <https://sigma.nursingrepository.org>

Miller, J. F. (2007, jan-mar). Hope: A construct central to nursing. *Nursing Forum*, 42(1), pp. 12–19. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES]. (2006, 24 de 03). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*(60/2006, Série I-A), 2242 - 2257., de <https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Ministério da Saúde [MS]. (04 de 09 de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A*.

Monteiro, A. P. (2014). Da desesperança à esperança - Intervenções de enfermagem de saúde mental. *Saúde e Ciência. Hospitalidade*, pp. 31-37. [https://www.researchgate.net/publication/262494998\\_Da\\_desesperanca\\_a\\_esperanca\\_-\\_inter](https://www.researchgate.net/publication/262494998_Da_desesperanca_a_esperanca_-_inter)

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (4ª ed.). (R. M. Garcez, Trad.) Elsevier.

- A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery
- Nascimento, L., Dantas, I., Andrade, R., & de Mello, D. (2014, jan-mar). Genogram and ecomap: Brazilian nursing contributions. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100025>
- Nesse, R. M. (1999). The evolution of hope and despair. *Social Research*, 66(2), pp. 429-469. <https://www.jstor.org/stable/40971332>
- Neuman, B. (1996). The Neuman system model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), pp. 67-70. <https://doi.org/10.1177/089431849600900207>
- Niebieszczanski, R. J., Dent, H., & McGowan, A. (2016, feb). Your personality is the intervention: A grounded theory of mental health nurses' beliefs about hope and experiences of fostering hope within a secure setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, pp. 1-25. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1134626>
- Nieswiadomy, R. M. (2012). *Foundations of Nursing Research*. Pearson Education, Inc.
- Noh, C., Choe, K., & Yang, B. (2008, april). Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), pp. 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.10.002>
- Nunes, L. (2020). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2ª ed.). SABOOKS Editora.
- Obama, B. (2008). *The Audacity of Hope - Thoughts on Reclaiming the American Dream*. Crown Publishers.
- Obayuwana, A. O., Collins, J. L., Carter, A. L., Rao, M. S., Mathura, C. C., & Wilson, S. B. (1982). Hope Index Scale: An instrument for the objective assessment of hope. *Journal of the National Medical Association*, 74(8), pp. 761- 765. <https://www.semanticscholar.org/paper/Hope-Index-Scale%3A-an-instrument-for-the-objective-Obayuwana-Collins/ce68ef28b38a6d29974a1dbdda9cb4ac580ffc4c>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2020). *Relatório da Primavera 2019*. <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental-2019.pdf>

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Oexle, N. A. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), pp. 53-60. <https://doi.org/10.1017/S204579601500101>

Oliveira, J. (2010). *Terapia de Esperança: Uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15341/3/Disserta%20a7%20a3o%20mestrado%20JGarrido%20de%20Oliveira.pdf>

Oliveira, P. (2020). Determinantes em saúde mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007, 22 de 01 ). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b, 25 de junho). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2ª série, nº122, 17034-17041.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a, 16 de setembro). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série — nº 18, 8059-8105.

Ordem dos Enfermeiros. (2018, 07 de 08 ). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, Série II n.º 151, 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP)

– Mandato 2016-2019.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp\\_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave\\_ordenferm\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf)

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2015). *The 17 goals*. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development: <https://sdgs.un.org/goals>

Organização Mundial de Saúde. (1996). *Psychosocial rehabilitation : A consensus statement*. WHO Publications. World Health Organization, Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. World Health Organization: <https://apps.who.int/ir>

Organização Mundial de Saúde. (2001). *The World health report: Mental health : new understanding, new hope*. World Health Organization: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2012). WHO quality rights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. (W. L.-i.-P. Data, Ed.) World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>

Organização Mundial de Saúde. (2014). Social determinants of mental health. <https://apps.who.int>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). *The European health report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence, Highlights*. WHO Regional Office for Europe. Denmark: WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/284750/EHR\\_High\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/284750/EHR_High_EN_WEB.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2016, 21-22 of january). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. [https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides\\_for\\_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2018, 30 of march). *Mental health: strengthening our response*. World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Organização Mundial de Saúde. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th. ICD-10. Version: 2019*. Organização Mundial de Saúde: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

Organização Mundial de Saúde. (2021). *Mental Health*. World Health Organization: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2021). *Mental Health*. Organisation for Economic Co-operation and Development: <https://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health.htm>

Panagioti, M. G. (2012). Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder: Their association with suicidal behavior and severity of depression. *The Journal of Nervous And Mental Disease, 200*(8), pp. 676-683. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182613f91>

Peden, A., Laubham, K., Wells, A., Staal, J., & Rittman, M. (2010). Nurse–Patient relationship theories: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee, and Ida Jean Orlando. In Parker, M. & Smith, M., *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed.). F. A. Davis Company.

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing : A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly, 5*(1), pp. 13-18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>

Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly, 10*(4), pp. 162-167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pickett-Schenk, S., Lippincott, R., Bennett, C., & Steigman, P. (2008, jan). Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. *ps.psychiatryonline.org, 5*(1), pp. 49-56. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2008.59.1.49>

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Pinho, L. (2021). *Planeamento da Unidade Curricular Estágio Final. Ano letivo 2021/2022*. Universidade de Évora, Área de Especialização – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Platão. (2009). *Timaeus and Critias (Oxford World's Classics)*. (R. Waterfield, Trad.) Oxford University Press. Obtido em 07 de 01 de 2022, de <https://pt1lib.org/book/969343/22d9c8>

Pokorny, M. E. (2011). Teorías en enfermería de importancia histórica. In Alligood, . & Tomey, A., *Modelos y Teorias en Enfermeria* (Séptima ed., pp. 54-86). Elsevier.

Porto Editora. (2021). *Esperança*. Obtido em 12 de 10 de 2021, de Infopédia. Dicionários Porto Editora: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/esperan%C3%A7a>

Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2008, 06 de 03). Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. *Diário da República*, n.º 47, Série I, 1395-1409. <https://dre.pt/application/conteudo/247255>

Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2021). Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro. Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços. *Diário da República*, 1ª Série, nº 240, 104-118. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2021/12/14/p/dre>

Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach . *Advances in Mental Health*, 15(2), pp. 108-120. doi: 10.1080/18387357.2016.1243014

Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale [PSR/RPS] - Canada. (2017). Competencies of Practice for Canadian Recovery-Oriented Psychosocial Rehabilitation Practitioners. (2nd ). <https://www.psrrpscanada.ca/sites/>

Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale [PSR/RPS] Canada. (2021). *PSR Principles*. <https://www.psrrpscanada.ca/what-psychosocial-rehabilitation>

Querido, A. (2013). *A promoção da esperança em fim de vida: avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4050/1/A%20PROMO%C3%87%C3%83O%20A%20ESPERAN%C3%87A%20EM%20FIM%20DE%20VIDA%20Final.pdf>

Querido, A. (2015). *A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Relatório de Estágio. 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica., Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1709/1/Ana%20Querido%202015%20-%20A%20Esperan%C3%A7a%20na%20Pr%C3%A1tica%20Especializada%20em%20ESMP.pdf>

Querido, A. (2018, out). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (ESPECIAL 6), pp. 6-8. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0206>

Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. Em Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 243-245). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Querido, A., & Dixe, M. A. (2016). A esperança na saúde mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, pp. 95-100. <https://doi:10.19131/rpesm.0206>

Querido, A., Laranjeira, C., & Dixe, M. A. (2021). Hope in a depression therapeutic group: A qualitative case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4: e20201309), pp. 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1309>

Rahimi, R., Hasanpour, S., & Mirghafourvand, M. E. (2021). Effect of hope-oriented group counseling on mental health of infertile women with failed IVF cycles: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(286). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-0328>

Reiter, M. (2010). Hope and expectancy in Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(2), pp. 132-148. <https://doi:10.1080/08975353.2010.483653>

Rempel, G. R. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing*, 13(4), pp. 403-419. <https://doi.org/10.1177/1074840707307917>

- Ringer, J. B. (2013, august). Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: Associations with self-esteem and hope. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research, Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12012>
- Roberts, G., & Boardman, J. (2013). Understanding "Recovery". *Advances in Psychiatric Treatment*(19), pp. 400-409. <https://doi:10.1192/apt.bp.112.010355>
- Rogers, C. R. (1986). Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centered Review*, 1(3), pp. 257-259. <https://psycnet.apa.org/record/1988-17639-001>
- Rose, G., & Smith, L. (2018). Mental health recovery, goal setting and working alliance in an Australian community-managed organisation. *Health Psychology Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/2055102918774674>
- Rustøen, T. (1995). Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: A theoretical analysis. *Cancer nursing*, 18(5), pp. 355–361.
- Salgado, J. D., Deane, F. P., Crowe, T. P., & Oades, L. G. (2010). Hope and improvements in mental health service providers recovery attitudes following training. *Journal of Mental Health*, 19(3), pp. 243-248. <https://doi.org/10.3109/09638230903531126>
- Sampaio, F., & Sequeira, C. &.-C. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), pp. 77- 84.
- Santos, A. F. (2019). *A promoção da esperança na pessoa com experiência de doença mental e família(s)*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29984>
- Santos, J. M., & Santos, C. (2020). Organização dos Serviços de Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnóstico e Intervenções*. (pp. 15-18). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Schrank, B., Bird, V. R., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative



- A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery  
review. *Social Science & Medicine*, 74(4), pp. 554-564.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>
- Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011). Hope in Psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, pp. 227-235. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007286>
- Sederer, L. I. (2016, feb). The social determinants of mental health. *Psychiatric Services*(67), pp. 234-235. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500232>
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*(43), pp. 637-646. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Quarteto.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Intervenção em crise. In Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (pp. 220-224). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Shekarabi-Ahari, G., Younesi, J., Borjali, A., & Ansari-Damavandi, S. (2012). The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 5(4), pp. 183-188.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209570/pdf/IJCP-05-183.pdf>
- Snyder, C. R. (1994). *The Psychology of Hope: You Can Get There from Here*. NY: Free Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*(14), pp. 249–275.
- Snyder, C. R., & Peterson, C. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures & Applications*. . San Diego: CA: Academic Press.
- Spielman, R. (2009). Persuasion and Healing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.0767a.x>
- Staats, S. (1987). Hope: Expected positive affect in an adult sample. *The Journal of Genetic Psychology*, pp. 357-364. <https://doi.org/10.1080/00221325.1987.9914565>

A Esperança Como Foco De Atenção Em Enfermagem Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery

Stanford University. (2021). *Writing a Project Proposal*. Obtido em 11 de 02 de 2022, de Stanfors Undergraduate Researchand Independent Projects: <https://docs.google.com/document/d/1xLmcSpRUD6a5AFAzj2cNIJ9JDT9LZmjGSdYLddIfRgM/edit>

Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. Jossey-Bass.

Thimm, J. C. (2013). Hope and expectancies for future events in depression. *Frontiers in Psychology*, 4(470). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00470>

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13, pp. 119–127. <https://doi:10.1016/j.joon.2009.07.006>

Universidade de Aveiro [UA]. (2020). Manual para realização de citações em texto e referências bibliográficas. APA 7ª edição. (i. d. Serviços de biblioteca, Ed.)

van Gestel-Timmermans, H. V. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), pp. 67-74. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00758.x>

van Gestel-Timmermans, H. V. (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course*. Knowledge Centre for Self-help and Consumer Expertis, Tranzo, Tilburg University. Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw; grant number: 100003017). [https://www.werkhoezithet.nl/doc/kennisbank/recovery\\_up\\_to\\_you.pdf](https://www.werkhoezithet.nl/doc/kennisbank/recovery_up_to_you.pdf)

Venning, A., Kettler, L., Zajac, I., Wilson, A., & Elliot, J. (2011, may). Is hope or mental illness a stronger predictor of mental health? *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2). <https://doi:10.1080/14623730.2011.9715654>

Watson, J. (2008). *Nursing, The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado.

White, R. G., McCleery, M., Gumley, A. I., & Mulholland, C. (2007). Hopelessness in schizophrenia: The impact of symptoms and beliefs about illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), pp. 968-975. [https://doi: 10.1097/NMD.0b013e31815c1a1d](https://doi:10.1097/NMD.0b013e31815c1a1d)

Wnuk, M. (2017). Hope as an important factor for mental health in alcohol-dependent subjects attending Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Use*, 22(2), pp. 182-186. <https://doi:10.1080/14659891.2016.1177612>

Xavier, S., Nunes, L., & Basto, M. L. (2014). Competência emocional do enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar Enfermagem*, 18(2), pp. 1-18. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23763/1/Artigo1\\_3\\_19.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23763/1/Artigo1_3_19.pdf)

## 5. Glossário

**Determinantes Sociais de Saúde Mental** - consideram-se as condições sociais e económicas que impactam a saúde mental dos indivíduos (CMHA, 2016). O ambiente social, económico, político e físico tem capacidade de influenciar a saúde mental dos indivíduos ao longo de todo o seu ciclo vital, desde a fase pré-natal até ao fim de vida (OMS, 2014).

**Esperança** - uma atitude composta, constituída por um desejo de um resultado e uma crença na possibilidade de concretização desse resultado. No entanto, nem todos os resultados que se creem possíveis e que são desejados são focos de esperança. A existência da esperança requer envolvimento afetivo com o resultado esperado de uma forma única (Bloeser & Stahl, 2017).

**Reabilitação psicossocial** - é considerada um processo em que é disponibilizado aos indivíduos que sofrem de incapacidade por doença mental, a oportunidade de atingirem o seu nível máximo de funcionamento independente e autónomo na comunidade. O que se pretende é atingir uma incapacidade funcional, não a cronicidade da doença (OMS, 1996).

**Recovery** - é considerado uma jornada pessoal dirigida à redescoberta de si mesmo no processo de aprender a conviver com uma doença ao invés de ser definido pela doença. A nível individual, trata-se do desenvolvimento da esperança e de uma visão para o futuro. A nível comunitário, refere-se ao apoio no envolvimento e participação social dos indivíduos através da oferta de oportunidades dirigidas ao potencial e às competências da pessoa, ao invés do foco na doença. A perspetiva do *Recovery* condiciona a forma como a reabilitação psicossocial é abordada (King et al., 2012).

**Saúde Mental** - “não só a simples ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza seu próprio potencial, consegue lidar com os desafios normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade<sup>12</sup>” (OMS, 2018).

---

<sup>12</sup> “*Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community.*” - Organização Mundial de Saúde. (30 de march de 2018). *Mental health: strengthening our response*. Obtido em 17 de 12 de 2021, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

**Sistema de Saúde orientado para o *Recovery*** - consiste num sistema de saúde mental caracterizado por programas que definem a missão, políticas, procedimentos, documentação e garantia de qualidade que sejam consistentes com os valores fundamentais do *Recovery* (Farkas, et al., 2005).

**Transtornos mentais e comportamentais** - são um conjunto de transtornos geralmente caracterizados por alguma combinação de alterações do processo de pensamento, por emoções desreguladas, por comportamentos desadequados e relacionamentos disfuncionais com outras pessoas (OMS, 2019).

## **Apêndices**

Apêndice I

Resumo da Revisão Integrativa da Literatura

### Resumo Da Revisão Integrativa Da Literatura

**CONTEXTO:** A esperança é um sentimento essencial à vida e é um elemento impulsionador do processo de reabilitação psicossocial orientada para o *Recovery* (PRPOR). Importa, pois, sintetizar e integrar o conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem especializadas e autónomas promotoras de esperança na população em PRPOR.

**OBJETIVO:** Identificar as intervenções de enfermagem especializadas e autónomas promotoras de esperança na população em processo de reabilitação psicossocial orientado para o *Recovery*.

**MÉTODO:** Revisão Integrativa de acordo com os critérios do *Joanna Briggs Institute*. Efetuada pesquisa nas plataformas *Ebscohost*, *Google Académico* e *BMC Nursing*, entre outubro e dezembro de 2021 utilizando os descritores “Esperança” AND “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” AND “(*Recovery* em saúde mental” OR “Reabilitação psicossocial”).

**RESULTADOS:** Incluímos sete estudos, referentes a diversos contextos de prestação de cuidados (comunitário, hospitalar, ambulatório). Apresentamos a forma de identificar a necessidade de atenção ao foco de enfermagem “Esperança”, os diversos instrumentos de avaliação diagnóstica e as intervenções promotoras de esperança que apresentam resultados positivos.

**CONCLUSÃO:** Os estudos incluídos identificam a relação terapêutica como contexto essencial para veicular as intervenções de enfermagem promotoras de esperança e o facto de os enfermeiros serem eles próprios fonte de instilação de esperança. É fundamental identificar os atributos da esperança, as emoções e experiências associadas e ter competência para formular objetivos realistas.

**Palavras-chave:** Esperança, Enfermagem Psiquiátrica, Recuperação da saúde mental, Reabilitação psiquiátrica



**Anexos**

Anexo I

Guião de Entrevista “Avaliação da Esperança”

### **Guião De Entrevista - Avaliação Da Esperança**

Tipo de entrevista:

Entrevista formal semi-estruturada com questões abertas.

Objetivos: Caracterizar a esperança; Identificar objetos de esperança; Identificar recursos ou ameaças.

- 1 - Quando ouve a palavra “Esperança” que imagem lhe ocorre?
- 2 - Como descreve a esperança na sua vida?
- 3 - De que forma a situação que vive neste momento afeta a sua esperança?
- 4- Se pudesse identificar uma fonte de esperança para si, o que seria?
- 5 - O que o ajuda a manter a esperança, ou o que o faz sentir desesperado?
- 6 - O que espera no futuro?

Adaptado de:

Querido, A. (2013). *A promoção da esperança em fim de vida: avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.  
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4050/1/A%20PROMO%C3%87%C3%83O%20DA%20ESPERAN%C3%87A%20EM%20FIM%20DE%20VIDA%20Final.pdf>

Anexo II

Escala da Esperança de Herth - PT

**ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHI-PT)**

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

Data \_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

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

© 1989 Kaye Herth (1999)

Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Vizna; António Barbosa; Maria dos Anjos Dixe; Ana Querido