



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**A Esperança na Prática Especializada de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

Ana Isabel Fernandes Querido

Leiria, setembro de 2015



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**A Esperança na Prática Especializada de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

Ana Isabel Fernandes Querido, N° 5120014

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, Setembro de 2015

*Aprenda com o ontem, viva o
hoje, tenha esperança no amanhã.*

O importante é não parar de questionar.

Albert Einstein

DEDICATÓRIA

Ao Paulo, à Inês e ao Gonçalo, minhas fontes de esperança, pelo seu amor

AGRADECIMENTOS

A redação deste trabalho traduz um percurso que não seria possível sem a colaboração de muitas pessoas a quem quero manifestar a minha gratidão:

Ao Instituto Politécnico de Leiria, pela oportunidade e acompanhamento ao longo do programa de mestrado.

À Escola Superior de Saúde de Leiria pelas facilidades, apoio e incentivo.

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes pela confiança, estímulo e persistência que incutiu na orientação de todas as etapas deste percurso, permitindo a partilha do seu imenso saber com uma disponibilidade imensurável e sempre na companhia de um sorriso de esperança.

À Junta de Freguesia de Amora e todo o pessoal executivo, em especial ao seu Presidente, Sr. Manuel Araújo, figuras indispensáveis para a prossecução deste trabalho, pelo seu arrojo, claboração e disponibilidade;

À Escola Secundária de Amora, direção, docentes e em especial à Prof.^a Albertina Pereira, pelo incentivo, abertura e disponibilidade.

À equipa do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Oeste, em particular ao Enfermeiro Nuno Borda D'água e à Psicóloga Celeste Nasciso, pelo acolhimento, disponibilidade e partilha de saberes, essenciais neste percurso.

Às pessoas com doença mental que aceitaram partilhar a intimidade da sua esperança e se desafiaram nas suas capacidades.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde de Leiria pelo apoio e incentivo demonstrados.

Aos meus pais pelo seu apoio incondicional. Ao Paulo, à Inês, ao Gonçalo e a toda a minha família pela compreensão demonstrada nos momentos de ausência.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AN – Afeto Negativo

AP – Afeto Positivo

BORI – Bell Objectal Relations Inventory

CAISM - Consulta de Avaliação Inicial de Saúde Mental

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRIA - Centro de Reflexão, Intervenção e Aquisição

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DR – Diário da República

DSM – Diagnosis and Statistic Measures for Mental Disorders

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EC - Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

ERASMO – Equipa de Rede Alargada de Saúde Mental do Oeste.

ESA – Escola Secundária de Amora

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria

HF – Hiperestimulação Fisiológica

HHI-DC-PT – Escala de Esperança de Herth para Doença Crónica em Portugal

ICD – International Classification of Diseases

ICN – International Council of Nurses

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

JAMH-WB - Joint Action for Mental Health and Wellbeing

JFA - Junta de Freguesia de Amora

MINDFUL – Mental Health Information and Determinants for the European Level

MMHE – Monitoring Positive Mental Health Environments

NANDA - I – North American Nurses Diagnosis Association International

NECSFA - Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia da Amora

NIASM – Núcleo de Intervenção na Área da Saúde Mental

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países de Língua Oficial Portuguesa

PLPSMA – Plano Local de Promoção de Saúde Mental de Amora

RSES – Rosenberg Self Esteem Scale

SM – Saúde Mental

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A Esperança é essencial na experiência da vida, assumindo especial relevância na saúde mental das pessoas. Manter a esperança em situações de adversidade e na presença de sofrimento mental, requer uma gestão das condições facilitadoras e inibidoras da esperança, num equilíbrio que pode ser muito difícil conseguir sem a ajuda de profissionais competentes. A promoção da esperança enquanto foco de enfermagem é imperativa na prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no sentido de assistir e apoiar os clientes no uso de estratégias de esperança na capacitação para a gestão da complexidade dos problemas mentais. Não obstante este reconhecimento do papel do enfermeiro especialista em saúde mental na capacitação para a esperança, a forma como ela se desenvolve nos contextos da prática especializada carece de evidência e visibilidade.

O presente relatório versa sobre a prática especializada em enfermagem de saúde mental, realizada em dois contextos da prática clínica que favoreceram o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e enfermeiro especialista de saúde mental, tendo a esperança como foco de atenção. Nele pretende-se descrever a relevância da esperança nos contextos de saúde mental, analisar o processo de desenvolvimento de competências à luz dos referenciais da enfermagem especializada e identificar o papel na esperança na saúde mental com base na evidência científica.

As competências desenvolvidas foram suportadas pela metodologia científica, alicerçadas em modelos teóricos de enfermagem avançada, assente na identificação das necessidades /elaboração de diagnósticos, planeamento das intervenções, implementação de intervenções com vista à obtenção de ganhos em saúde nos clientes / grupos, e avaliação das mesmas face aos resultados esperados. A análise dos resultados obtidos face à especificidade das intervenções dirigidas à esperança foram considerados sensíveis à prática de enfermagem, e evidenciaram ganhos em saúde e esperança, suportados pela revisão integrativa da literatura e pelo estudo de caso.

Palavras-Chave: Esperança, Saúde Mental, Enfermagem, Competência Profissional

ABSTRACT

Hope is essential in the experience of life and has particular relevance in mental health. Maintaining hope in adversity situations and specially while facing mental suffering, requires management of hope promotion and inhibiting factors, a balance that can be very difficult to achieve without the help of high skilled professionals. The promotion of hope as a nursing focus is imperative in professional practice of specialist nurse in Mental Health Nursing. Mental Health nurses are committed to assist and support customers in the use of hope strategies in building capacity to manage the complex mental problems. Despite this recognition of the role of nurses in mental health specialist in building capacity for hope, how it develops specialized practice in contexts lacks evidence and visibility.

This report addresses the specialized practice in Mental Health Nursing, developed in two contexts of clinical practice that facilitate the development of competencies as Nurse Specialist and Nurse Specialist Mental Health, having hope as the focus of nursing practice. It aims to describe the relevance of hope in mental health settings, analyze the skills development process based on specialized nursing benchmarks and identify the role of hope in mental health based on scientific evidence.

The processes of skills development were supported by Nursing scientific methodology, grounded on theoretical models of advanced nursing, based on the identification of needs / making diagnoses, planning of interventions, implementation of interventions to obtaining health gains in customers / groups and evaluation of the interventions compared to the expected results. The analysis of the results related to hope specific interventions were considered sensitive to nursing practice, and evidenced gains in health and hope, supported by the integrative literature review and study case methodology.

Keywords: Hope, Mental Health, Nursing, Professional Competence

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
1.OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	23
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO DA FREGUESIA DE AMORA.....	25
1.1.1. O N'Amora Bem	33
1.1.2. A Escola Secundária de Amora	36
1.2. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE	38
2.A ESPERANÇA: FOCO DE ATENÇÃO EMERGENTE NOS CONTEXTOS DE PRÁTICA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL.....	52
2.1. A ESPERANÇA NOS CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTOS PARA A INTERVENÇÃO	54
2.2. MODELOS PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS DE ESPERANÇA.....	61
3.DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	66
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	67
3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	68
3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	74
3.1.3. Gestão dos Cuidados	77
3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	80
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL	84
3.2.1. Detenção de Elevado Conhecimento e Consciência de si Enquanto Pessoa e Profissional.....	85
3.2.2. Assistência na Otimização da Saúde Mental no Ciclo Vital.....	87
4.PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	104
4.1. A ESPERANÇA NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	105

4.1.1.	Introdução	108
4.1.2.	Metodologia	108
4.1.3.	Resultados	109
4.1.4.	Discussão	114
4.1.5.	Conclusão	114
4.1.6.	Implicações para a Prática Clínica	115
4.2.	A ESPERANÇA EM GRUPOS TERAPÊUTICOS DE DEPRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO	116
4.2.1.	Enquadramento e Pertinência do Estudo	116
4.2.2.	Questões de Investigação e Objetivos	120
4.2.3.	Desenho do Estudo	121
4.2.4.	O Contexto e os Participantes do Estudo	124
4.2.5.	Instrumentos de recolha de informação	125
4.2.6.	Procedimentos formais e éticos	128
4.2.7.	Análise e Tratamento da Informação	130
4.2.8.	Apresentação e Análise dos Resultados	130
4.2.9.	Discussão e Conclusões	149
4.3.	DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DOS RESULTADOS	152
5.	CONCLUSÃO	153
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
	APÊNDICES	174
	APÊNDICE I - Projeto de Aprendizagem do Ensino Clínico I	
	APÊNDICE II - Formação no âmbito CIPE/SAPE realizada no CHO	
	APÊNDICE III - Projeto de Aprendizagem dos Ensinos Clínicos II e III	
	APÊNDICE IV - Programa de psicoeducação "Bem me quero-Bem te quero"	
	APÊNDICE V - Pedido de prolongamento do ensino clínico realizado no DPSPM do CHO	
	APÊNDICE VI - Estudo de Caso Clínico do Grupo de Depressão	
	APÊNDICE VII - Termo de Consentimento Informado para Participação no Estudo de Caso	

ANEXOS

ANEXO I - Tipo e descrição dos procedimentos de diagnóstico / avaliação psiquiátrica e terapêuticos realizados pela equipa do SPSM

ANEXO II - Folheto -resumo das atividades desenvolvidas no DPSM

ANEXO III - Ata nº 1/ 2013 da reunião do CRIA

ANEXO IV - Participação no International Forum on Innovation in Mental Health

ANEXO V - Certificado de Participação nas Conferências Fall, 2013

ANEXO VI - Formulário de Registo de Consulta de Avaliação Inicial de Saúde Mental - CAISM

ANEXO VII - Instrumentos de Avaliação de Saúde Mental Aplicados no Grupo de Depressão

ANEXO VIII - Participação no VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental: A Pessoa, a Família, a Comunidade e a Saúde Mental

ANEXO IX - Participação no II Symposium de Desenvolvimento Pessoal e Organizacional “Eu e o Outro: Afetividade e esperança”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação das evidências científicas da esperança com os fatores promotores de saúde mental	60
Quadro 2 – Relação entre a esperança e os determinantes de SM por populações estudadas.....	112
Quadro 3 – Fontes de evidência utilizadas no estudo de caso.....	125

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos	109
Tabela 2 – Caracterização dos estudos	110
Tabela 3 – Estatística descritiva resultante da aplicação da HHI-PT-DC (n=7)	132
Tabela 4 – Estatística descritiva resultante da aplicação da EADS-21 (n=7)	137
Tabela 5 – Matriz de correlações de Spearman (ρ) entre os scores da HHI-PT-DC, Escala de Autoestima de Rosenberg e EADS-21	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Parques verdes (vista aérea) e vista da zona ribeirinha	27
Figura 2 – Atividade desportiva na zona ribeirinha da Amora.....	28
Figura 3 – Atividade desportiva realizada no parque do serrado	28
Figura 4 – Edifício do Hospital Termal das Caldas da Rainha no início do Séc. XIX e na atualidade.....	40
Figura 5 – Aspeto geral das salas de convívio e átrio do piso 1	41
Figura 6 – Vistas da zona circundante ao Hospital Termal das Caldas da Rainha.....	42
Figura 7 – Ilustração do estudo de caso simples e as subunidades de análise.....	123
Figura 8 - Diagrama das propostas de intervenção em grupo de ajuda mútua promotor de esperança.....	148

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem sido reconhecida como uma área de intervenção por excelência, considerando não só o aumento da prevalência da doença mental como a sua especial relevância nas sociedades do séc XXI. Dados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental (Caldas de Almeida & Xavier, 2013) mostram que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa, destacando-se as perturbações de ansiedade, com 16,5% e as perturbações depressivas com 7,9%. Em Portugal, a taxa de utilização dos cuidados de saúde por perturbações psiquiátricas e emocionais ao longo da vida é bastante elevada (76,4%), verifica-se uma utilização muito superior nas mulheres (48,8%), com recurso ao clínico geral (36,6%), ao psiquiatra (30%), constatando-se que apenas 20,7% recorrem a outros profissionais de saúde mental, incluindo psicólogos e enfermeiros. Por outro lado, os dados sobre o consumo de psicofármacos evidenciam um elevado padrão de consumo, sobretudo de ansiolíticos e antidepressivos, destacando-se um padrão de intervenção dos serviços de saúde quase exclusivamente psicofarmacológico que tende a ser a resposta predominante, mesmo nas situações em que a evidência científica disponível não a considera particularmente indicada (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2014).

Esta realidade espelha a necessidade de desenvolvimento científico e profissional das equipas de saúde mental, que continuam num patamar de desenvolvimento significativamente inferior ao dos restantes países da Europa Ocidental. O investimento em profissionais pode traduzir-se indiretamente em maiores ganhos em saúde e menores gastos com fármacos, aumentando a qualidade das respostas em saúde mental dos serviços de saúde, que se pretendem centradas na pessoa e na comunidade (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2014).

Neste paradigma impera uma realidade de cuidados que exige profissionais competentes com elevado conhecimento científico e relacional, capazes de gerar respostas de saúde centradas nas pessoas com necessidades complexas de saúde mental, capacitando-as para o conhecimento e para a gestão das respostas humanas na adaptação às situações de perturbação do equilíbrio emocional.

Benner (2001) defende que o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar dos clientes, adotando medidas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, exigindo uma reflexão contínua sobre os cuidados que presta. O desenvolvimento de competências do enfermeiro acontece de modo gradativo, de iniciado a perito, cuja rapidez depende da capacidade de interiorizar e refletir a sua prática, associada às características individuais e aos contextos de trabalho. Nesta ótica, o enfermeiro especialista é considerado um perito, na medida em que possui uma enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação, age a partir de uma compreensão profunda e global da situação e toma decisões holísticas. Os enfermeiros peritos são essencialmente pessoas maleáveis que demonstram um elevado nível de adaptabilidade e competência (Benner, 2001).

A enfermagem de saúde mental constitui-se como uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia um maior leque de conhecimentos num nível de maior profundidade, assente numa abordagem holística e suportada na relação de ajuda estabelecida com os clientes. A especificidade da prática clínica do enfermeiro especialista em saúde mental (EESM), ao englobar a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, garante um contributo profissional específico e determinante para elevar a qualidade das respostas das equipas de saúde mental, aumentando a capacidades de autoconsciencialização dos clientes sobre os problemas e desenvolver capacidades para encontrar novas vias de resolução (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As vulnerabilidades próprias da pessoa com necessidades e problemas de saúde mental sugerem focos de atenção da prática de enfermagem que podem assumir uma especial relevância, atendendo às transições a que estão sujeitas. Um desses focos de atenção é a esperança, classificada nas taxonomias da *North American Nurses Diagnosis Association International* (NANDA-I) e pelo *International Council of Nurses* (ICN) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como foco, diagnóstico e resultado, capaz de evidenciar ganhos em saúde associados à enfermagem.

Sendo considerada essencial à vida, a esperança é um componente crítico do processo de cura e recuperação de doenças físicas e mentais, tanto em situações agudas, crónicas ou mesmo em situações ameaçadoras da vida ao longo do ciclo vital (Feudtner, 2005; Herth, 2005; Onwuegbuzie & Snyder, 2000; Parry & Glover, 2010). Está presente nas relações estabelecidas entre as pessoas e influenciada pelas ações de outros, capaz de modificar o curso da doença. Contribui para o aumento das capacidades da pessoa para lidar com situações de crise, para manter a qualidade de vida e determinar objetivos saudáveis, sendo encarada como uma possível saída do ciclo de sofrimento. É muitas vezes utilizada em contexto clínico, apesar de a sua definição não ser conclusiva e a sua operacionalização ser rara e difícil (Nekolaichuk & Bruera, 1998; Parker-Oliver, 2002). A pessoa esperançada é capaz de agir para além de si própria e fortalecer-se na comunhão com os outros, evitando o desespero (Elliot, 2005; Weingarten, 2010).

Nesta perspetiva, abordar a esperança nos contextos de saúde mental constitui-se um desafio inovador, pelo que foi nosso propósito enquadrar a esperança no desenvolvimento de competências especializadas em ESMP.

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Relatório de Estágio inserida no 3.º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, no ano letivo 2013/2014.

Trata-se de um relatório de carácter reflexivo, realizado sob orientação do Professor Doutor José Carlos Gomes, que pretende analisar a aquisição de competências de enfermeiro especialista (EE) e enfermeiro especialista em saúde mental (EESM), definidas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em Diário da República no Regulamento nº 122/2011 e Regulamento nº 129/2011, de 18 de Fevereiro, respetivamente, tendo como objetivos específicos:

- Caracterizar o contexto de aplicação da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Analisar o impacto da prática realizada em contexto clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem de saúde mental;

- Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

A descrição e reflexão realizada ao longo deste documento referem-se à prática clínica especializada realizada em ambiente de prestação de cuidados, durante o decorrer dos Ensinos Clínicos do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento de competências requer uma aprendizagem experiencial em contextos particulares, promovendo a construção de bases sólidas em que os enfermeiros peritos podem descrever situações clínicas nas quais a intervenção faz a diferença e em que os cuidados se tornam visíveis, sendo com esta visibilidade que o realce e a perícia se tornam possíveis, aumentando a qualidade dos cuidados.

Os contextos selecionados foram escolhidos tendo como base o interesse pessoal e a possibilidade de continuidade do trabalho previamente desenvolvido na área da enfermagem de saúde mental, que se tornaram condições facilitadoras do desenvolvimento das competências específicas do EESM. Ambos os contextos evidenciaram condições para trabalhar a esperança como foco de atenção da prática especializada em ESMP. O contexto escolar surgiu na sequência da operacionalização do programa de promoção de saúde mental em ambiente urbano e foi escolhido pelo interesse no desenvolvimento de competências dos professores com vista à promoção de saúde mental e de competências pessoais e sociais. O contexto hospitalar selecionado foi escolhido pelo interesse no desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção diferenciada junto de pessoas com diagnóstico de perturbação mental em contexto grupal.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho incidiu sobretudo em reflexão individual sustentada em pesquisa bibliográfica de carácter científico, utilizando diversas fontes credíveis que considerámos pertinentes, pesquisadas no acervo bibliográfico e em bases de dados eletrónicas. Complementámos a reflexão com a utilização de metodologia de investigação que suportou a realização da revisão integrativa da literatura e o estudo de caso.

Com vista a responder aos objetivos definidos, o presente trabalho divide-se em quatro capítulos fundamentais. No primeiro capítulo apresentam-se os contextos da prática

clínica onde se realizaram as intervenções e onde foi possível o desenvolvimento de competências de EE e EESM, contextos estes que proporcionaram experiências e ambientes ricos em aprendizagem e reflexão. O segundo e terceiro capítulos referem-se respetivamente à reflexão realizada acerca da aquisição das competências gerais de EE e competências específicas de EESM. A reflexão foi enquadrada na prática clínica e a análise foi suportada em referenciais teóricos e evidência científica, abordando as atividades e intervenções realizadas, justificando o seu contributo para o desenvolvimento das referidas competências. No percurso de desenvolvimento de competências e nos capítulos que o descrevem, atendemos às quatro formas de expressão de mestria referidas por Nunes (2002)¹, nomeadamente o conhecimento organizado de ideias e conceitos-chave, a identificação e reconhecimento das circunstâncias próprias para as aplicar; argumentação que fundamenta as escolhas realizadas e a ação que traduz a aplicação prática das ideias e dos conceitos. O quarto capítulo centra-se na prática baseada na evidência, apresenta o trabalho realizado no desenvolvimento de competências de investigação e de produção científica, com vista à melhoria das intervenções em enfermagem de saúde mental. Para além das questões metodológicas utilizadas, são apresentados e discutidos os resultados tendo em conta o seu contributo para a ESMP, com referência à divulgação científica dos resultados da investigação realizada.

¹ Nunes (2002) com base no trabalho de Sonja Holt (1980)

1. OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Considerando que a finalidade dos ensinamentos clínicos é garantir, através da prática de enfermagem, a possibilidade de aquisição do perfil de competências comuns definidas para o enfermeiro especialista (Regulamento nº122/2011) e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 129/2011), definidas pela Ordem dos Enfermeiros e em consonância com as orientações da OMS e da Comissão Europeia, a escolha dos contextos de prática clínica reveste-se de particular importância.

Neste pressuposto, a escolha das instituições teve por base a garantia do desenvolvimento da autonomia profissional, assente na reflexão crítica e na participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições e das equipas. Em ambas as instituições foram reconhecidas características que permitiram o desenvolvimento de uma prática profissional baseada no respeito pela pessoa e família em todo o processo de cuidados, suportando a tomada de decisão clínica em evidência científica e nos valores ético-legais da profissão, recorrendo a metodologia científica e de investigação para sistematizar a aquisição das aprendizagens.

No ensino clínico I - Enfermagem de Saúde Mental, o objetivo principal foi desenvolver aptidões que permitissem intervir, integrado numa equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando a metodologia científica em contexto comunitário, numa perspetiva de promoção de saúde mental em parceria com a comunidade e teve a duração de oito semanas. Com o enfoque na promoção de saúde mental positiva, o contexto escolhido foi o espaço urbano, tendo o ensino clínico (EC) decorrido na cidade de Amora, uma freguesia de características urbanas na região metropolitana de Lisboa. Esta cidade representa um contexto inovador que é único em termos de saúde mental em Portugal, uma vez que possui um plano local de promoção de saúde mental – O Plano Local de Promoção de Saúde Mental de Amora (PLPSMA) desde 2012. A escolha do contexto teve por base a intenção de dar sequência ao trabalho desenvolvido durante cinco anos pelo Prof. Doutor José Carlos Gomes junto da

comunidade de Amora com vista à promoção de saúde mental em espaço urbano, contribuindo para a operacionalização do plano delineado em parceria com a população.

Procurou-se neste EC a integração na filosofia do PLPSMA e a compreensão da importância das parcerias em contexto comunitário, bem como a proposta de desenvolvimento de uma intervenção promotora de saúde mental no âmbito da comunidade escolar, um dos eixos estruturantes do PLPSMA. Dedicou-se especial atenção à comunidade de professores enquanto agentes promotores de saúde mental em ambiente escolar, com enfoque no uso da esperança e otimismo tanto como estratégia promotora da sua própria saúde mental, como na mobilização do conceito para a promoção da saúde mental nos estudantes adolescentes.

O Ensino Clínico II – Enfermagem Psiquiátrica, com a duração de 7 semanas, teve como objetivo desenvolver aptidões que permitissem intervir, integrada na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando a metodologia científica, ao indivíduo/família/comunidade em situação de doença, visando a satisfação das necessidades e o bem-estar. O contexto escolhido foi o Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Oeste, que também foi o local de eleição para o desenvolvimento do Ensino Clínico de Opção – ECIII, com duração de quatro semanas.

Tratando-se de um serviço polivalente, com respostas multidisciplinares integradas no âmbito da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, considerou-se ser este um contexto de eleição para o desenvolvimento de práticas profissionais transdisciplinares no âmbito da saúde mental. A fim de desenvolver conhecimentos, capacidades e atitudes na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com a necessária profundidade, foi pedida uma extensão do tempo de ensino clínico com a duração de um ano. Tendo a esperança como foco de atenção, foi dada ênfase ao desenvolvimento de intervenções grupais incluindo diferentes estratégias de abordagem no âmbito da intervenção especializada em enfermagem de saúde mental. O objetivo foi trabalhar com as pessoas com doença mental, em especial com perturbação depressiva, com vista à sua capacitação para a gestão da doença e reabilitação sociofamiliar.

Para um melhor enquadramento da prática profissional desenvolvida ao longo dos EC, descrevem-se em seguida as características de cada um dos contextos escolhidos,

relevando os aspetos essenciais ao desenvolvimento da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO DA FREGUESIA DE AMORA

Amora é uma freguesia de características urbanas, enquadrada na área Metropolitana de Lisboa, margem sul do Tejo, distrito e diocese de Setúbal e concelho do Seixal que em conjunto com outros oito municípios, integram a sub-região da Península de Setúbal.

De acordo com os censos de 2011, a freguesia representa 0,03% do território nacional e 0,46% da população o que lhe confere uma elevada densidade populacional quase 16 vezes superior à média nacional (1778,6 habitantes/km²), tendo sofrido um intenso crescimento populacional, apesar de os Censos 2011 mostrarem uma ligeira diminuição relativamente aos números de 2001 (INE, 2011).

Amora tem a categoria de cidade desde 20 de maio de 1993. Possui diferentes áreas distribuídas pela zona urbana da cidade mais densamente povoada a nordeste da autoestrada A2 onde residem cerca de 90% da população da comunidade urbana. Atualmente a Freguesia de Amora conta com uma população de 48556 habitantes (INE, 2011). Pela sua proximidade a Lisboa e alta densidade populacional, Amora possui características de subúrbio de uma grande cidade, vivendo alternadamente ciclos de prosperidade alternados com austeridade. A sua população é predominantemente migratória (deslocações pendulares), desenraizada e vulnerável aos diversos tipos de pressões, caracterizando-se ainda por uma marcada multiculturalidade. A freguesia de Amora é que apresenta o maior número e proporção de estrangeiros residentes do concelho do Seixal, a que acrescem os cidadãos com dupla nacionalidade, os de nacionalidade portuguesa e origem ou ascendência estrangeira, originários sobretudo dos denominados PALOP (Cabo Verde, São Tomé e Angola), Brasil e países do Leste da Europa (INE, 2011).

Reconhecendo que a saúde mental do indivíduo está fortemente relacionada com as características da comunidade onde vive (Lehtinen, 2008), importa apresentar o contexto do ponto de vista dos indicadores estruturais de saúde mental isto é, analisar as diferentes características sociais e ambientais da comunidade que estão relacionadas com o nível de saúde mental das pessoas.

Um grupo de peritos Europeu integrando o projeto MINDFUL – *Mental health information and determinants for the European level*, propôs uma definição para o que se consideram ser os determinantes da saúde mental positiva das pessoas: fenómenos diretamente observados que podem ser utilizados como medidas quantitativas de qualquer uma das dimensões incluídas no conceito de saúde mental positiva. Estes indicadores referem-se principalmente a determinantes sociais, económicos e ambientais, bem como alguns determinantes de saúde mental relacionados com a idade e com os contextos. Foram agrupados em oito domínios: Quadro de referência nacional de saúde mental; Experiências pré-escolares e apoio familiar na prestação de cuidados na primeira infância; Promoção da saúde mental nas escolas e no sistema educativo; Emprego e saúde mental no local de trabalho; Capital social: comunidades mentalmente saudáveis; Ambiente físico; Lazer; Saúde mental nos idosos (Lehtinen, 2008). Em sequência, caracterizamos contexto de prática clínica, de acordo com estes indicadores, sem que se obedeça à ordem com que se apresentaram. Os dados que apresentamos decorrem da análise dos resultados do estudo desenvolvido por Gomes (2012), atualizados pelas informações recolhidas junto do Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia da Amora (NECSFA) e pela Junta de Freguesia de Amora (JFA) durante o ECI, e constituem a avaliação diagnóstica relativa à saúde mental do contexto urbano.

Ambiente Físico

Do ponto de vista geográfico esta é uma cidade com um misto colinas e de planície banhada pelo rio Tejo, com uma zona ribeirinha de grandes dimensões. Possui uma área de 78540m² de parques e jardins o que corresponde a 1,62m² de espaços verdes por habitante, incluindo (*Frente Ribeirinha da Amora, Quinta do Cruzeiro, Jardim do Fanqueiro, Parque Urbano do Fanqueiro, Parque Municipal do Serrado, Parque das Galeguinhas, Jardim 5 de Junho e Parque Urbano das Paivas*) salientando que cerca de metade da área da freguesia de Amora é coberta por pinhal e zona de mata, com um ambiente propício para ter um impacto positivo sobre a saúde mental da população ao longo do ciclo vital (Gomes, 2012; Lehtinen, 2008).

Apesar de elevada densidade populacional e da transformação sofrida de ambiente rural para urbano em cerca de 100 anos, o ambiente físico da cidade de Amora cumpre os critérios de um espaço verde ideal, composto por vegetação, água, oportunidade para a

prática de desporto, conforto urbano como bancos, sanitários e abrigos, bons acessos incluindo acessibilidade para as pessoas portadoras de deficiência, possibilidade de realização de eventos variados, incluindo desportivos (Gomes, 2012, citando Dunnett, Swanwick & Woolley, 2002).

Lazer

Os espaços estão arranjados e equipados com algumas estruturas adaptadas e adequadas para a prática de exercício físico e várias atividades de lazer, incluindo parque de merendas e ciclovia. Apesar da preocupação da Junta de Freguesia de Amora (JFA) no *design*, apresentação e conservação dos espaços, algumas infra estruturas de lazer apresentam sinais de vandalismo. A figura 1 ilustra os parques da cidade de Amora e a zona ribeirinha.

Figura 1 - Parques verdes (vista aérea) e vista da zona ribeirinha



Os parques da cidade são espaços procurados pela população para a prática de atividade física regular com a realização de caminhadas no início ou no final do dia. Apesar do observado e da perceção dos responsáveis pela junta de freguesia de Amora, os dados relativos ao tempo dedicado à prática de atividade desportiva indicam valores medianos muito próximos do zero e uma média semanal de atividade física de 1,75h (Gomes, 2012). Ainda assim, destacamos o papel das associações com carácter desportivo que desenvolvem a sua atividade no espaço urbano de Amora com dinamização de atividades regulares nos espaços verdes da cidade, apelando à participação de toda a população.

As figuras 2 e 3 documentam algumas das práticas de atividade desportiva realizada nas zonas de lazer e nos parques da cidade.

Figura 2 – Atividade desportiva na zona ribeirinha da Amora



Figura 3 – Atividade desportiva realizada no parque do serrado



Capital social: comunidades mentalmente saudáveis

A coesão social reflete a capacidade da sociedade garantir o bem-estar de todos os seus membros minimizando disparidades e evitando a marginalização (Lehtinen, 2008). O aumento do capital social é considerado um importante determinante para a promoção da saúde mental (Lehtinen, 2008; Ozamiz et al., 2006), referindo-se às características particulares dos relacionamentos sociais dentro de um grupo ou comunidade.

A população residente em Amora é multirracial com 15% de imigrantes, sendo 12.3% oriunda de países africanos maioritariamente PALOP (INE, 2001; Gomes, 2012). Segundo dados de Gomes (2012) a população residente é maioritariamente feminina, com uma média de idade de 45 anos (+/-16), na sua maioria casada (60,83%).

A Amora tem desenvolvido projetos de intervenção no sentido da coesão social, promovendo a tolerância e o reconhecimento de pessoas com diferentes culturas e identidades, de que é exemplo a criação de tutores de bairro no bairro da Quinta da Princesa, maioritariamente constituído por imigrantes Cabo-Verdianos. O projeto faz parte do Programa Escolhas (Programa Nacional para promoção da inclusão social de crianças e jovens provenientes de contextos socioeconómicos vulneráveis) e tem vindo a trabalhar a comunidade, dando especial atenção às crianças, jovens e famílias, com vista a melhorar a integração social e bem-estar em diversas áreas, como a saúde, escola e trabalho, entre outras.

Outro exemplo é o projeto denominado “Espaço Cidadania” que pretende facilitar a integração de imigrantes e grupos étnicos e culturais no mercado de trabalho, no acesso à escola, a cuidados de saúde e a todas as dimensões do apoio social disponíveis.

A cidade de Amora aposta na inclusão e no capital social, promovendo a confiança entre as pessoas, a compreensão de como devem dirigir os comportamentos e cuidar uns dos outros participando em organizações cívicas. O estudo de Gomes (2012) verificou uma correlação positiva muito significativa entre o suporte social e a saúde mental da amostra de cidadãos da cidade de Amora.

Verifica-se um esforço das estruturas de poder local em conjunto com várias organizações não governativas de solidariedade social cuja atividade se centra na promoção da inclusão e do capital social. São exemplo disso as associações de apoio a deficientes, associação de artes e ofícios, universidade sénior entre outras que integram a Comissão Social de Freguesia de Amora (CSFA).

No entanto foi possível identificar a presença de estigma significativo relativamente a estrangeiros, etnia diferente e ao doente mental, sendo esta observação comum a todas as freguesias da cidade (Gomes, 2012), concluindo-se que “o estigma perante o *outro diferente* é independente do motivo da diferença e está inversamente relacionado com o nível de saúde mental” (Gomes, 2012, p.213).

Emprego e saúde mental no local de trabalho

A Organização Mundial de Saúde, tanto na Declaração de Saúde Mental para a Europa como no Plano de Ação de Saúde Mental para a Europa (WHO, 2005) e no Pacto

Europeu para a Saúde Mental na Europa (WHO, 2008) reconhecem a importância da saúde mental no trabalho nomeadamente através da deteção precoce de situações particularmente adversas para a saúde mental, na garantia da integração das pessoas com doença mental no mercado de trabalho, reforçando a necessidade de superar o estigma.

Na Amora, a maioria das pessoas encontrava-se empregada (85,5%), numa média de horas de trabalho de 38,47, e com vencimento certo, com um índice de satisfação com o trabalho de 3,38 (classificados numa escala de 1 a 5). Segundo Gomes (2012) a maioria dos entrevistados (61,2%) refere sentir preocupação do empregador com o seu bem-estar no trabalho.

O nível socioeconómico da maioria da população é médio embora com diferenças estatisticamente significativas nas diferentes freguesias da cidade (Fogueteiro com rendimentos mais reduzidos e Foros de Amora e Belverde com rendimentos mais elevados) (Gomes, 2012).

À data da realização do ECI, face à perceção do presidente da Junta de Freguesia de Amora (Sr. Manuel Ferreira Araújo) e aos dados provisórios que possui, o desemprego está a aumentar bem como a atividade paralela, o que perspetiva uma mudança negativa na realidade exposta.

Experiências pré-escolares e apoio familiar na prestação de cuidados na primeira infância

Relativamente à parentalidade e saúde mental da população, os dados apontam para uma baixa vigilância de saúde durante a gravidez e o parto, mas mais de metade das mães amamentam (65,2%). Segundo Gomes (2012), apenas 53,3% da amostra refere a frequência de uma consulta pré-natal, e apenas 65,8% teve acesso a uma consulta pós parto.

A cidade de Amora oferece estruturas de apoio à infância em quantidade suficiente e mais de metade dos pais entrevistados (69,7%) tiveram acesso a serviços pré escolares. Gomes (2012) identificou uma relação positiva significativa entre a saúde mental e este indicador estrutural: os pais que usufruíram de serviços pré escolares apresentaram

melhor nível de saúde mental comparativamente aos que não usufruíram desses mesmos serviços pré escolares centrados nas crianças.

Saúde mental nos idosos

A percentagem de população idosa (com 65 anos ou mais) representa 14,8% da população de Amora.

Apesar da cidade oferecer estruturas de lazer e convívio dedicadas à população idosa (centros de dia e clubes), a frequência destas é muito baixa, não se verificando qualquer relação entre este indicador e a saúde mental das pessoas. No entanto, Gomes (2012) identifica uma melhor saúde mental nos 26,2% da franja populacional de idosos que frequentam formação.

Promoção da saúde mental nas escolas e no sistema educativo

A cidade possui 10 jardins-de-infância, 11 escolas do ensino básico, 3 escolas do 2º e 3º ciclo do ensino básico, 2 escolas secundárias e 1 escola profissional. O nível de escolaridade médio referido é de aproximadamente 10 anos, ligeiramente superior nas mulheres. A média de escolaridade da população total da cidade é de 9,85 anos e o nível de escolaridade apresentou uma correlação positiva estatisticamente significativa com o nível de saúde mental, o que reforça importância da escolaridade como determinante da promoção de saúde mental (Gomes, 2012).

Na realidade atual e face à reorganização do parque escolar, as escolas encontram-se num processo de reestruturação com vista à criação de mega agrupamentos o que impede o acesso ao número de professores afeto a cada quadro de escola. Por outro lado a instabilidade do corpo docente é grande, desconhecendo-se quais são os professores que irão ficar afetos às escolas e por quanto tempo.

Nos dados publicados relativos à avaliação da saúde mental em espaço urbano, verificava-se que apenas 23,5% dos professores afirmam ter abordado no seu curriculum académico, temáticas relacionadas com a saúde mental e nos que o fizeram, o número de horas de formação era baixo e com grande variabilidade (Gomes, 2012). O

mesmo autor refere que este facto parece refletir-se no pouco envolvimento das temáticas da saúde mental e da sua inclusão no curriculum escolar.

Apesar destes dados, a maioria dos docentes afirma que a escola disponibiliza apoio emocional aos alunos na figura do professor e do psicólogo escolar. Parece assim que a problemática da necessidade de formação sobre saúde mental na escola não é percecionada pelos professores, apesar dos dados indicarem lacunas na sua formação e na capacidade de implementação de programas inclusivos relativos às temáticas da saúde mental.

No global a mediana de 12 horas anuais dedicadas à promoção de saúde mental em ambiente escolar representa um fraco investimento face a outras atividades do *curriculum* escolar. Apenas 26% dos professores afirma incluir temáticas de saúde mental na atividade letiva desenvolvida no seu estabelecimento escolar, sendo esta aposta mais intensa no ensino secundário (Gomes, 2012). Estes dados estão longe do preconizado por Lehtinen (2008) que considera a formação em saúde mental dos professores um dos indicadores estruturais de saúde mental.

Quadro de referência nacional de saúde mental

A condução de políticas de saúde e sociais influencia em muitos aspetos a saúde mental das populações e na cidade de Amora observa-se um interesse no desenvolvimento de infraestruturas de suporte às políticas referidas no quadro de referência nacional para a saúde mental, em consonância com as diretivas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2005):

- **Monitorização da saúde mental** – A Junta de Freguesia de Amora foi parceira do trabalho de investigação participativa de base comunitária no âmbito do qual se comprometeu a desenvolver um projeto de intervenção com vista à promoção de saúde mental. Uma das etapas do projeto incluiu a avaliação do estado de saúde mental da população, cuja recolha de dados decorreu de 2007 a 2011, com participação dos cidadãos da cidade de Amora, tanto na colheita de informação como na escolha das variáveis a monitorizar (nível de saúde mental da população e avaliação dos indicadores estruturais de saúde mental). O nível de saúde mental da população foi considerado satisfatório, enquanto a maioria da população apresenta uma autodepreciação do seu estado de saúde. A ansiedade foi a doença crónica mais referenciada pela amostra

(17,22%), apontando a sua presença nas duas semanas anteriores à entrevista. Contrastando com a autodepreciação do estado de saúde a globalidade da amostra apresenta faz uma apreciação positiva da sua qualidade de vida, apresentando valores acima da média da escala, reconhecendo razoáveis níveis de energia e vitalidade (Gomes, 2012);

- **Investigação e desenvolvimento** – A autarquia da cidade apoia a realização de estudos científicos para o desenvolvimento das políticas e implementação de programas. A prova disso foi o suporte à investigação de base participada de base comunitária para a construção de um plano local de saúde mental para a cidade de Amora e o consequente delineamento da intervenção em saúde mental através da criação do Plano Local de Promoção de Saúde Mental de Amora – O “N’Amora Bem”;

- **Recursos humanos** – A autarquia de Amora reconhece a necessidade de alocação de recursos humanos com formação específica em saúde mental que facilitem a implementação de políticas de saúde mental incluindo programas de promoção de saúde mental, prevenção de doença mental e prestação de cuidados de saúde mental. Numa primeira fase a aposta foi colocada na formação dos atores sociais de diversos grupos profissionais para a escolha dos indicadores relevantes para a caracterização da saúde da comunidade e da saúde mental, em particular para a realização da colheita dos dados necessários a essa caracterização;

- **Envolvimento das Organizações não-governamentais (ONG)**, utilizadores de serviços e dos cuidadores – A criação do Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia da Amora (NECSFA) serviu para facilitar a inclusão das ONG na definição de políticas locais de saúde mental e garantir o seu efetivo envolvimento no planeamento e prestação de serviços, bem como favorecer as atividades de autoajuda. O suporte à criação de ONG em diversas áreas da saúde e social é considerada uma medida de elevada relação custo-eficácia para promover o progresso (Gomes, 2012).

Na resposta à necessidade de identificar linhas de ação na promoção da saúde mental dos membros da sua comunidade, o NECSFA e a JFA promoveram o já referido Plano Local de Promoção de Saúde Mental de Amora – PLPSMA, doravante denominado N’Amora Bem, que se apresenta de seguida.

1.1.1. O N’Amora Bem

Como já referimos, a cidade de Amora através das suas estruturas locais, foi objeto de um estudo de caso com recurso à investigação participada de base comunitária, com o objetivo de avaliar o nível de saúde mental de uma comunidade urbana; caracterizar o espaço urbano promotor de saúde mental e identificar fatores estruturais associados à saúde mental em espaço urbano (Gomes, 2012).

Desta investigação surgiu o PLPSMA, numa iniciativa conjunta promovida pelo Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia da Amora (NECSFA) e pela Junta de Freguesia de Amora (JFA) a que se chamou N'Amora Bem, numa tentativa de identificar linhas de ação em promoção de saúde mental para os membros da sua comunidade (Gomes, 2012).

O N'Amora Bem reconhece a importância da promoção de saúde mental para os indivíduos e para a comunidade no seu todo e considera a responsabilização das estruturas de poder local, nacional e Europeu, no papel que devem desempenhar na promoção de saúde mental, no desenvolvimento de estruturas comunitárias que promovam a saúde mental, previnam a doença mental e atuem como estruturas de suporte na gestão de casos de doença mental identificados.

É objetivo do N'Amora Bem reforçar os fatores protetores de saúde mental e dar respostas locais promotoras de saúde mental, que previnam a doença mental e proporcionem recursos para a gestão de casos de doença mental existente (Gomes, 2012). São valores e pressupostos do N'Amora Bem:

- A saúde mental entendida como resultado da vida social, emocional, e bem-estar espiritual, em relação com a saúde geral e com os estilos de vida adotados por cada indivíduo no seu quotidiano;
- A promoção de saúde mental como intervenção transversal, seguindo as orientações dos documentos estratégicos internacionais para a construção de saúde mental positiva - MMHE (Lethinen, 2008);
- Um plano centrado na comunidade – com ênfase no desenvolvimento da capacidade dos indivíduos, comunidades e organizações para participar na mudança de ambientes sociais, económicos e físicos para melhorar a saúde e bem-estar e focada no apoio ao

fortalecimento das competências e aptidões dos indivíduos para alcançar e manter uma boa saúde mental;

- Priorização das intervenções – assente no aumento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco, em coerência com o Plano Nacional de Saúde Mental (2012-2016);

- Saúde como bem de mérito focando na prevenção e intervenção precoce de forma a aumentar os fatores de proteção que mantêm uma boa saúde mental na comunidade, promovendo a universalidade das intervenções, garantindo que os programas e atividades previstas serão acessíveis a todas a comunidade, fortalecendo a sua capacidade para desfrutar de uma boa saúde mental e bem-estar.

Considerando a análise dos dados colhidos em contexto urbano na cidade e o envolvimento das diferentes entidades e personalidades responsáveis pela operacionalização do projeto, o N'Amora Bem resultou da participação e compromisso das seguintes entidades envolvidas: Junta de Freguesia de Amora; Câmara Municipal do Seixal; Cooperativa Nacional de Apoio ao Deficiente; Instituto da Segurança Social; Serviço de Ação Social Local de Amora; Centro de Assistência Paroquial de Amora; Centro de Saúde Amora; Agrupamento de Escolas de Amora.

O trabalho deste grupo de entidades e personalidades definiu seis eixos prioritários para uma intervenção com um espectro temporal de 2012 a 2015, que serviram de base ao projeto de aprendizagem do ECI (Apêndice I):

Eixo 1) Uma escola com saúde mental;

Eixo 2) Uma comunidade ativa e segura;

Eixo 3) Uma comunidade solidária e inclusiva;

Eixo 4) Uma comunidade atenta;

Eixo 5) Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental;

Eixo 6) Uma senioridade mentalmente saudável.

De entre os eixos definidos para o PLPSMA, e de acordo com o plano de intervenção definido, foi escolhido o Eixo 1 – uma escola com saúde mental, para o qual foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo 1 – Aumentar o conhecimento da comunidade académica sobre saúde mental;

Objetivo 2 – Criar e aplicar um curriculum integrado para abordagem de temáticas de saúde mental;

Objetivo 3 – Criar em cada organização escolar um Gabinete de Apoio em Saúde Mental (GASME).

Dada a duração do ECI foi negociado com os parceiros a escolha de uma das escolas da cidade como contexto preferencial para desenvolver o Eixo 1 do N'Amora Bem. Considerando o interesse e a dimensão das escolas de Amora foi sugerido pelo NECSFA que a abordagem e intervenção deveriam acontecer na Escola Secundária de Amora, sendo este o contexto específico da intervenção focada na promoção de saúde mental em ambiente escolar, que apresentamos em detalhe no ponto seguinte.

1.1.2. A Escola Secundária de Amora

A Escola Secundária de Amora (ESA) está localizada na cidade de Amora, na freguesia de Amora e concelho do Seixal e existe como escola autónoma desde dezembro de 1974. As instalações foram alvo de remodelação pela Parque Escolar, E.P.E. entre 2009 e 2010, apresentando uma estrutura física moderna, com condições adequadas ao ensino básico e secundário. A escola dispõe de materiais didáticos em considerável quantidade e qualidade, sobretudo no que respeita às tecnologias de informação e comunicação. No momento da realização do EC, era preocupação da escola rentabilizar esses recursos considerados determinantes para o desenvolvimento das aprendizagens dos alunos (quadros interativos, blogues, melhoramento da página da escola e jornal online, entre outros).

A ESA tem sediado um Centro de Novas Oportunidades e o Centro de Formação de Associação de Escolas do Seixal. A população escolar no ano letivo de 2012-2013 era constituída por 1992 alunos, dos quais 1286 em ensino diurno, 510 em ensino noturno e 196 em cursos de novas oportunidades. No global, 616 eram alunos do 3.º ciclo / ensino básico, 839 alunos do secundário, 333 dos cursos profissionais 196 alunos dos cursos de educação e formação.

Trata-se de uma escola em que a diversidade cultural assume alguma expressão visto 28,9% dos alunos serem naturais de outros países, maioritariamente de países africanos de língua oficial portuguesa (26,3%). Neste contexto a escola aposta na integração dos alunos na comunidade escolar dinamizando um trabalho sustentado na área da interculturalidade, tendo sido distinguida com Selo Intercultural - prémio da Direção

Geral da Educação e Alto Comissariado para as Migrações, pelas boas práticas neste domínio.

No que respeita à população discente da escola, no âmbito da Ação Social Escolar, verifica-se que 71,4% dos alunos não beneficiam de auxílios económicos. O acesso às tecnologias de informação e comunicação é razoável - 63,2% dos alunos possuem computador e internet em casa. Os indicadores relativos à ocupação profissional dos encarregados de educação permitem verificar que 17,2% exercem atividades profissionais de nível superior e intermédio, e constata-se que 25,8% têm uma formação académica secundária ou superior (Relatório de Avaliação Externa das Escolas – ESA, 2012).

No mesmo ano letivo a ESA contava com 149 professores, 67% dos quais com mais de 50 anos, 91% pertencentes ao quadro de pessoal da escola e com um vínculo laboral estável. Nos recursos humanos relativos ao pessoal não docente a escola contava com 14 assistentes técnicos e 11 assistentes operacionais. A experiência profissional do pessoal docente é bastante significativa, visto 81,6% terem 10 ou mais anos de serviço e 91,0% lecionarem na escola há mais de 10 anos.

No que diz respeito aos trabalhadores não docentes, num total de 63, incluindo uma técnica de diagnóstico e três profissionais de reconhecimento e validação de competências, considera-se que é um corpo estável, visto 69,9% deterem contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, 6,3% contrato de trabalho a termo resolutivo certo, enquanto 23,8% exercem funções através da medida contrato emprego-inserção, onde se inclui uma psicóloga clínica. Trabalham na escola, há 10 ou mais anos, 54,0% dos trabalhadores, cuja idade mais representativa se situa entre os 50 e 60 anos (39,7%).

A ESA assume-se como uma escola interativa, formadora de adolescentes, jovens e adultos em formação, formadora de profissionais que assumem o ato de educar na sua pluridimensionalidade, formadora de uma comunidade escolar cujos membros estabelecem inter-relações assentes nos princípios do diálogo e do respeito pela dignidade, centrada no aluno e na realização profissional do professor, desenvolvendo uma relação aprofundada com as famílias e encarregados de educação e uma relação aberta de interatividade com o meio em que está inserida (Projeto Educativo 2010-2013,

s.d.). Neste paradigma salienta-se o enfoque nas relações como elemento indissociável da educação e formação dos alunos, essenciais no desempenho profissional dos professores.

O relatório de avaliação externa da escola salienta como pontos fortes da ESA a prática pedagógica, particularmente no que concerne à relação com os alunos e à avaliação mesmos, a interação entre os encarregados de educação / alunos e órgãos competentes da escola, a dinamização de atividades e projetos e a sua articulação com as diferentes áreas curriculares. É salientado o reconhecimento dos alunos pelo trabalho dos professores na identificação das dificuldades de aprendizagem dos mesmos e à relação que estabelecem com eles para os ajudar a superá-las. No entanto, o mesmo relatório também realça a insatisfação dos docentes com a sua valorização profissional, a par das condições de trabalho que lhe são facultadas pela escola. Um outro ponto fraco referido é a comunicação na escola e a falta de reconhecimento por parte dos alunos e encarregados de educação da eficácia dos apoios e complementos educativos disponibilizados pela escola. No ano letivo de 2013-2014 as previsões de mudanças no corpo docente estão relacionadas com a necessidade de novos concursos para colmatar o número de pedidos de aposentação.

Neste contexto assumem-se lacunas na área da comunicação e da gestão de emoções nomeadamente na gestão da incerteza, da insatisfação, falta de expectativa e falta de esperança no futuro por parte dos professores, que constituem áreas de intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental, sobre as quais incidimos a nossa atuação, ajustando o projeto de intervenção inicialmente traçado e que fundamentamos nos capítulos subsequentes.

1.2.DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospitalar do Oeste (CHO) foi criado pela Portaria nº 205/2011 de 23 de maio, publicada no Diário da República 1ª série, nº 99, ao abrigo da reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental prevista no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de março. De acordo com a referida portaria, a criação do Departamento visa a melhoria do acesso aos serviços de

saúde mental para as populações da sua área de abrangência, descentralização dos serviços e melhoria da integração com os cuidados de saúde primários, famílias e comunidade no pressuposto de criar e desenvolver programas integrados para doentes mentais graves e suas famílias e criar programas integrados entre as diferentes valências técnicas multidisciplinares, criar programas de apoio e intervenção na área de saúde mental infantil e de adolescência, desenvolver funções advocativas e de articulação com a área da justiça, promover projetos de investigação na saúde mental e desenvolver sistemas de informação e novos modelos de gestão (Portaria nº 215/2011 de 23 de maio).

O DPSM tem como missão contribuir para a prevenção e tratamento da doença mental bem como para a promoção e proteção da Saúde Mental da pessoa, das famílias, dos grupos e da comunidade, entendendo a saúde como um *continuum* entre doença e o bem-estar, proporcionando o tratamento mais adequado baseado em evidência científica (Carvalho, 2013).

Para além da proximidade, o modelo assistencial assenta nas premissas defendidas pela OMS desde a década de 70, baseada na transição para um sistema de prestação de cuidados em serviços de base comunitária em articulação com as unidades de cuidados de saúde primários (DGS, 2004):

- Estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos;
- Serem parte do sistema de saúde geral, o que contribui para diminuir o estigma frequentemente associado às instituições psiquiátricas;
- Disponibilizarem a globalidade de cuidados (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), de modo abrangente, com garantia da sua continuidade pela mesma equipa profissional e com estreita articulação entre os diversos prestadores.

Confirma-se que a criação do DPSM foi alicerçada na perspetiva biopsicossocial do ser humano olhando a saúde mental como uma construção influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais que, num modelo de saúde mental comunitária, destaca a possibilidade de melhorar e evoluir recorrendo a redes sociais de suporte adequadas (Ornelas, 2007).

O Espaço Físico

O DPSM funciona nas instalações do Hospital Termal das Caldas da Rainha, cuja fundação remonta a 1485 pela Rainha D. Leonor e representa o mais antigo hospital termal do mundo. O edifício foi alvo de várias obras de reedificação e requalificação tendo sido integrado no património do estado e do CHO. A estrutura física do edifício manteve as mesmas características arquitetónicas tendo sofrido arranjos de pintura e decoração datados do início do século XX e atualizados ao funcionamento da estância termal nos anos oitenta (Figura 4).

O DPSM está instalado num espaço peculiar, marcado pela história de Portugal e pela história dos cuidados de saúde em Portugal. A estrutura física do Hospital é diferente das unidades hospitalares centradas na gestão da doença, mais próxima de uma unidade hoteleira antiga, com marcos museológicos importantes que atestam a passagem da rainha D. Leonor pelo local.

Figura 4 – Edifício do Hospital Termal das Caldas da Rainha no início do Séc. XIX e na atualidade



O DPSM ocupa os diversos espaços físicos disponíveis do edifício e adapta-os às necessidades de funcionamento na resposta às necessidades das pessoas com perturbações mentais.

A maioria da atividade desenvolve-se na antiga Enfermaria de S. Francisco, um espaço amplo, com uma altura aproximada de três metros, no piso 2 do Edifício Central (adaptado de um antigo serviço de internamento pediátrico) e ocasionalmente as salas do primeiro piso que antes funcionavam como estrutura de apoio ao funcionamento da hidrobalneoterapia do hospital termal e que atualmente está suspensa por contaminação

das águas termais. Sendo uma estância termal natural de águas sulfurosas, apesar de desativada é constante o cheiro a enxofre em todo o edifício.

No espaço do piso 2 existem três gabinetes, uma sala de reuniões / biblioteca, uma sala de atividades, uma sala de espera, e um gabinete para apoio administrativo. A estrutura física é manifestamente desadequada à necessidade de atendimento das pessoas com perturbações mentais que recorre ao serviço. O número de gabinetes é inferior ao número de técnicos da equipa, havendo necessidade de deslocar os doentes para fora da estrutura do serviço. A configuração dos gabinetes de consulta resulta de divisórias improvisadas com abertura superior e a configuração das salas não garante a privacidade do atendimento, nomeadamente ao nível do isolamento acústico, comprometendo em muitos casos a privacidade e impedindo o uso de técnicas que obriguem à ausência de ruídos.

Assim, as salas do primeiro piso são utilizadas ocasionalmente para consultas e para funcionamento de intervenções de grupo. Têm melhores condições acústicas, de privacidade e de conforto, sendo equiparadas às de uma unidade hoteleira do séc. XIX, tal como atestam os exemplos na figura 5. No entanto são muito formais e pouco adaptadas à necessidade de isolamento e simultaneamente relaxamento e descontração que se pretende num grupo psicoterapêutico, podendo descaracterizar as intervenções.

Cientes deste efeito adverso, os técnicos da equipa com frequência alteram a configuração do espaço, adaptando-o às necessidades terapêuticas, o que nem sempre é feito em tempo útil. Na perceção da equipa e também das pessoas doentes, o espaço físico é provisório, não se vislumbrando nenhuma solução alternativa.

Figura 5 – Aspeto geral das salas de convívio e átrio do piso 1



A zona circundante ao edifício integra uma vasta área de mata, parque e edifícios adjacentes que fazem parte do património do estado e do CHO, de fácil acesso e que se encontra aberto ao público. Trata-se de uma zona arborizada com espaço de lazer e vários caminhos pedonais ao longo da mata e do parque. Este espaço é muito raramente utilizado para o desenvolvimento de atividades ainda que tenha potencialidades para a realização das mesmas na ótica da promoção de saúde mental. A figura 6 ilustra alguns exemplos da zona de parque e lazer.

Figura 6 – Vistas da zona circundante ao Hospital Termal das Caldas da Rainha



A equipa: Composição e recursos

O DPSM é composto por profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos que funcionam estruturados em equipas comunitárias em estreita ligação com os cuidados de saúde primários. Esta forma de articulação de cuidados e a deslocação dos profissionais permite o cumprimento do objetivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 ao promover a descentralização dos serviços de saúde mental, permitindo uma prestação de cuidados mais próxima das pessoas facilitando uma maior participação da comunidade, dos utentes e das suas famílias (Resolução do Conselho de Ministros n°48/2008).

A equipa atualmente em funções pertence ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto (SPSM) do DPSM, uma vez que o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência ainda não está em funções. É formada por uma médica psiquiatra que a coordena, um médico psiquiatra em regime de tempo parcial (dois dias

por semana), três enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, duas assistentes administrativas.

Fazem ainda parte da equipa seis psicólogas, que prestam serviços através de um protocolo de cooperação com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Estão organizadas em equipas, dedicadas maioritariamente ao atendimento comunitário, em estreita interligação com os profissionais de saúde que prestam serviço na comunidade (enfermeiros e médicos dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar - USF). Três das psicólogas clínicas têm formação específica em grupanálise e uma em terapia familiar.

No âmbito da funcionalidade definida para o DPSM, a equipa presta assistência na área da saúde mental no espaço físico do serviço e nas estruturas físicas dos centros de saúde e USF, bem como nas estruturas da consulta externa das Unidades Hospitalares de Peniche e Alcobaça pertencentes ao CHO. Organiza-se em função da missão definida para o DPSM, estabelecendo um plano conjunto anual, negociado e articulado entre todos os elementos, tendo por base no relatório de atividades do ano anterior.

Apesar de se tratar de um serviço hospitalar, assenta num modelo comunitário em que os recursos estão organizados para reduzir o estigma. Por esse motivo a vinda ao serviço de psiquiatria não é tão negativamente conotada. Também o facto de os profissionais não usarem bata no atendimento dos utentes em consultas, acompanharem o utente desde a sala de espera até ao gabinete e daí até à saída do serviço, serve o propósito de não associar o local a um serviço hospitalar regular. Este tipo de assistência é um aspeto de humanização dos cuidados e que garante a qualidade do serviço. Fica por explorar o uso do parque e do espaço exterior que poderia ser utilizado na otimização da saúde mental das pessoas doentes que são assistidos no DPSM, nomeadamente para ações de psicoeducação e de treino de capacidades sociais com vista à recuperação psicossocial.

Do ponto de vista da enfermagem especializada em saúde mental, os condicionantes da estrutura física salientam a necessidade de um espaço próprio para a realização de técnicas de relaxamento com controlo do ruído e garantia da privacidade, e de um espaço amplo que permita a adaptabilidade para o uso de técnicas grupais.

Verifica-se que os profissionais da equipa, apesar de escassos em número, têm qualificação adequada ao contexto onde desenvolvem a atividade. Seria desejável que o

esforço de criação de uma rede de referenciação e de apoio fosse acompanhado pela melhoria da gestão dos recursos humanos preconizados para a equipa do DPSM (maior número de psiquiatras, pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, educadores de infância, psicomotricistas). No entanto, e dado o momento de contenção orçamental que o país atravessa e dadas as dificuldades de contratação impostas pelo Governo da República, é assumido que as contingências terão implicações na celeridade de resposta às necessidades de saúde mental dos clientes.

Por outro lado, seria importante que a resposta ao DPSM fosse estruturada em termos de referenciação da equipa e fossem clarificados os critérios subjacentes à referenciação para as diferentes valências profissionais. No que respeita à referenciação para a enfermagem seria importante identificar o tipo de ganhos em saúde que se pretendem obter, o que em facilitaria a justificação da diferenciação na abordagem ao cliente (doente e família), permitindo o recurso a estratégias do âmbito cognitivo-comportamental e psicoeducacional, que não sendo na linha de intervenção global dos médicos e psicólogos da equipa, provaram ser essenciais na adaptação dos clientes aos processos de transição impostos pela vivência de um distúrbio ou doença mental.

Reconhecemos que esta estruturação pode promover um espaço na equipa de abertura a outros profissionais emergentes nesta área da saúde, nomeadamente terapia ocupacional, psicopedagogia, arte-terapia, musicoterapia, assumindo que poderiam potenciar um salto qualitativo no desenvolvimento dos recursos humanos existentes e naqueles que se torna imprescindível formar, para dar resposta aos novos desafios que se nos colocam (Direção Geral de Saúde, 2004; Oliveira & Filipe, 2009;).

Os recursos materiais

Para prática de enfermagem seria vantajoso poder contar com recursos para treinar as competências dos clientes. Por exemplo material para o desenvolvimento de psicoeducação (projektor, computador, ecrã, materiais educativos vários) e sobretudo a existência de maior número de computadores de preferência portáteis com funcionalidades incorporadas como o uso de internet. Verificam-se inúmeras vantagens do uso de material informático atualizado no registo da atividade assistencial, nomeadamente o uso de *tablets* pelas psicólogas que fazem parte das equipas

comunitárias. Na prática da enfermagem especializada, e reconhecendo a necessidade de deslocação aos centros de saúde e aos outros hospitais do CHO, o uso de tecnologia semelhante traria ganhos nos registos individuais dos clientes, nos registos da assistência prestada e na objetivação dos ganhos em saúde mental associados à prática dos enfermeiros especialistas.

A atividade assistencial

A atividade assistencial da equipa divide-se entre consultas individuais de aconselhamento em saúde mental (realizadas por médicos, enfermeiros e psicólogos); grupos terapêuticos; reuniões de equipa e participação nas reuniões da rede de saúde mental da comunidade. As reuniões incluídas na atividade assistencial, são realizadas com os parceiros da comunidade que constituem o Núcleo de Intervenção na Área da Saúde Mental (NIASM) e a Equipa de Reda Alargada de Saúde Mental do Oeste (ERASMO).

A especificidade do atendimento dos vários profissionais é apresentada de acordo com os procedimentos o Glossário de Procedimentos de Saúde Mental em ambulatório, que consta da portaria nº163/2013 de 24 de abril, descritas por tipo de atividade no Anexo I. Relativamente ao ano de 2012 a equipa registou um total de 8109 consultas – triagem com supervisão médica (238), psiquiatria (4666) e Hospital de Dia (3161). Verifica-se um decréscimo de produtividade da equipa relativamente às consultas de Triagem com supervisão médica, explicado pela alteração do vínculo profissional das psicólogas, cuja produtividade fica alocada ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa em consequência do protocolo estabelecido com esta instituição.

No global a atividade da equipa referente ao ano de 2012 aponta para um crescendo, verificando-se um acréscimo de consultas de psiquiatria e de sessões de hospital de dia. Da atividade assistencial dos psiquiatras, 20,6% corresponderam a novos doentes em seguimento no DPSM e a atividade em Hospital de Dia, da responsabilidade dos enfermeiros, teve um aumento de 30,15% de novos doentes em seguimento.

Independentemente da tipologia das atividades desenvolvidas, os profissionais articulam-se entre si num modelo de funcionamento transdisciplinar. Esta modalidade de trabalho em equipa representa um nível de integração para além da interdisciplinaridade, permitindo um fluxo de saberes entre os diferentes profissionais,

assumindo uma democracia cognitiva, em que todas as disciplinas são importantes (Paul, 2005).

Para além da intervenção individual centrada no cliente e mediada pelo terapeuta, o DPSM aposta na terapêutica grupal, assente na abordagem transdisciplinar descrita. À data do início do Ensino Clínico em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), maio de 2013, estavam em funcionamento quatro grupos terapêuticos, geridos por psicólogos tendo o enfermeiro como coterapeuta, nomeadamente:

- Grupo Terapêutico I – Para pessoas com Depressão Crónica. Grupo semifechado, de frequência semanal, para uma média de 7 utentes/sessão, com duração de 1:30h minutos;
- Grupo Terapêutico II para Pessoas com Depressão Crónica: Grupo semifechado, de frequência semanal, para uma média de 5 utentes/sessão, com duração de 1:30h minutos;
- Grupo Terapêutico Bordalo: Grupo semifechado, para pessoas com doença mental crónica, de frequência semanal, para uma média de 3 utentes/sessão, com duração de 1:30h minutos;
- Grupo Terapêutico “Este Stress que me Anima”: Grupo fechado, para pessoas com doença mental crónica, de frequência semanal, para uma média de 7 utentes/sessão, com duração de 1:30h minutos.

No âmbito do desenvolvimento de competências específicas, integrámos o grupo terapêutico I para pessoas com depressão crónica durante o período de ensino clínico II e III, o qual se estendeu, a nosso pedido, durante um ano (Anexo III). Durante esse tempo desempenhámos funções de coterapeuta, inicialmente sob supervisão do enfermeiro especialista orientador da prática clínica e depois sob orientação da psicóloga terapeuta de referência do grupo. A extensão do período de seguimento do grupo psicoterapêutico permitiu acompanhar a alta dos clientes em seguimento e supervisionar a criação de um novo grupo pós alta com características de um grupo de ajuda mútua mediado por um terapeuta.

Para o ano de 2013 a equipa programou uma ação formativa que dá resposta às suas necessidades formativas designada “A equipa como recurso terapêutico” com o objetivo de conhecer os principais conceitos e princípios relativos ao trabalho em equipa, identificar o duplo papel de participante e observador de todos os membros da equipa,

desenvolver e melhorar o trabalho de equipa e refletir como a equipa pode ser benéfica enquanto recurso de saúde, na gestão do risco e prevenção do *burnout*.

A equipa integra novos elementos com frequência uma vez que recebe estudantes de especialidade de enfermagem e de outras valências profissionais. O acolhimento é feito pela equipa, liderada pela responsável do grupo profissional que fornece informação acerca do modo de funcionamento da mesma, existindo um folheto de integração no serviço com as mesmas informações de forma sistematizada, que serviu como guia orientador da nossa integração (Anexo II).

Verifica-se que o atendimento das pessoas com doença mental cumpre o art.3º e o artigo 6º da lei de Saúde Mental, garantindo a prestação de cuidados num meio livre de restrições, num ambiente aberto, evitando o afastamento dos doentes do seu meio habitual, sendo que a equipa se desloca à comunidade e articula com as estruturas comunitárias no sentido de facilitar a reabilitação e reinserção social de forma integrada e em estreita colaboração com os cuidados de saúde primários e os demais serviços de saúde (Lei nº 36/98 de 24 de julho de 1998).

Reconhecemos por isso que, apesar de estar dotada dos mecanismos legais para desenvolver a qualidade da prestação de serviços de saúde mental à comunidade, a equipa necessita de algum espaço de reflexão e de análise da sua atividade, que no momento atual é muito mais próxima de um serviço de consulta externa do que de um departamento. O assumir das vantagens da organização em Departamento permitiria oficializar e estruturar as parcerias existentes com as instituições que fazem parte da rede (NIASM e ERASMO) e estabelecer planos de cooperação formais de modo a poder dar visibilidade à assistência prestada às pessoas com doença mental bem como objetivar os ganhos em saúde mental decorrentes destas parcerias. A vertente do desenvolvimento de novas práticas de cuidados e da investigação aplicada também seria facilitada se fosse desenvolvida no âmbito das competências e responsabilidades do Departamento.

Por outro lado, admitindo que os serviços locais de saúde mental são coordenados por um diretor de departamento ou do serviço, coadjuvado por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e por um administrador hospitalar, com centro de custos

próprios, identificamos neste modelo a oportunidade para dar visibilidade à prática especializada em saúde mental e psiquiátrica na equipa.

Observa-se no campo e comprova-se do discurso dos profissionais, que a assistência aos clientes é feita com base nas intervenções psicoterapêuticas individuais, sendo difícil categorizar as intervenções em hospital de dia pela sua natureza. A literatura refere-se ao hospital de dia como uma unidade de internamento de curta duração em que os utentes deverão participar ativamente num conjunto de atividades, que têm como finalidade o desenvolvimento ou mudanças na estrutura psíquica do utente, de forma a promover uma remissão sintomática prolongada, a reintegração sociofamiliar e profissional e evitar reinternamentos (Barca, 2013; Neto, 2010; Neto, Fialho, Rodrigues & Centeno, 2010). Neste contexto a mudança faz-se especificamente através do desenvolvimento de autonomia psíquica e da capacidade de mentalização, pela estimulação da capacidade de construção de estratégias emocionais e comportamentais mais adaptativas e pela estimulação cognitiva. Tudo isto ocorre simultaneamente com a estruturação de um projeto pessoal, familiar e profissional consistente e auxiliado, sempre que necessário, com terapêutica psicofarmacológica (Neto et al., 2010).

Neste pressuposto, a classificação de atividades em Hospital de dia tal como aparecem referenciadas, podem não se enquadrar na atividade unidade. Já a informação sobre as atividades específicas decorridas neste âmbito é omissa e a forma como estão estruturadas as intervenções parece condicionar a realização do objetivo do serviço em ampliar a atividade de hospital de dia.

Observa-se que a estrutura processual é muito centrada no uso de suportes de informação em papel e há uma necessidade da equipa de descrever detalhadamente toda a atividade assistencial, o que em situações de acréscimo de trabalho resulta na ausência total de informação. Esta realidade representa um entrave à avaliação da produtividade dos elementos da equipa e também à avaliação dos resultados da assistência prestada na saúde mental dos clientes que assiste. A informação relativa à avaliação específica da saúde mental dos clientes consta de um processo em formato de papel e fica na posse do terapeuta de referência com o objetivo de garantir privacidade da informação, embora o seu transporte para fora do hospital nos pareça uma prática pouco segura em termos éticos e legais, podendo suscitar riscos acrescidos respeitantes à violação do sigilo profissional.

No que respeita à enfermagem de saúde mental e psiquiatria, do ponto de vista da avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção, assentam na abordagem individual de âmbito psicoterapêutico, centrada na relação de ajuda que é planeada com a pessoa e implementada através da consulta de enfermagem de saúde mental estruturada em várias sessões. Este modelo assistencial distingue-se claramente da ajuda esporádica e circunstancial, é centrada na pessoa e no seu contributo ativo na definição de condições para a satisfação das necessidades (Sequeira, 2006) e cumpre os pressupostos da consulta de enfermagem centrada na relação de ajuda.

No entanto, a equipa refere necessidade de reformulação dos modelos de intervenção e dos instrumentos de suporte de informação no sentido da utilização da linguagem classificada, cujo processo foi já iniciado ao nível do CHO, com colaboração da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e no qual estivemos envolvidas, através da realização de sessões de formação para reflexão sobre as práticas, informação e operacionalização da linguagem CIPE nos contextos da prática clínica de enfermagem (Apêndice II).

Modelos teóricos de enfermagem

A atividade assistencial de enfermagem do DPSM do CHO suporta-se em modelos teóricos relevantes para a enfermagem e para a enfermagem de saúde mental em particular. O serviço possui um manual de boas práticas que compila as orientações para a prática profissional dos enfermeiros, com vista à promoção de um serviço competente, seguro e ético para com os clientes. Na perspetiva do serviço, a enfermagem especializada em saúde mental assenta no Modelo do Cuidar Transpessoal de Jean Watson, que se constitui a base filosófica da prática profissional.

Watson (2002) descreve o cuidar na perspetiva existencial, como um imperativo moral, sendo a base de todas as intervenções de Enfermagem, cuja essência é preservar a dignidade dos outros. Nesta perspetiva o cuidar é entendido como uma intervenção terapêutica, assente na relação enfermeiro – doente, num paradigma de transformação; em que se perspetiva os fenómenos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia, reconhecendo às pessoas a capacidade e possibilidade de serem agentes ativos e tomarem decisões no que diz respeito à sua saúde (papel antes atribuído exclusivamente aos técnicos de saúde) (Lopes, 1999).

O modelo de Watson assenta em 10 fatores cuidadosos, em que cada um possui um componente fenomenológico dinâmico que está relacionado com os indivíduos contidos na relação, sendo os primeiros três, fatores independentes que servem de alicerce filosófico à ciência do cuidar (Tomey & Alligood, 2004; Watson, 2002):

1. Formação de um sistema de valores humanista-altruísta,
2. Instilação de fé e esperança,
3. Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros,
4. Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança,
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos,
6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões,
7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais,
8. Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio,
9. Auxílio na satisfação das necessidades humanas,
10. Permissão de forças fenomenológicas, existenciais e espirituais.

O manual de boas práticas refere-se ainda à utilização do Modelo de 14 necessidades fundamentais de Virgínia Henderson como suporte ao papel do enfermeiro enquanto substituto da pessoa na resposta às suas necessidades fundamentais afetadas. Neste modelo o enfermeiro centra-se no restabelecimento da independência da pessoa ou na sua conservação, através da intervenção sobre o conhecimento, capacidade e vontade (Tomey & Alligood, 2004).

A intervenção psicoterapêutica baseada na relação de ajuda, visa promover na pessoa que se ajuda, a obtenção de objetivos como sendo ultrapassar uma provação, resolver uma situação atual potencialmente problemática, encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório ou mesmo detetar o sentido da existência (Lazure, 1994). Este modelo de relação de ajuda sustenta uma intervenção assente nos princípios da relação psicodinâmica, em que para satisfazer as suas necessidades fundamentais, os clientes necessitam de desenvolver capacidades de clarificação, respeito, congruência, empatia para consigo e com os outros, confrontar-se consigo próprio e com os outros, e em que o enfermeiro, para responderem às necessidades dos clientes, também tem que desenvolver (Lazure, 1994). As capacidades do enfermeiro mentalmente são,

concretizadas através das atitudes e comportamentos, constituem uma fonte de motivação para os clientes (Lazure, 1994), assumindo um paralelismo com a enfermagem psicodinâmica de Peplau.

Assim assumimos que o nosso desenvolvimento de competências de EESM no contexto do DPSM teve como suporte fundamental o modelo de Enfermagem Psicodinâmica de Peplau complementado pela Teoria do Cuidar de Watson, assentes na relação de ajuda na perspectiva de Lazure (1994).

Da apresentação global, reflexão e análise crítica realizada à unidade escolhida para o desenvolvimento de competências do EESM conclui-se que a qualidade dos recursos humanos, a dinâmica da equipa e o interesse na ligação aos serviços de proximidade permitem garantir um atendimento de qualidade na melhoria da adaptação das pessoas à vivência da situação de doença mental. Identificaram-se alguns pontos críticos relativos à estrutura física, recursos humanos, materiais e modelos de funcionamento que foram tidos em consideração no processo de desenvolvimento de competências de modo a transformar essas condicionantes em fatores de sucesso da aprendizagem. Por outro lado, a filosofia do cuidar adotada pelos enfermeiros e a abertura para o desenvolvimento de boas práticas no âmbito da relação estabelecida com os clientes foram fatores favoráveis à introdução da esperança enquanto foco de atenção da prática especializada em enfermagem de saúde mental.

2. A ESPERANÇA: FOCO DE ATENÇÃO EMERGENTE NOS CONTEXTOS DE PRÁTICA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

A esperança, do Latim *sperantia*, é definida no seu sentido mais lato, como a confiança na aquisição de um bem que se deseja, uma expectativa (Dicionário da Língua Portuguesa, 2009). De um modo geral, é uma crença emocional na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da esfera pessoal que requer uma certa perseverança quando se trata de acreditar que algo é possível, mesmo quando há indicações do contrário.

A relevância da esperança para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica advém do pensamento e trabalho de Meininger, que já em 1959 advogava que os profissionais de saúde na área da psiquiatria deveriam constituir fontes de esperança para os doentes com quem trabalhavam. Meininger advogava benefícios associados à promoção da esperança nas pessoas com doença mental: maior rapidez no processo de *recovery*, altas precoces e redução de custos associados ao tratamento (Elliot, 2005). Nesta linha de pensamento, a esperança é transferível entre os profissionais de saúde e as pessoas de quem cuidam. Na perspetiva de Enfermagem, Vailot em 1970 realça o papel específico dos enfermeiros na promoção da esperança nos contextos de promoção de saúde mental, prevenção de doença mental e capacitação das pessoas em situação de doença mental. Mais do que uma obrigação moral, a promoção da esperança torna-se um imperativo da prática de Enfermagem em diferentes contextos (Cutcliffe, 2009; Elliot, 2005).

Assim, podemos considerar a esperança como foco de atenção da área de Enfermagem, relevante para a prática especializada em ESMP. Definida pela CIPE como o “ Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2008, p.87), pode constituir diagnóstico de enfermagem (Desesperança), intervenção (Promover esperança) ou resultado (Esperança).

À semelhança da CIPE, também outras linguagens classificadas de Enfermagem, como a NANDA /NIC / NOC, apontam a esperança como diagnóstico, processo e resultado. A esperança é classificada na NOC como um padrão de autopercepção - auto conceito e associada aos estados de conforto ambiental, físico, psicoespiritual e sociocultural e à qualidade de vida, classificados como resultados sensíveis à intervenção no diagnóstico (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010). Os indicadores de avaliação de resultado para a esperança incluem a expressão de expectativa de um futuro positivo, de fé, desejo de viver, razões para viver, sentido da vida, otimismo, crença em si mesmo, crença nos outros, paz interior, sensação de autocontrole, exibição de gosto pela vida e estabelecimento de metas (Moorhead et al., 2010) que sendo recursos pessoais, constituem fatores protetores e de reforço de saúde mental positiva.

Assumimos assim a perspectiva de Jones (2007) de que a esperança realista e relevante pode constituir um potente agente terapêutico em tempo de dificuldades para as pessoas que enfrentam uma situação de crise / doença mental e as suas famílias. Trabalhar a esperança em saúde mental significa colocar o enfoque nas possibilidades dos clientes, trabalhando o presente e preparando o futuro, assente na confiança e na capacidade de acreditar na mudança, reforçando as estratégias de *coping* efetivas, permitindo-lhes sustentar a saúde física e mental. Venning et al. (2011) confirmam a esperança como um importante fator preditivo da saúde mental, mais relevante que a presença de doença mental, reforçando a necessidade de intervenção em esperança a fim de garantir resultados positivos na saúde mental das pessoas.

Apesar do reconhecimento da importância e relevância da esperança em saúde mental, talvez pela sua complexidade, a utilização da esperança na prática clínica ainda é diminuta sobretudo no que respeita à sua promoção (Koehn & Cutcliffe, 2006). Ainda que as referências à esperança na literatura científica de saúde mental sejam cada vez mais numerosas, a investigação neste domínio do conhecimento ainda é incipiente, sobretudo focada da desesperança associada à depressão e ao suicídio (Cutcliffe, 2002).

Na revisão da literatura conduzida por Cutcliffe e Koehn (2007) sobre o papel da esperança e a sua promoção no âmbito da relação interpessoal (*counselling*) focada na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, os autores analisaram 39 estudos empíricos focados na esperança. Foram categorizadas seis áreas substantivas onde o papel da esperança foi identificado e explorado do ponto de vista da sua relevância para

diferentes grupos de doentes: Esquizofrenia (10), Comportamentos da esfera suicidária (3), Depressão (6), Idosos (7) e outras áreas – incluindo adolescentes, comportamentos de automutilação, qualidade de vida, luto, ansiedade e *stress* (13). Os autores concluem que apesar do aumento da atenção para a esperança nas últimas três décadas, a investigação é esporádica e pouco consistente no que concerne à esperança e desesperança, faltando fundamentação sustentada para as intervenções de promoção da esperança, levando a que os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria suportem a sua ação no conhecimento de outras disciplinas. Não obstante, os dados de investigação existentes apontam para um processo psicossocial básico comum para as áreas de intervenção, podendo indicar a probabilidade de construção de uma teoria explicativa do processo de esperança nesta área (Cutcliffe & Koehn, 2007).

Os resultados desta revisão sistemática da literatura a par da literatura publicada especificamente sobre a temática, sustentaram a procura da relevância da esperança nos contextos escolhidos enquanto foco de atenção na realização dos ensinamentos clínicos.

2.1. A ESPERANÇA NOS CONTEXTOS DE SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTOS PARA A INTERVENÇÃO

A esperança é considerada um atributo que serve de fator motivacional para ajudar a iniciar e sustentar ações para atingir objetivos, e está diretamente relacionada com a felicidade, perseverança, conquistas pessoais e a saúde (Peterson, 2000). Neste sentido pode funcionar como recurso para a saúde mental positiva e os enfermeiros de saúde mental podem utilizar a sua própria esperança como uma das formas de reforçar a esperança das pessoas com quem se relacionam (Cutcliffe, 2009).

Nesta linha, consideramos a esperança como área de desenvolvimento de competências especializadas em saúde mental e psiquiátrica, pelo que procurámos a sua relevância na promoção da saúde e no processo de gestão da doença mental. No que respeita à promoção da saúde, o enfoque foi colocado na mobilização do conceito de esperança em contexto escolar, enquanto relativamente à doença mental, explorámos as potencialidades do uso da esperança no cuidar a pessoa com perturbação depressiva numa perspetiva de recuperação (*recovery*).

A esperança em contexto escolar

Na ótica da educação, a esperança está associada à vontade de experimentar, fazer escolhas e ser aventureiro. Ter esperança significa acreditar em algo que visualizar um estado ainda não existente e mais do que isso, poder antecipar a preparação do terreno para algo novo (Halpin, 2001). Nesta perspectiva, desempenha um papel criativo ao encorajar o desenvolvimento de soluções imaginativas para as dificuldades aparentemente inultrapassáveis.

A escola atual é frequentemente palco de tensão e desânimo, mais do que prazer e de saúde, e de problemas, mais do que soluções. Neste cenário o mais fácil é ativar o *locus* de controlo externo (esperando que os outros mudem a situação) e provavelmente viver de desesperança, deixando de acreditar (Marujo & Neto, 2004).

Perder a esperança é perder a capacidade de se desejar algo, podendo significar em última instância, a perda do desejo de viver. A falta de esperança corresponde à perda de energia vital espiritual e representa correr o perigo de estagnação na letargia e indiferença (Halpin, 2001). Por outro lado, a esperança cresce das dificuldades, dos impasses e das situações em que a mudança é imperativa (Marujo & Neto, 2004).

Gallagher e Lopez (2009) estudaram a relação entre a esperança, o otimismo e o bem-estar numa população de 591 estudantes adultos, testando o potencial preditivo da esperança e do otimismo para o bem-estar subjetivo (experiências de emoções positivas e estados de espírito agradáveis e ausência de estados de espírito negativos e desagradáveis; autoperceção de satisfação com a vida), bem-estar psicológico/ mental (autonomia, capacidade de gerir o ambiente, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, sentido de vida e auto aceitação), e bem-estar social (aceitação social, atualização social, coerência social, contribuição social e integração social). O estudo concluiu que a esperança e o otimismo são construtos correlacionados mas distintos, confirmando o já anteriormente descrito na literatura: O otimismo foca-se na expectativa positiva generalizada com pouca preocupação na concretização de metas, enquanto a esperança refere-se à definição de metas, à vontade e capacidade de atingir objetivos e aos meios para o conseguir (Gallagher & Lopez, 2009). A esperança foi um fator preditor de bem-estar para todos os componentes do bem-estar subjetivo e um determinante importante para o bem-estar mental.

Considerando a escola enquanto comunidade relacional ativa com climas e dinâmicas específicas trabalhar a esperança numa perspectiva de mudança implica trabalhar a comunicação e as relações interpessoais. Tal significa ter uma visão centrada nas experiências positivas e utilizá-las como potencialidades para a mudança no sentido do bem-estar e da saúde mental positiva.

A evidência científica sustenta que os estudantes aprendem de forma mais efetiva se forem felizes no ambiente escolar, se acreditarem em si próprios, gostarem dos seus professores e sentirem apoio por parte da escola Weare (2006). Por outro lado o desempenho do papel de professor, sendo multifacetado (orador, ator, facilitador de aprendizagem, planificador de curriculum, moderador, conselheiro, entre outros), requer um vasto conjunto de capacidades, que são tanto sociais e emocionais como intelectuais e técnicas, apelando a um elevado grau de maturidade e de competências emocionais e sociais necessárias a um desempenho efetivo (Weare, 2006).

Sabemos que a esperança desempenha um papel ativo no desempenho e contribui para a saúde emocional dos atores envolvidos no ambiente escolar. Os estudantes com altos níveis de esperança estão mais motivados e comprometidos com os seus estudos comparativamente com os seus pares com uma disposição pessimista (Halpin, 2001). A mesma relação entre a esperança e a motivação foi observado no caso dos professores. Os professores com elevados níveis de esperança, capazes de a demonstrar na sala de aula com os seus estudantes, são capazes de motivar esses estudantes, mesmo os mais desinteressados, através do reconhecimento e mobilização das suas capacidades e forças, partindo do conhecimento individual de cada um, trabalhando as possibilidades para atingir os seus desejos e expectativas. Os professores que utilizam a esperança no processo de ensino-aprendizagem ajudam os estudantes a aprender e simultaneamente a experienciar o sucesso. Este sucesso não diz respeito apenas à vertente académica das matérias aprendidas, mas à educação no sentido generalizado mais abrangente, incluindo a promoção de uma atitude positiva da aprendizagem para a vida e ao longo da vida. Nestes casos, as expectativas elevadas dos estudantes foram acompanhadas pela elevada motivação dos professores, que referiram focar-se no bom desempenho da atividade docente, considerando-se altamente motivados para tal (Halpin, 2001).

Os professores exemplares e com elevados níveis de esperança focam a sua energia na vontade de não desistir perante as dificuldades e usam a sua persistência e resiliência

como modelo para os seus estudantes, de modo a encorajá-los a adotar uma atitude semelhante. Esta abordagem sugere que a esperança pode ser ensinada e utilizada como mediador em contextos educacionais através da adoção de uma cultura de ensino-aprendizagem que acentua o positivo ao invés do negativo, centrada na valorização do esforço e no sucesso e não no reforço do insucesso (Halpin, 2001).

Sendo a educação essencialmente um projeto orientado para o futuro, focado na melhoria das capacidades dos indivíduos e em especial no crescimento do conhecimento e da compreensão do estudante, o sucesso do processo de ensino-aprendizagem requer professores com uma mente com esperança, dispostos a utilizá-la como recurso ao longo do processo (Halpin, 2001). No entanto, a realidade atual para muitos professores é de desesperança face às condições de trabalho, associadas ao sentimento de incerteza e de precariedade, acompanhadas de uma visão pessimista dos contextos escolares e de desmotivação para o desempenho do papel de docência.

Cada vez mais os professores enfrentam novos desafios decorrentes da multiculturalidade dos ambientes escolares bem como dos efeitos sociais da crise económica que temos vindo a atravessar. A pressão colocada nos jovens torna os ambientes de ensino/aprendizagem mais difíceis de gerir e por consequência é mais difícil ensinar. É patente o sentimento de desânimo e depressão entre os estudantes, sobressai o seu pensamento disruptivo, com dificuldade em aceitar a autoridade sem a questionar e há dificuldade em reconhecer a utilidade da escolaridade no contexto da elevada taxa de desemprego (Weare, 2006).

Por outro lado as escolas têm sido chamadas a uma reestruturação num contexto socioeconómico nacional adverso, levando à descaracterização do ambiente escolar e a um aumento da instabilidade no corpo docente, acompanhada de um aumento da exigência no desempenho da função dos professores e dos indicadores de qualidade das escolas. Estas mudanças têm conduzido a um aumento das taxas de doenças associadas ao *stress*, absentismo e à desmoralização.

É essencial introduzir modelos positivos de saúde mental, que enfatizam o bem-estar e competência, e não aqueles associando saúde mental com a doença - o que irá ajudar a superar problemas de estigma e promover a ideia de saúde mental de uma forma mais aberta e produtiva. É igualmente importante o uso de linguagem e terminologia que seja

inclusiva, normalizando e evita o estigma e a discriminação. Por exemplo, usando um termo como "bem-estar emocional e social" em vez de "saúde mental" tem sido útil em alguns países, porque carrega conotações menos negativa do que a palavra "mental". No entanto, se os sinais de bem-estar mental perturbado são identificados, é importante para atender às necessidades das crianças e jovens e proporcionar intervenções eficazes. As necessidades individuais podem variar, desde aqueles que necessitam de apoio geral, para aqueles que necessitam de encaminhamento para um especialista - por isso, é extremamente importante que as partes interessadas estão familiarizados com as instituições / prestadores de serviços de que para recuperar a ajuda. Os funcionários da escola devem evitar fazer diagnósticos psiquiátricos; somente profissionais qualificados tem essa autoridade. Embora incidindo sobre patologias ou problemas é informativo, também é importante para se concentrar sobre as competências e pontos fortes que são a base da saúde. Essas habilidades incluem otimismo, a coerência, a resiliência, a capacidade de compreender e explorar as origens do estresse e da capacidade de se comunicar de forma eficaz e fazer relações mutuamente satisfatórias, permitindo aproveitar a vida e de lidar com a dor e decepção. (ProMenPol Project, 2009).

A esperança na doença mental: A depressão

A esperança demonstrou ser um fator protetor que ajuda as pessoas a reforçar a sua resistência face à adversidade. Enquanto fator de resiliência, a esperança é especialmente referida nos contextos de doença mental como essencial ao processo de reabilitação associado ao *recovery*. São vários os documentos orientadores emanados por organismos oficiais internacionais que regulamentam as boas práticas em saúde mental (Department of Health, England, 2006; New Zeland Mental Health Commission, 2001 citados por Cutcliffe, 2006; Scottish Executive, 2006; WHO, 2009), que consideram o sentido de esperança como alicerce do processo de *recovery* (Cutcliffe, 2009). Estas orientações clínicas sobre a utilização da esperança no processo de *recovery* da pessoa com doença mental são suportadas pela revisão da literatura de Bonney e Stickley (2008) que identifica a esperança como um tema central no processo de reabilitação psicossocial, que deveria estar presente em todo o discurso relacionado com a saúde mental. Nos artigos revistos é realçada a necessidade do suporte da esperança das pessoas doentes pelos profissionais de saúde através da definição de objetivos realistas, do estabelecimento de relações interpessoais assentes na esperança e

acreditando na capacidade das pessoas e na possibilidade de viver a vida intensamente na sua plenitude e com perspetivas de futuro.

Também em Portugal, a esperança tem constituído um foco de atenção no que refere à abordagem das pessoas com perturbação depressiva. Exemplo disso é o Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária que reconhece a promoção da esperança como uma estratégia importante para combater a desesperança e a ideação suicida, dando enfoque especial à desesperança como diagnóstico de enfermagem e à promoção da esperança como intervenção autónoma prioritária nestas situações (Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro & Façanha, 2012). Neste pressuposto é importante que os enfermeiros especialistas em saúde mental possuam conhecimentos e competências na mobilização do conceito na prática clínica.

A depressão é um dos problemas de saúde mental, apontado por ser subestimado e subdiagnosticado. As pessoas com depressão podem apresentar dificuldade na negociação das tarefas psicológicas ao longo do ciclo vital, uma vez que experimentam angústia existencial, desespero e desesperança. Grande parte da população com sintomas depressivos sofre também de desesperança e de angústia existencial. Esta relação entre depressão, desesperança, sofrimento existencial e suicídio foi confirmada por vários autores que colocam em destaque o papel da esperança no alívio do *distress* evidenciado pelas pessoas nestas condições (Breitbart et al.; 2000; Brothers & Andersen, 2009).

Chimich & Nekolaichuk (2004) reconhecem a integridade e a esperança como fatores protetores para a depressão. No seu estudo realizado com doentes idosos, verificaram maiores níveis de bem-estar, sentido de integridade e maior esperança naqueles que não sofriam de depressão comparativamente aos que sofriam de síndrome depressivo.

Neste sentido, podemos enquadrar a esperança como um determinante de saúde mental, na medida em que é possível estabelecer um paralelismo entre esta e os fatores promotores de saúde mental positiva, identificados quer nos estudos nacionais (Gomes, 2012) como nas diretivas internacionais (Lethinen, 2008). No quadro seguinte compara-se as evidências científicas da esperança com os fatores promotores de saúde mental.

Quadro 1 – Comparação das evidências científicas da esperança com os fatores promotores de saúde mental

Determinantes de SM positiva	Atributo da esperança	Evidência científica
Fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental	Atributos pessoais: Força interior, fé - acreditar	A determinação, coragem e serenidade, jovialidade, memórias moralizantes e a afirmação do valor pessoal aumentam a esperança (Coulehan, 2011) Força interior, poder, energia e motivação individual são atributos pessoais comuns às pessoas esperançasadas .(Schrank et al., 2008).
Fatores protetores que ajudam as pessoas a reforçar a sua resiliência face à adversidade	Esperança enquanto fator de resiliência Esperança como empowerment	Os mecanismos de <i>coping</i> , a resiliência e a esperança medeiam a o efeito do stress pós traumático e e a depressão constituindo-se os três fatores preditivos daqualidade de vida das famílias vítimas de trauma por agressão (Wu, 2011); A esperança é um fator de resiliência que reduz a ideação suicida podendo a promoção da esperança funcionar como prevenção do suicídio. (Huen, Ip; Ho & Yip, 2015). Baixos níveis de esperança e mais comportamentos problemáticos da criança foram preditores da depressão nas mães de crianças com déficit cognitivo. Nos pais a baixa esperança foi fator preditivo da ansiedade e depressão (lloyd & Hastings, 2009). A rede familiar funciona como rede de de força, resiliência e empowerment (Charepe et al.; 2011).
Fatores protetores que diminuem a probabilidade de desenvolvimento de um distúrbio mental ou do comportamento atenuando o efeito negativo dos acontecimentos de vida e outras situações de riscos	Esperança como expectativa positiva Dimensão afiliativa – relações estabelecidas com outros Perspetiva de um futuro melhor	Maiores níveis de bem-estar em pessoas esperançosas. Protetor para a depressão (Chimich & Nikolaichuk, 2004) A esperança está orientada para o futuro. As pessoas com altos níveis de esperança são mais capazes de estabelecer objetivos e de os reformular, definir vias para atingir os objetivos e ter maior motivação para os atingir (Cheavens et al., 2006) Programas breves dirigidos à esperança podem melhorar a esperança, satisfação com a vida e autovalorização (Marques, Lopez & Pais-Ribeiro, 2011).

2.2. MODELOS PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS DE ESPERANÇA

Ajudar os indivíduos e as suas famílias a encontrar significado no sofrimento e a manter um sentido de construção da esperança é um aspeto comum aos cuidados de Enfermagem e promover a esperança adequada enquanto agente terapêutico deve ser uma preocupação de todos os enfermeiros independentemente da sua especialidade (Jones, 2007).

Se o cuidado em Enfermagem está intrinsecamente relacionado com a ajuda, a esperança interliga-se com o cuidado e a ajuda e está diretamente relacionada com a efetividade da prática de enfermagem. Na ótica de Cutcliffe (2006), os enfermeiros inspiram esperança cuidando a pessoa de modo holístico, tendo em conta o seu bem-estar, num contexto de aliança terapêutica de parceria, sustentada no reconhecimento da pessoa cuidada e afirmação do seu valor. Assim, os enfermeiros de saúde mental podem desempenhar um papel de charneira na promoção da esperança junto dos seus clientes.

Neste sentido a intervenção especializada em Enfermagem de saúde mental teve como objetivo desenhar um programa de intervenção no âmbito da psicoeducação focado na promoção da esperança dos professores para aumentar as competências pessoais para lidarem com as adversidades do processo de ensino-aprendizagem, em especial com o insucesso, a indisciplina, e a desmotivação. O programa de psicoeducação apresentado no contexto da ESA foi co construído com colaboração dos professores e pelo gabinete de saúde mental da ESA.

Ao longo do desenvolvimento do EC I tivemos presente o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que integra diversos constructos, reunindo as perspetivas de enfermagem holística, psicologia social e teorias de aprendizagem, como a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (Tomey & Alligood, 2004). À semelhança da Teoria de Bandura, este modelo assenta na premissa de que pensamentos, comportamentos e ambiente interagem entre si e assim sendo, para que os indivíduos alterem a forma como se comportam, devem alterar primeiro a forma como pensam. A teoria suporta-se no valor da expectativa, defendendo que os indivíduos comprometem-se com ações para atingir objetivos que percebem como alcançáveis e que resultam em resultados de valor (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010). Esta perspetiva da promoção de saúde é consonante com a abordagem da esperança defendida no modelo de Snyder, centrada na

definição de objetivos alcançáveis e determinação das vias e motivação para os atingir. A Teoria de Esperança de Snyder, (Snyder, 2000), também ela semelhante à Teoria de Bandura na medida em que ambas afirmam que a ação do indivíduo é determinante para a concretização dos objetivos. A principal diferença, que utilizámos como complementaridade, é que enquanto a autoeficácia enfatiza o domínio específico da perceção em termos de capacidade para a ação (por ex: “eu posso fazer isto”), a esperança coloca a ênfase na perceção global da potencialidade da ação em termos de capacidade e resultado (por ex: “eu posso e eu irei fazer isto”. A teoria da esperança também coloca ênfase na criação de caminhos alternativos e estratégias específicas para atingir determinados objetivos (Gallagher & Lopez, 2009; Snyder, 2000).

Através dos modelos referidos e trabalhando em colaboração com o utente é possível assistir na alteração de comportamentos para atingir estilos de vida saudáveis, partindo do comportamento do indivíduo e explorando a motivação de uma forma positiva centrada nos objetivos que a pessoa pretende alcançar com vista à melhoria da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010).

Na prestação de cuidados especializada durante o ensino clínico II e III, desenvolvemos a prática de cuidados com base na Teoria do Cuidar assente nos fatores cuidativos, com especial destaque para a instilação de fé e esperança (Watson, 2002).

Foi ainda utilizado o Modelo de Enfermagem Psicodinâmico de Hildegard Peplau, baseado na Teoria das Relações Interpessoais da mesma autora, que deu à enfermagem a oportunidade de ensinar os doentes a experimentarem os seus sentimentos e a explorar com eles a melhor forma de lidar com esses sentimentos. Segundo Peplau, a enfermagem psicodinâmica consegue compreender o comportamento de uns, de forma a ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, bem como a aplicar princípios das relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência (Tomey & Alligood, 2004). A enfermagem aplicada com base neste modelo ajuda tanto o doente como o enfermeiro, crescendo ambos como resultado da aprendizagem que ocorre na situação de enfermagem (Townsend, 2011).

Os conceitos estruturais do processo interpessoal, correspondentes às fases da relação enfermeiro-doente, definidos pelo modelo, são a orientação, a identificação, a exploração e a resolução, sendo que o enfermeiro deve assumir seis papéis ao longo

desta relação: estranho, pessoa recurso, professor, líder, substituto e conselheiro. A forma de ser do enfermeiro é diferenciadora no que cada cliente aprende enquanto recebe cuidados de enfermagem. Promover a maturação da personalidade é uma função de enfermagem, sendo utilizados princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais (Tomey & Alligood, 2004). Em conjunto, a relação e experiências interpessoais proporcionam, não só uma oportunidade aos clientes de desenvolverem as suas competências, mas também uma oportunidade aos enfermeiros para que cresçam na sua personalidade, havendo um fortalecimento de ambos (Townsend, 2011).

Complementámos estes modelos de enfermagem com o modelo de esperança de Dufault e Martocchio (1985), caracterizando a esperança em seis dimensões que sustentam os pressupostos ontológicos de que é possível promover a esperança no âmbito da relação interpessoal e da experiência individual de doença, em todas as fases do ciclo vital:

- A **dimensão afetiva** abrange uma série de emoções e sentimentos, entre os quais uma atração para o objetivo a atingir, confiança, alegria, excitação, sensação de bem-estar, mas também inclui incerteza manifestada por sentimentos de ansiedade, dúvida, vulnerabilidade, preocupação, raiva, sofrimento e por vezes desespero;

- A **dimensão cognitiva** engloba os processos intelectuais através dos quais a pessoa identifica os objetos de esperança (objetivo desejado e/ou resultado pretendido), avalia a realidade a respeito da esperança, identifica os fatores de promoção e inibição da esperança, tem a perceção do desejo realista (provável ou possível) do futuro, utiliza a imaginação e a experiência para fomentar a esperança. Focaliza-se assim nos processos em que as pessoas desejam, imaginam, sonham, percecionam, recordam, aprendem, generalizam, interpretam e julgam o que está relacionado com a sua esperança, e na utilização criativa dos factos do passado e do presente, permitindo a crença de que os limites de possibilidade são amplos e favoráveis em detrimento dos limites de possibilidade desfavoráveis;

- A **dimensão comportamental** diz respeito à orientação para a ação rumo aos resultados desejados, e à motivação para a concretização dessas ações nos diferentes domínios físico (atividade física), psicológico (atividades mentais de planeamento e processo de tomada de decisão, e a espera por circunstâncias favoráveis à concretização

do desejado), espiritual (atividades que incluem a meditação, relação com a natureza, prática da oração outras de cariz religioso) e social (atividades de ajuda aos outros);

- A **dimensão afiliativa** inclui componentes de interação social, reciprocidade e interdependência, vinculação e intimidade, orientação para os outros e autotranscendência com as pessoas, Deus e com outros seres vivos. É demonstrada quando os indivíduos expressam esperanças que dizem respeito aos relacionamentos e manifestam preocupação com os outros. Emergem nesta dimensão os “modelos de esperança” - pessoas que com a sua atitude de persistência, coragem e modo de estar na vida, inspiram outras pessoas;

- A **dimensão temporal** incide na importância da experiência pessoal do tempo presente, passado e futuro, em que a esperança é dirigida ao futuro (mais ou menos longínquo), embora influenciada pelo passado e pelo presente.

- A **dimensão contextual** refere-se às situações de vida que rodeiam, influenciam e constituem parte da esperança da pessoa. Os contextos servem como circunstâncias que ocasionam a esperança, como oportunidade para ativação do processo, ou como uma situação para a testar. Englobam o bem-estar físico, habilidades e independência funcional, situação familiar, relacionamentos com sentido, entre outros exemplos.

A aplicação destes suportes na prática de enfermagem, tiveram como eixo norteador a relação de ajuda estabelecida com o cliente à luz do referencial teórico de Lazure (1994) atrás referido, considerando a intencionalidade necessária ao encontro terapêutico e o conjunto de condições próprias para que aconteça a intervenção terapêutica através da relação interpessoal como resposta à situação de sofrimento, indecisão ou carga emocional, ocorrendo o crescimento mútuo do enfermeiro e do cliente (Phaneuf, 2005). De acordo com Phaneuf (2005), a relação de ajuda passa por um conhecimento de si próprio enquanto pessoa e profissional, no centrar a intervenção no cliente, na atitude de presença e vontade de não julgar, na escuta e na consideração positiva).

Cutcliffe e Koehn (2007) reafirmam que a inspiração de esperança acontece no contexto da relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente que é congruente e sincronizada com a abordagem do EESM assente na filosofia e teoria de enfermagem de Peplau. Neste propósito, a intencionalidade do uso da esperança será colocado em

evidência na descrição e análise do desenvolvimento de competências apresentada nos capítulos que se seguem.

3. DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro especialista é reconhecido pelo conhecimento aprofundado que possui num domínio específico da disciplina de enfermagem, evidenciando um conjunto de competências comuns que se traduzem na sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Por outro lado, reconhecem-se um conjunto de competências específicas, decorrentes das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção específico do enfermeiro, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, permitindo a resposta adequada a estes níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro). “Na especificidade da prática clínica de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular e logo, uma prática clínica em enfermagem distinta de outras áreas de especialidade” (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, p.8669).

Assume-se assim, que através da mobilização na prática clínica de um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, demonstração de um julgamento clínico de elevado nível e tomada de decisão sustentada em princípios éticos e científicos, é possível evidenciar um conjunto de competências clínicas especializadas que permitem ao EESM possibilitar que a pessoa, durante o processo terapêutico viva experiências gratificantes, tanto na relação interpessoal quer nas relações interpessoais (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro).

Consideramos que este processo de cuidar competente focado na promoção da saúde mental das pessoas, da família, dos grupos e da comunidade, alicerçado na relação

terapêutica estabelecida, é favorável ao emergir da esperança como foco de atenção da prática especializada em enfermagem.

No sentido da persecução das competências do enfermeiro especialista tanto nos domínios de competências gerais como específicas, atendemos aos objetivos dos ensinamentos clínicos já descritos no capítulo anterior.

Da necessidade de especificar os conhecimentos, habilidades e atitudes a desenvolver no âmbito da prática especializada, delineámos dois projetos de aprendizagem com a definição de objetivos que serviram de guias estruturantes do processo formativo. Ambos os projetos decorreram da análise dos documentos de suporte aos ensinamentos clínicos emanados pela coordenação do mestrado, dos documentos estruturantes da enfermagem especializada como o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro), Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Aprovados em Assembleia geral da OE em 2011 e publicados em Diário da República - Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho), da análise do Código deontológico dos Enfermeiros (inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado como Anexo à Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro; revogado pela Lei 156/2015 de 16 de setembro), e ainda de diretivas nacionais e internacionais relativas à saúde mental. Salientamos que também se considerou importante a participação dos contextos, nomeadamente através da auscultação dos líderes formais dos contextos e da análise das oportunidades oferecidas em cada um para a seleção das prioridades em intervenção especializada de saúde mental. (Apêndice I e III)

As atividades realizadas durante a prática clínica decorreram da operacionalização dos projetos de aprendizagem e foram essenciais para o desenvolvimento das competências de EE, sendo o seu contributo descrito nos capítulos seguintes.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em conformidade com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto

de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde. Estas deverão ser evidenciadas e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Neste capítulo descrevem-se as atividades que suportaram o desenvolvimento destas competências, envolvendo as dimensões da educação (dos clientes e dos pares), de orientação, aconselhamento, liderança e investigação relevante e respetiva disseminação com o propósito de avançar e melhorar a prática de enfermagem. Iremos apresentar a análise crítica do desempenho de acordo com os quatro domínios das competências definidos pela Ordem dos Enfermeiros: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio são descritas duas competências, uma relativa à prática profissional e ética e outra relativa à promoção de práticas de cuidados respeitadores dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais².

Ao longo de todo o percurso de desenvolvimento de competências, o seu desempenho profissional foi sustentado na tomada de decisão ética nas diferentes situações de cuidados, no respeito pelos direitos humanos e pautado pela assunção da responsabilidade pelas práticas desenvolvidas.

Em ambos os contextos de prática especializada o desenvolvimento profissional foi pautado pelo respeito dos princípios éticos de enfermagem e da bioética. Os juízos clínicos elaborados foram fundamentados no conhecimento e experiência, tendo por base os princípios éticos e deontológicos do campo de atuação de Enfermagem e discutidos em equipa, tanto na ESA como no DPSM.

Neste sentido, a tomada de decisão visando a intervenção especializada em ESM foi sustentada numa identificação precoce das necessidades dos clientes, tendo-os como parceiro de cuidados. As intervenções prescritas foram escolhidas após debate em

² Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

equipa dos contextos, visando a resposta às necessidades e minimizando os problemas evidenciados, evitando os riscos e detetando precocemente os problemas potenciais.

As decisões relacionadas com a intervenção, individual e grupal, foram tomadas na sequência da negociação estabelecida com os clientes-alvo. No respeito pela sua autonomia e liberdade de decisão, houve necessidade de ajustar as estratégias de intervenção aos desejos e preferências dos clientes, numa procura constante de envolvimento dos mesmos, tanto na tomada de decisão participada como na escolha das intervenções.

As estratégias de intervenção e as intervenções realizadas, individuais ou em grupo, foram sustentadas por um leque de conhecimentos teóricos adquiridos previamente, tanto na componente teórica do Mestrado em ESMP, na formação avançada em Enfermagem e nos resultados obtidos da procura sistemática da evidência científica através da consulta prévia de diversas bases de dados. Salientamos esta procura da melhor evidência no que respeita à incorporação e apropriação do conceito de esperança na prática clínica especializada em saúde mental, afim de a poder incluir como foco integrante das intervenções planeadas e realizadas.

A escolha da ESA como contexto de intervenção surgiu na sequência de uma reunião na JFA, com o Presidente da Junta de Freguesia. A prossecução do PLPSMA proporcionou a realização de várias reuniões de apresentação do projeto com o NECSFA, incluindo a representante da Saúde na ESA. A abordagem inicial na ESA passou pela realização de várias reuniões com a Direção da escola, com a professora responsável pela dinamização da Saúde Mental na escola, com a psicóloga da escola, com o diretores de turma, e com os professores responsáveis pelo núcleo de saúde da escola.

Complementámos estes dados com os documentos constituintes do projeto educativo da ESA, visando informação sobre a comunidade escolar para sustentar a proposta de intervenção com dados locais, capazes de serem conjugados com a informação obtida no estudo prévio de Gomes (2012). Assim, consultámos os documentos disponíveis na página de *internet* da escola respeitantes à instituição, estruturas de apoio, número de alunos existente, resultados da autoavaliação e avaliação externa da instituição.

Na ESA têm vindo a ser desenvolvidos e implementados vários projetos no âmbito da saúde em geral, bem como da saúde mental em particular. Salientamos o Projeto de

Promoção e Educação para a Saúde, com uma atividade regular, dinamizando a população escolar em torno de várias temáticas de interesse, quer através da realização de conferências, palestras e o congresso anual de saúde da ESA - com o objetivo de aumentar a literacia em saúde, como pela realização de concursos incentivando a competição saudável em torno de uma melhor saúde, apostando na divulgação das suas atividades e eventos nas redes sociais, nomeadamente na página do Facebook - ESA Saudável³. Relativamente aos aspetos diretamente relacionados com a saúde mental, o enfoque tem sido colocado na prevenção da violência no namoro, na exploração da relação entre os comportamentos alimentares e a autoestima, na intervenção específica dirigida aos problemas detetados, nomeadamente a integração e indisciplina.

No contexto da ESA foi referida a falta de motivação dos professores e os sentimentos de desesperança e impotência face falta de recursos (internos e externos) para lidar com as adversidades associadas ao desempenho do papel de professor numa escola com grande diversidade cultural. Nas reuniões realizadas com os parceiros sociais da área da educação do N'Amora Bem e com os professores, foram apontadas dificuldades em lidar com o insucesso escolar, com comportamentos de indisciplina e com a falta de motivação, tanto dos estudantes como dos próprios professores.

Realçamos aqui o papel do CRIA - Centro de Reflexão, Intervenção e Aquisição, dinamizado pela sua responsável, Prof.^a Albertina Pereira, que identificámos como um elemento de referência e junto de quem procurámos informação relativa às necessidades em saúde mental na ESA. Foi possível constatar que, pelos objetivos do CRIA a escola tem implementado um projeto de deteção precoce, controlo e prevenção da indisciplina, com recurso à mobilização de professores – tutores com o objetivo de intervir no âmbito das atitudes e valores, procurando a resolução de situações de inadequação social relativas ao saber ser e ao saber estar, quer de casos de desmotivação, de desconcentração ou de falta de autonomia; Promover um apoio mais próximo e personalizado, assente em laços vincutivos, promovendo a diferenciação e inclusão e fomentar o trabalho colaborativo entre a comunidade escolar, em especial a comunicação escola-família (Equipa de Coordenação CRIA, 2014).

Nesta linha de ação / intervenção da ESA reconhecemos um enfoque no otimismo e na esperança como opção estratégica na abordagem dos problemas comportamentais. Na

³ Ver <https://www.facebook.com/esasaudavel/events>

reunião realizada em 14 de novembro de 2013 no âmbito do CRIA, foram discutidas as necessidades específicas em saúde mental da ESA. Esta reunião multidisciplinar visou analisar a possibilidade de implementação do Gabinete de Saúde Mental da ESA, dirigido à comunidade escolar e como parte integrante das diferentes atividades e projetos em curso.

Da discussão e partilha foi identificada a necessidade de trabalhar o estigma da doença mental a partir da desconstrução do conceito e enfoque positivo na saúde e bem-estar (Anexo III). Em sequência, a esperança emergiu como uma necessidade dos professores, em que assumimos a necessidade de direcionar estratégias de cuidar de quem ensina numa perspetiva de sensibilização para os indicadores de saúde mental positiva.

No contexto escolar, a tomada de decisão foi partilhada, assente na discussão dos problemas em reunião multidisciplinar – em especial na análise das narrativas dos professores, nos relatórios de atividade e avaliação da escola e na análise documental referente aos projetos escolares. Reconhecemos assim a necessidade de intervir na promoção da autoestima, esperança e otimismo. As estratégias acordadas foram consensuais e resultaram um plano de ação centrado no bem-estar e realização pessoal dos professores, no otimismo e na esperança, numa visão de saúde mental positiva. Acordámos nomear o projeto “Bem me quero... Bem te quero” com o objetivo aumentar as competências pessoais e sociais dos professores, nomeadamente as suas capacidades para a gestão da esperança em contexto escolar. Fundamentamos esta escolha reconhecendo que num tempo de grandes desafios e de grandes mudanças é evidente a necessidade dos professores de terem apoio emocional e social com vista ao desenvolvimento da capacidade de lidar com as situações adversas (Weare, 2006). Ao decidir pelo enfoque na dimensão afiliativa da esperança e trabalhando os aspetos da mutualidade, reforçamos a premissa da transferibilidade isto é, assumimos que a promoção da esperança dos professores terá um impacto posterior positivo na esperança dos estudantes. Nesta realidade assumimos a saúde mental dos professores como alvo da intervenção, numa perspetiva de promoção de saúde sustentável na escola.

No contexto de cuidados à pessoa com perturbação / doença mental a tomada de decisão foi suportada pela avaliação ética das necessidades da pessoa guiadas pelo código

deontológico dos enfermeiros, nomeadamente no que respeita aos valores humanos, ao direito à vida e à qualidade de vida e o direito ao cuidado.

Salientamos a tomada de decisões éticas de especial complexidade, como é exemplo o caso dos cuidados à pessoa com comportamentos suicidários, em que a defesa do direito à vida se confronta com o direito à liberdade da pessoa e com a sua expressão de vontade, exigindo um corpo de conhecimentos e competências acrescidas na área da saúde mental de modo a diagnosticar atempadamente e intervir na baixa de autoestima, desesperança e depressão. Outra das situações complexas do ponto de vista ético com que nos deparámos, diz respeito ao cuidado devido às pessoas referenciadas pelo tribunal como suspeitas de prática de abuso de crianças. Se por um lado o dever de sigilo obriga à confidencialidade dos dados fornecidos e ao anonimato (art.º 82 do Código deontológico dos enfermeiros) a defesa dos direitos humanos, sobretudo da proteção devida às crianças no geral relativamente às práticas de qualquer tipo de abuso, impelem à quebra do sigilo e obrigam a uma gestão criteriosa da informação para a qual é exigida uma elevada competência ética, moral, deontológica e legal.

Não obstante o empenho no desenvolvimento da prática profissional ética e legal, algumas situações constituíram-se problemas éticos na medida em que se pautaram pela incerteza face ao agir, tal como descrito por Fernandes (2010), surgindo como uma interrogação colocada a dado momento da relação de cuidado, relativamente às escolhas das intervenções a realizar (o que fazer ou não fazer). Nestas situações fomos colocadas perante o cuidado normalizado e esperado e outra alternativa que se considerou eticamente mais adequada.

No desenvolvimento da prática profissional ética no campo de intervenção da esperança, o objetivo proposto foi desenvolver o pensamento ético-reflexivo na tomada de decisão em situações complexas da prestação de cuidados à pessoa / família com doença mental⁴: Aprofundar conhecimentos sobre a tomada de decisão ética em contexto de doença mental e desenvolver a capacidade de tomada de decisão em contextos de doença mental e de dinâmicas familiares complexas. Neste âmbito as pesquisas realizadas bem como a participação nas reuniões semanais com discussão e análise de casos clínicos no seio da equipa transdisciplinar foram fundamentais para o desenvolvimento das competências neste domínio.

⁴ Objetivo 2 do Projeto de ensino clínico II e III relativos à competência A1 do Regulamento nº 122/2011.

Os juízos clínicos elaborados foram fundamentados no conhecimento e experiência, tendo por base os princípios éticos e deontológicos do campo de atuação de Enfermagem e discutidos em equipa, tanto na ESA como no DPSM. Neste sentido algumas das intervenções programadas não chegaram a ser realizadas no tempo inicialmente previsto, devido aos constrangimentos do contexto e dos clientes, no respeito pela sua autonomia e liberdade de escolha.

Assumimos por isso as limitações inerentes à intervenção delineada do ponto de vista da sua efetividade. De facto, a revisão da literatura sobre a promoção de saúde mental na escola coloca em evidência que as intervenções só podem ser efetivas se forem completamente e rigorosamente implementadas, com clareza, intensidade e fidelidade, em especial por se tratar de intervenções globais, envolvendo toda a escola (Weare & Nind, 2011). Não obstante, a abordagem utilizada na mobilização da esperança como foco de intervenção na promoção de saúde mental em contexto escolar foi suportada na evidência na medida em que a literatura sustenta que as intervenções mais efetivas são focadas na saúde mental positiva e nas competências dos professores num misto de estratégias universais focadas num alvo. Privilegia-se a abordagem multimodal / global da escola, incluindo as mudanças curriculares em estreita ligação com a educação dos professores, educação parental, envolvimento da comunidade e coordenação do trabalho em conjunto com agências externas (Wear & Nind, 2011).

O percurso de desenvolvimento da prática especializada foi pautado pelo respeito pelos direitos humanos, assumindo a sua defesa em ambos os contextos de prática especializada, tal como preconizado pelo Código Deontológico dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2003; Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), nomeadamente na salvaguarda dos direitos das crianças, das pessoas idosas e das pessoas com deficiência; na garantia do cuidado sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; no respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para exerça os seus direitos; na abstenção de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.

Salvaguardámos o direito do acesso à informação, privilegiando a partilha de informação relevante com o utente no sentido de o envolver no processo terapêutico e coresponsabilizá-lo pela utilização da informação. Nesta prática garantiu-se a

confidencialidade e segurança da informação, sobretudo no seio da equipa de cuidados em contexto clínico hospitalar, garantindo que os momentos formais de partilha de informação oral fossem realizados em dias e locais especiais sem acesso de outras pessoas, garantindo assim a privacidade num espaço pouco facilitador. A segurança e confidencialidade também foram garantidas na utilização da informação em contexto académico ou na divulgação de trabalhos científicos, salvaguardando a identificação e escolhendo criteriosamente a informação a ser partilhada de modo a que fosse apenas a estritamente necessária à prestação de cuidados eficientes.

Privilegiámos a decisão individual dos clientes quanto à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados prestados, respeitando as decisões dos mesmos em aceitar ou recusar as intervenções em ambos os contextos.

Todas as intervenções individuais e de grupo foram realizadas em ambiente especialmente modificado, de modo a garantir o sigilo necessário à intervenção, no sentido de assegurar a privacidade e proteção dos clientes.

A proteção dos direitos humanos incluiu ainda o respeito pelos costumes, valores e crenças espirituais, reconhecidos no âmbito da relação terapêutica estabelecida com os clientes - utentes e com o grupo. É na relação terapêutica que ocorre o confronto de valores entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, sendo que compete ao enfermeiro compreender e respeitar o outro numa perspetiva multicultural, procurando-se abster de juízos de valor, mantendo um processo efetivo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

As situações de práticas de cuidados que potencialmente poderiam comprometer a segurança e privacidade dos clientes foram identificadas e geridas no seio da equipa. No caso da ESA a identificação das situações foi reportada pelos professores tutores e gerida no CRIA; no caso das situações surgidas na área de influência do DPSM, a gestão das mesmas foi partilhada nas reuniões de equipa semanais, para as quais recolheu e analisou informação relevante a fim de aumentar a segurança nas práticas.

3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

É unânime no atual contexto de saúde, o reconhecimento da necessidade de implementar sistemas de qualidade, quer por instâncias internacionais como a

Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

A criação de sistemas de qualidade em saúde revela-se atualmente uma ação prioritária, de âmbito multiprofissional, aplicável a nível local, que se obtém com o contributo dos enfermeiros. Os padrões de qualidade em enfermagem assumem assim um papel importante na clarificação dos subsídios dos enfermeiros para a qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Neste desiderato, os enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental visam explicitar a natureza do seu mandato social e englobá-lo na profissão de enfermagem. Pretende-se que ajudem a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos profissionais, do público em geral e dos decisores políticos e simultaneamente possam fornecer orientações para definição de programas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O domínio da melhoria contínua da qualidade engloba três competências definidas para o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista⁵, em linha com o definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem, pelo que se considera um desígnio de todos os enfermeiros.

As oito categorias de enunciados foram consideradas no planeamento e implementação de intervenções no âmbito do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental, incluindo a satisfação do cliente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, a adaptação, organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A prática especializada em ambos os contextos (ESA e DPSM) permitiu o reconhecimento de estratégias de melhoria contínua da qualidade ao nível institucional. Não havendo estrutura formal permanente de enfermagem na ESA, as intervenções

⁵ Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

Competência B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

planeadas foram inovadoras relativamente às anteriormente constantes do plano de atividades da escola, potenciadoras da qualidade das respostas às necessidades da comunidade escolar.

Também no DPSM do CHO o desempenho foi pautado pela colaboração dinâmica no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias do serviço e da instituição. No CHO – Caldas da Rainha e Peniche o enfoque foi colocado na organização dos cuidados de enfermagem. Neste sentido colaborámos na dinamização do programa de melhoria contínua da qualidade centrada na criação de um sistema de registos de enfermagem que incorpore os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Exemplo disso foi a colaboração prestada da ESSLei no CHO com a formação no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, realizada por proposta do Conselho de Administração do CHO no sentido da melhoria contínua da qualidade relativa aos sistemas de informação e documentação da prática clínica. Esta formação foi realizada no contexto hospitalar dirigida aos líderes de enfermagem dos diferentes serviços, à qual se seguiu o trabalho com a equipa de enfermagem do SPSM relativo à identificação dos diagnósticos de enfermagem especializados em saúde mental e as intervenções próprias de enfermagem especializada mais prevalentes, resultando na construção de um referencial de suporte de informação para o serviço em formato aproximado a um catálogo CIPE.

Também no SPSM realçamos ainda a identificação de oportunidades e estratégias de melhoria visando a caracterização do serviço relativamente aos requisitos necessários ao reconhecimento da idoneidade formativa e a motivação da equipa de enfermagem para a atenção às áreas de governação clínica implicada nestes processos, contantes no projeto de aprendizagem⁶. A formação e o debate sobre as componentes da governança clínica permitiram a elaboração de prioridades de intervenção com o objetivo último de dinamização da melhoria contínua da qualidade, na procura da excelência na prática de cuidados. Estes aspetos são fundamentados no artigo 109º do Código Deontológico (Lei nº 156/2015⁷) em que, para a excelência do exercício, o enfermeiro deve analisar regularmente o seu desempenho e reconhecer eventuais falhas que mereçam uma

⁶ Objetivo 5 do Projeto de Aprendizagem do Ensino Clínico II e III.

⁷ Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

mudança de atitude, procurar a adequação das normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas e manter a atualização contínua dos conhecimentos.

Ao longo da prática profissional garantimos a segurança do cliente, numa visão holística. A gestão do ambiente de cuidados centrados no cliente foi uma preocupação constante, na garantia da integridade física, psicossocial, espiritual e cultural das pessoas e dos grupos, sobretudo no que respeita à sensibilidade, consciência e respeito pelas diferenças. Em todo o percurso, a prática de cuidados primou pela privacidade e confidencialidade, promovendo-se o envolvimento da família no processo de cuidados.

3.1.3. Gestão dos Cuidados

O terceiro domínio de competências é referente à gestão de cuidados de saúde, envolvendo duas vertentes de gestão de cuidados e liderança⁸ (Regulamento n.º 122/2011).

O desenvolvimento desta competência diz respeito à gestão dos cuidados no seio da equipa de enfermagem e de saúde otimizando as respostas na garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas. Nos contextos de prática clínica especializada onde se desenvolveu o ensino clínico foi possível perceber diferentes estratégias de funcionamento das equipas. Tratando-se em ambos os contextos de equipas multiprofissionais embora com filosofias, composições e métodos de funcionamento diferentes, foi necessário em cada uma a adaptação de estratégias de gestão ao contexto, favorecendo a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e proporcionando o desenvolvimento de diferentes estilos de liderança.

Com o objetivo de reconhecer os comunitários da cidade de Amora nas áreas de intervenção de saúde mental⁹, participámos nas reuniões de apresentação formal do “N’Amora Bem”, realizámos visitas às instituições de referência da cidade de Amora, parceiras da JFA do programa. Participámos nas reuniões do NECSFA onde foram discutidas entre os parceiros, as estratégias de aprovação do programa e os ajustes à operacionalização do plano de intervenção. Nestas percecionámos um modelo de funcionamento com um estilo de liderança maioritariamente democrático em que os

⁸ C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

⁹ Objetivo 1 do Projeto de Aprendizagem do Ensino Clínico I

diferentes elementos envolvidos defendem a sua identidade profissional num contexto multiprofissional. A nossa participação na tomada de decisão foi também centrada nos interesses pessoais de acordo com os tempos próprios necessários ao desenvolvimento do ensino clínico, pelo que foi possível aprender sobre a gestão e liderança dos diferentes pontos de vista numa perspetiva de operacionalização de políticas comuns, quando as prioridades de atuação diferem consoante os parceiros.

No caso da ESA a equipa de saúde tem na sua composição profissionais de áreas disciplinares distintas como professores de diversas áreas, psicólogos e um enfermeiro em regime de consultadoria. Sendo a saúde na escola abordada por uma multidisciplinaridade de profissionais, numa fase inicial da construção do projeto constatou-se que o modelo de funcionamento multidisciplinar não responderia às necessidades de desenvolvimento de uma abordagem comum centrada na promoção da esperança dos professores ou mesmo a construção de um currículo comum de saúde mental. O modelo multidisciplinar (observado nas primeiras reuniões), em que um conjunto de profissionais de várias disciplinas, com um baixo nível de relação afetiva, abordam um tema ou uma questão, com uma cooperação esporádica na relação entre as várias áreas do conhecimento, em que cada área desenvolve os seus objetivos, foi-se substancialmente modificando para uma interdisciplinaridade em que foi patente a contribuição importante de cada uma das disciplinas, no respeito pelas diferenças e sendo coordenadas por uma delas (Almeida Filho, 2005).

Não havendo na equipa nenhum enfermeiro com formação especializada, foi disponibilizada assessoria ao enfermeiro colaborador do projeto “N’Amora Bem” para a definição de estratégias de implementação do mesmo. A colaboração nas decisões foi partilhada entre os elementos da equipa, com a realização de reuniões participadas, com discussão de ideias e partilha de informação relativa às melhores soluções para a minimização dos problemas.

Tendo em consideração a duração do ensino clínico e a distância efetiva do local a partilha de informação foi realizada também com recurso aos meios informáticos. Por esta razão, e tendo como pressuposto o trabalho em equipa de segurança delegámos as tarefas para a efetivação da intervenção foi necessário a delegação completa na professora que assumiu a liderança do grupo. No desiderato da partilha de conhecimentos no seio da equipa interdisciplinar, foi trocada informação sobre o tema

da esperança e atualizados conhecimentos sobre as competências de saúde mental requeridas para o desempenho da função docente.

Já no contexto do SPSM do CHO o modelo de funcionamento assenta na transdisciplinaridade resultante da articulação de duas diferentes perspetivas e que possibilita uma nova visão da natureza e da realidade transdisciplinar, em que a coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, e há tendência à horizontalidade das relações de poder (Almeida Filho, 2005). Neste contexto foi possível discutir em parceria e participar nas decisões da equipa, e intervir na melhoria da informação para o processo de cuidar, discutindo e apurando diagnósticos, apresentando soluções para as situações e negociar em parceria permanente a referência para outros prestadores de cuidados. Nas reuniões de equipa, estando presentes psiquiatras, psicólogos com diferentes formações específicas e enfermeiros especialistas em saúde mental, há horizontalidade nas relações de poder e é frequente haver rotação da liderança de acordo com os casos em discussão e com os terapeutas de referência para cada caso. Nestas situações os autores referem-se à criação de um campo novo com autonomia teórica e metodológica com relação às disciplinas que o compõem, sendo que esta é a equipa de saúde que funciona como um ambiente facilitador da saúde e do desenvolvimento do indivíduo (Almeida Filho, 2005; Gálvan, 2007).

Tratando-se de um modelo de funcionamento de equipa fora do comum nas instituições de saúde, foram delineados objetivos¹⁰ relativamente à competência de adaptação da liderança aos contextos a fim de compreender o modelo de funcionamento do SPSM, a gestão dos recursos às necessidades de cuidados e o estilo de liderança adotado nas diferentes situações de cuidados.

Na aprendizagem e desenvolvimento da liderança no âmbito das equipas transdisciplinares foi desenvolvido um trabalho pessoal de construção da identidade profissional estruturada no conhecimento procurado no contexto da discussão das situações complexas, na prática profissional desenvolvida no contexto e incorporando aspetos da própria individualidade. Foi determinante a adoção de uma atitude pessoal de abertura, curiosidade, desejo de descoberta, de diálogo e de relação. Da participação nas reuniões de equipa foi possível identificar vários estilos de liderança de acordo com as exigências das situações, embora minoritariamente democrático, e sobretudo incorporar

¹⁰ Objetivo 1 do Projeto de Aprendizagem do Ensino Clínico II e III

na prática as características reconhecidas como pertencentes a um líder eficaz. Reconhecemos aspetos relacionados com a eficácia, nomeadamente a liderança participativa, facilitando as oportunidades para que os colaboradores possam utilizar os talentos, competências e inteligência; preparação para a tomada de iniciativa estabelecimento de níveis elevados de competência e objetivos ambiciosos mas realistas; bom ambiente comunicacional, com atitudes positivas face às situações motivação da equipa para a realização dos objetivos e o reforço positivo (Tappen, 2001).

3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Domínio D refere-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e é composto por duas competências comuns do Enfermeiro Especialista¹¹.

A primeira, correspondente ao autoconhecimento, central na prática de enfermagem, diz respeito à capacidade de realizar uma autoavaliação nas várias vertentes da pessoa humana mas também na vertente de si enquanto enfermeiro (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Nos modelos e teorias que orientam a prática clínica da enfermagem, a pessoa do enfermeiro enquanto ser humano tende a ser caracterizada apenas no seu enfoque profissional e como ator da prestação de cuidados de enfermagem, centrando-se no enfermeiro como aquele que responde às necessidades das pessoas, omitindo-se a sua caracterização enquanto ser humano. Nos contextos de prática clínica reconhecemos que é fundamental, a auto consciencialização do enfermeiro enquanto pessoa e que essa vertente determina a qualidade das relações profissionais que se estabelecem.

A este respeito, num claro reconhecimento da importância da pessoa humana do enfermeiro na qualidade da relação estabelecida com o cliente e conseqüentemente na qualidade dos cuidados prestados, Taylor (1992a) explorou e desenvolveu o conceito de *ordinariness*, que não tendo tradução em linguagem técnica de enfermagem em português, refere-se à naturalidade, normalidade, simplicidade que emanam da pessoa que se conhece a si própria e que são transportadas para o contexto da relação. Os “*ordinary nurses*” são percecionados como altamente eficazes e efetivos na medida em

¹¹ Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

que se sentem suficientemente confortáveis enquanto profissionais e enquanto pessoas, de modo a serem eles próprios na relação que mantêm com os clientes (Taylor, 1992a).

Nesta perspectiva, quanto melhor o autoconhecimento, maior o conforto do enfermeiro na gestão das idiossincrasias na relação e na construção do processo de ajuda.

As relações estabelecidas em ambos os contextos de prática clínica constituíram oportunidades para o desenvolvimento profissional, mas sobretudo possibilitaram o autoconhecimento e o desenvolvimento enquanto pessoa, favorecendo a identificação atempada dos fatores determinantes dos relacionamentos, e a construção de um manancial de competências que nos permite ser considerados peritos na nossa área de atuação.

Salgueiro (2006) reforça que ao desenvolver-se como ser humano o enfermeiro desenvolve-se também como profissional capaz de compreender, de aceitar e respeitar, de ter compaixão e amor incondicional por outro ser humano em condições de sofrimento e vulnerabilidade associada a processos complexos de sofrimento, doença, perda e incapacidade.

Ao longo do percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e académico têm sido várias as oportunidades para refletir sobre as aprendizagens adquiridas e desenvolvidas, facilitadores da elevada consciência de nós enquanto pessoa e enfermeira. Em virtude do percurso académico foi possível objetivar a realização de autoscopias através da escrita reflexiva, no início e no final do processo de aprendizagem. Esta forma de reflexão centrada em nós próprias permite uma incorporação do impacto das experiências pessoais e profissionais e sobretudo das aprendizagens vivenciadas no sentido de perceber de uma forma mais objetiva, o processo de mudança interior que ocorre num *continuum*. O contacto com a realidade da prática clínica de ESM não nos deixa indiferentes, desafiando as nossas idiossincrasias e testando os nossos limites. A prática reflexiva diária e o uso do pensamento crítico sobre as práticas assistenciais observadas e vivenciadas e sobre as aprendizagens desenvolvidas, contribuiram para a consciencialização da influência pessoal na relação profissional bem como no reconhecimento dos limites pessoais e profissionais.

Na complexidade das situações e na diversidade de composição das equipas surgiram situações de elevada exigência e pressão, exigindo capacidade de adaptação e a aplicação de técnicas de resolução de conflitos.

A segunda competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais concerne à sustentação da *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assumindo-se como facilitador dos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro).

Preconiza-se assim que o enfermeiro especialista assuma responsabilidades de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade, diagnosticando as necessidades formativas, concebendo e gerindo os programas formativos, no favorecimento da aprendizagem e desenvolvimento de competências dos seus pares, considerando a avaliação do impacto da formação (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro).

Neste propósito salientamos a identificação das necessidades formativas nos professores da ESA relativamente à promoção de autoestima, esperança e otimismo em contexto escolar, tendo sido percebido e identificado o papel que estas variáveis têm na motivação dos professores e conseqüentemente o impacto positivo na esperança e no sucesso dos alunos.

Assim, foi delineado um projeto de formação direcionada a estes profissionais denominado “Bem me quero... Bem te quero”, incidindo na temática da esperança, com enfoque na autoestima enquanto atributo pessoal de esperança, reforçando as questões relacionadas com as competências comunicacionais focadas no otimismo e na esperança, essenciais para garantir a comunicação efetiva com os pares e na abordagem aos alunos, particularmente nas situações de insucesso escolar, com vista à promoção de saúde mental.

No DPSM as necessidades formativas surgiram do desconhecimento da operacionalização da esperança na prática clínica, apesar de a equipa reconhecer a necessidade de intervir na esperança, sobretudo nas situações de depressão crónica em que a desesperança está presente. Dadas as características da equipa, optou-se por apostar nas potencialidades formativas das reuniões de serviço (semanais) para abordar

a temática da esperança e a sua importância para as pessoas portadoras de doença mental, em particular com perturbação depressiva.

Assumimos que o contexto das reuniões é um espaço de formação experiencial de excelência, na medida em que se permite o processo de aquisição de saberes a partir das situações vividas pelos envolvidos no seu quotidiano. Alves (2008) reforça que os espaços de reflexão e partilha que possibilitem o envolvimento de toda a equipa no cuidar da pessoa com qualidade e a troca de conhecimentos e experiências, são espaços potencialmente formativos, através de processos de formação experiencial, de autoformação e de socialização.

Este formato de desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi sustentado no conceito de aprendizagem experiencial de Kolb (1984), que articula a teoria com a prática através de um modelo estrutural de aprendizagem em quatro etapas que funcionam de forma articulada e circular repetindo-se continuamente: a experiência concreta, a observação refletida, a conceptualização abstrata e a experimentação ativa.

O grande potencial formativo das reuniões baseia-se essencialmente na discussão que leva ao processo reflexivo individual e coletivo dos profissionais e a sua consequente integração de conhecimentos (Kolb, 1984, citado por Alves, 2008). A riqueza dos discursos, do debate e consequente reflexão individual e conjunta do grupo com tomadas de decisão, têm um grande potencial formativo, podendo mesmo dizer-se que são formativas desde que o processo de reflexão seja realizado (Alves, 2008).

Assim, na sequência das reuniões de apresentação de casos fomos introduzindo a temática da esperança, e para além da reflexão individual foram surgindo situações de incentivo à leitura e à pesquisa, incentivando a equipa à sua autoformação através da apropriação de um conjunto de influências e experiências que vivenciou, refletindo acerca dessas e fazendo um trabalho de autoconstrução como profissional e pessoa.

Na nossa participação nas reuniões de serviço utilizámos a mesma potencialidade, aproveitando estes espaços de partilha como momentos de formação experiencial, autoformação e socialização, que serviram para a atualização das aprendizagens.

No sentido do desenvolvimento das autoaprendizagens profissionais, frequentou sessões de atualização científica no âmbito da temática da Saúde Mental, nomeadamente:

- Participação no International Forum on Innovation in Mental Health, que decorreu nos dias 3 e 4 de outubro de 2013 na Fundação Calouste Gulbenkian com a presença de vários peritos internacionais (Anexo IV);
- Participação nas conferências Fall 2013, da Unidade de Investigação em Saúde, subordinadas aos temas atuais da Saúde Mental sob o tema “Construir Saúde Mental: Um desafio de todos os dias” (Anexo V).

No âmbito dos Ensinos Clínicos desenvolveu-se a componente de investigação para suporte da prática clínica, contribuindo para o aumento do conhecimento sólido sobre a esperança em saúde mental, visando a prática baseada na evidência. Inserindo-se neste domínio de competência, optámos pela sua apresentação num capítulo próprio - capítulo 4, referente à prática baseada na evidência.

3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Reconhecendo a importância dos ganhos em saúde atribuídos aos cuidados prestados enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM) às pessoas que se encontram em sofrimento decorrente das circunstâncias da vida, alteração ou perturbação mental, diminuindo a incapacidade associada a estas perturbações, o Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, define as competências específicas necessárias para que o EESM desenvolva uma prática clínica em enfermagem distinta de outras especialidades.

Ao compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente e as implicações nos seus projetos de vida, o potencial de recuperação e a influência dos fatores contextuais na sua saúde mental, o EESM desenvolve um processo de cuidar assente na relação de confiança e parceria com o cliente, que lhe permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e reabilitação psicossocial.

A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde e prevenção da doença mental, no diagnóstico e a intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Nesta especificidade da prática clínica de enfermagem de saúde mental, o

EESM mobiliza um conjunto de saberes e conhecimentos técnicos, científicos e humanos para a elaboração de julgamentos clínicos e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências de âmbito psicoterapêutico que permitem desenvolver um juízo clínico singular e uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz (Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro).

Neste capítulo apresentamos uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências específicas do EESM à luz do perfil descrito pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

3.2.1. Detenção de Elevado Conhecimento e Consciência de si Enquanto Pessoa e Profissional

O autoconhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira, envolvendo os aspetos de desenvolvimento pessoal e profissional, são reconhecidos como fundamentais para a prática competente de enfermagem de saúde mental¹², na medida em que interferem na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, condicionando os resultados esperados (Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro).

Segundo Taylor (1992b), o enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre o cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele(a) mesmo. Esta ideia do enfermeiro como ferramenta terapêutica é também reforçada por Salgueiro ao afirmar que “a ambição máxima de qualquer enfermeiro deve ser tornar-se perito em utilizar-se a si próprio, na plenitude do seu ser e conhecimentos, como instrumento de intervenção terapêutica e desenvolver uma percepção muito fina e uma apurada intuição” (Salgueiro, 2006, p.4).

Para que tal aconteça, o enfermeiro deverá refletir sobre si, sobre as suas crenças, os seus valores, as suas idiossincrasias, a sua capacidade de servir como exemplo, no reconhecimento da importância deste conhecimento e da sua interferência na relação com o cliente.

¹² F1 – Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

As autoanálises realizadas, antes e depois dos ensinamentos clínicos, foram determinantes na tomada de consciência das transformações pessoais e profissionais que ocorreram ao longo do processo formativo, bem como do impacto dessas transformações na qualidade das relações terapêuticas estabelecidas no processo de cuidar. A constatação da sensação de que são exercícios incompletos e inacabados atesta a necessidade na sua utilização continuada na prática profissional, enquanto instrumento de autoconhecimento.

Cada momento da relação estabelecida constituiu um momento de aprendizagem de nós e do outro, reconhecendo a nossa influência enquanto ser humano na relação, identificando em cada circunstância as emoções, sentimentos, valores, fatores pessoais e ambientais, reconhecendo os fenômenos de impasse terapêutico, transferências e contratransferências.

Procurou-se em cada situação de cuidados o feedback do orientador e da equipe de modo a atingir a congruência entre a auto e heteropercepção, especialmente valiosas e importantes nas situações de impasse terapêutico. A atualização de conhecimentos sobre a comunicação e em particular sobre as técnicas de resolução de conflitos, permitiu o treino do autocontrole e a utilização de técnicas de assertividade ao longo da prática clínica, permitindo antecipar eventuais situações de conflitualidade.

As intervenções grupais constituíram-se situações de cuidados particularmente difíceis, pela complexidade das interações estabelecidas, pela atenção colocada pelos utentes na nossa comunicação verbal mas sobretudo não-verbal e pelas situações ricas em impasses terapêuticos, nem sempre fáceis de detetar e com alguma frequência, apenas consciencializadas após a sessão grupal nos momentos de *debriefing* com o terapeuta. O contexto da relação terapêutica estabelecida com o grupo, tendo o mesmo uma orientação psicanalítica, foi especialmente complexa na medida em que foram frequentes as interpelações às nossas competências associadas ao papel de enfermeira, com questões muito focalizadas e diretivas em busca de informação. Nestes momentos a reflexão e análise crítica das situações em partilha com a terapeuta do grupo constituíram-se uma mais-valia no desenvolvimento das aprendizagens de relação.

Por outro lado, a autoavaliação dos comportamentos adotados na relação terapêutica estabelecida com os utentes, conduziu à revisão bibliográfica sobre a relação de ajuda e

comunicação terapêutica no sentido de aumentar o repertório pessoal de técnicas de comunicação empática. No treino em ambiente controlado tomámos consciência dos elementos da paralinguagem e da linguagem corporal. A este respeito Phaneuf (2005) reforça que a postura corporal, as atitudes corporais, os gestos, a distância assumida, o contacto visual e a expressão facial, a voz, o toque, a respiração, o silêncio e a aparência geral são considerados elementos importantes que podem prejudicar ou facilitar a comunicação com o doente.

A realização de entrevistas individuais bem como a gestão da comunicação grupal foram supervisionadas pelo orientador e pelo supervisor do grupo com feedback imediato para que pudéssemos corrigir as asserções verbais e as posturas não-verbais no aqui e agora, ajudou a desenvolver uma tomada de consciência crescente e uma preocupação autocrítica e analítica constantes que permitiram a melhoria da comunicação no contexto da relação terapêutica.

3.2.2. Assistência na Otimização da Saúde Mental no Ciclo Vital

Esta segunda competência¹³ do EESM diz respeito à recolha de informação necessária e pertinente para a avaliação do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção e proteção da saúde e prevenção da perturbação mental. Neste processo o enfermeiro mobiliza a sensibilidade cultural e linguística, aptidões de comunicação e de técnicas de entrevista, observação do comportamento. Para a compreensão do estado de saúde dos clientes é ainda necessária a revisão dos registos e avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes (Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro).

A promoção da saúde mental tem sido apontada como uma estratégia vital para a garantia da manutenção de níveis satisfatórios de saúde para as populações. Envolve a construção de políticas públicas saudáveis, implicando investimento em políticas governamentais e sociais, implementação de diretivas legislativas e desenvolvimento de parcerias; criação de ambientes favoráveis à saúde e reforço da ação comunitária incidindo sobre a capacitação (empowerment) das comunidades; desenvolvimento de competências sociais, incluindo a literacia em saúde; e reorientação dos serviços de saúde (Lethinen, 2008).

¹³ F2 – Assinte a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

A prevenção de doenças mentais foi definida pela OMS como a tomada de medidas aplicáveis a certas doenças ou grupos de doenças, com o objetivo de interceder as suas causas antes que as mesmas envolvam o indivíduo, evitando assim que ocorra a afeição (WHO, 2002). Implica a criação de condições no contexto individual, social e ambiental que permitam um ótimo desenvolvimento psicológico e psicossocial (Lethinen, 2008).

A recém-criada *Joint Action for Mental Health and Wellbeing* (JAMH-WB)¹⁴, assume que a promoção da saúde mental e bem-estar, a prevenção da doença e a melhoria dos cuidados e inclusão social das pessoas com perturbações mentais na Europa irá contribuir para o desenvolvimento sustentado da população.

Segundo a JAMH-WB (2013) e indo ao encontro do desenvolvimento da competência dos EESM, a assistência na otimização da saúde mental envolve a promoção e proteção da saúde mental e a prevenção da doença mental, num trabalho colaborativo estruturado de parceria entre os Estados, os *stakeholders* da saúde e de outros setores relevantes, que deve ter um especial enfoque na promoção da saúde mental nos locais de trabalho e nas escolas; prevenção da depressão e suicídio; desenvolvimento dos cuidados de saúde mental comunitários; promoção da integração da saúde mental em todas as políticas.

No âmbito do desenvolvimento da prática especializada em ESM nos contextos escolhidos, podemos fazer o paralelismo face às prioridades macro da União Europeia, adaptadas ao contexto micro. Assim, a assistência na otimização da saúde mental desenvolveu-se em particular no contexto escolar (ESA); a intervenção no CHO centrou-se na prevenção da depressão e dos comportamentos suicidários, na intervenção na comunidade através da criação de grupos de apoio em contexto domiciliário e no suporte ao desenvolvimento da colaboração entre as diferentes estruturas comunitárias.

Em ambos os contextos de prática especializada foi possível executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental dos clientes em diversos contextos sociais, avaliar globalmente a história de saúde com ênfase na saúde mental dos clientes e contribuir para a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental nos grupos-

¹⁴ Fundada pela European Agency for Health and Consumers em 2013, envolvendo 53 países representando 28 estados membros da União Europeia, coordenada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde mental e bem-estar, prevenir as perturbações mentais e a melhoria dos cuidados e da inclusão social para as pessoas com perturbações mentais na Europa.

alvo criteriosamente selecionados. Para tal desenvolvemos habilidades de comunicação com especial abertura às questões culturais e linguísticas.

No âmbito do Plano Local de Promoção da Saúde Mental da Cidade de Amora (PLPSMA) foi realizada uma primeira avaliação da saúde mental da população com identificação e caracterização dos eixos de responsabilidade do enfermeiro, e identificação e avaliação dos *stakeholders* da comunidade¹⁵. As leituras dos relatórios de atividade e de investigação participada de base comunitária sobre a Promoção de Saúde Mental no espaço urbano de Amora, e a participação nas diversas reuniões e visitas às diferentes estruturas da comunidade envolvidas, permitiram uma definição de prioridades e de possibilidades de intervenção direcionadas à ESA. Durante as reuniões desenvolvemos as capacidades de observação dos comportamentos e dos contextos, bem como técnicas de entrevista que facilitaram o processo de avaliação.

Com o objetivo de atualizar a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental da comunidade escolar da ESA¹⁶ foi realizada a análise da documentação publicada resultante de investigação prévia realizada no contexto da cidade de Amora (Gomes, 2012), da consulta aos *blogs* e páginas de internet incluindo as redes sociais, a realização de entrevistas pessoais e reuniões com os *stakeholders* - responsáveis pelas diferentes estruturas da escola, nomeadamente a Direção da ESA, Professor responsável pelo CRIA, responsável pelo projeto de promoção da saúde - ESA saudável. Esta avaliação foi enquadrada no conhecimento adquirido sobre os recursos comunitários da cidade de Amora na área da saúde mental¹⁷. Esta análise da informação permitiu identificar na população dos professores de Amora, e da ESA em particular, fatores promotores do bem-estar, como o bom ambiente escolar, espaços físicos adequados, recursos materiais aceitáveis, trabalho em equipa, reconhecimento dos pares e das estruturas dirigentes da escola. Através do discurso dos professores também identificámos fatores protetores do bem-estar e embora no verbatim sobressaíssem atributos pessoais protetores, emergiram sinais de baixa esperança e otimismo, redução da capacidade de resiliência, baixo sentido de coerência e baixa de autoestima. Como fator de risco identificou-se uma baixa literacia em saúde mental. Segundo Gomes (2012), apenas 23,5% dos professores abordou no seu curriculum académico as

¹⁵ Objetivo 1 do Projeto de Aprendizagem – Ensino Clínico I

¹⁶ Objetivo 2 do Projeto de Aprendizagem – Ensino Clínico I

¹⁷ Objetivo 1 do Projeto de Aprendizagem – Ensino Clínico I

temáticas relacionadas com a saúde mental e apenas 25% inclui temáticas de saúde mental no curriculum que leciona).

A partir da avaliação foi possível desenvolver em parceria um projeto de intervenção centrado na população alvo e por isso dirigido aos professores, para a promoção e proteção da sua saúde mental e prevenção da perturbação mental da comunidade.

Para tal sustentámos a intervenção não só na avaliação das necessidades como também na evidência científica. Algumas intervenções são apontadas na literatura internacional como eficazes na otimização da promoção da saúde mental positiva, nomeadamente: a integração da promoção da saúde mental nas políticas de saúde da escola e no *curriculum* escolar; disponibilização apoio psicológico para os alunos numa base diária regular; disponibilização de apoio emocional aos professores e consultadoria com um perito em saúde mental; Envolvimento e participação dos pais; Fortalecimento do trabalho em equipa (cooperação e trabalho de grupo envolvendo todos os participantes na vida da escola); Implementação de programas de promoção de saúde escolar dirigidos ao bem-estar e à segurança (Lehtinen, 2008). As orientações europeias decorrentes da revisão da literatura e das normas sobre os diferentes métodos de promoção de saúde mental, indicam estratégias efetivas de intervenção como programas de treino e os cursos para os diferentes intervenientes na comunidade incluindo os professores, o treino de competências (estratégias de coping, resolução de problemas e competências sociais) e o encorajamento de atividades de autoajuda em diferentes aspetos da saúde mental (Lehtinen, 2008).

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa no programa de Promoção de Saúde Escolar têm vindo a desenvolver a abordagem centrada na escola global para aumentar a saúde mental de todos os grupos envolvidos, cujos princípios fundamentais são os relacionamentos, participação, autonomia e transparência, com especial enfoque para o desenvolvimento de competências pessoais como a capacidade de resolução de problemas, raciocínio crítico, comunicação, relações interpessoais, empatia e gestão de emoções (WHO, 2002). O desenvolvimento de competências pessoais como a autoconsciência, autoestima, sentido de controlo e autoeficácia, relacionamentos e competências comunicacionais e capacidade para resolver os problemas e estratégias de coping provaram ter aumentado a saúde mental e facilitaram o exercício de maior

controle sobre as suas vidas e o ambiente que as rodeia (Lethinen, 2008; Weare, 2006; WHO, 2002).

O desenvolvimento é entendido por Jardim e Pereira (2006) como um processo de mudança progressiva e constante, desde o nascimento até à morte, envolvendo a totalidade do ser humano e implicando todas as suas dimensões biológica, cognitiva, afetiva, social, profissional e do seu quadro de valores. Os mesmos autores distinguem três tipos de competências (básicas, transversais e técnicas) e salientam neste processo as competências transversais (intra e interpessoais) que uma vez ativadas, conduzem a pessoa para níveis elevados de saúde e de bem-estar.

Foi neste âmbito que centrámos o desenvolvimento do Projeto “Bem me Quero... Bem te quero” nas competências transversais dos professores, dirigido à promoção de saúde e bem-estar, promovendo competências que são comuns a diversas atividades da vida pessoal e profissional, passíveis de serem transferidas de função para função e relacionadas com a capacidade de gerir os recursos do “eu” e de relacionamento interpessoal. Promover este tipo de competências implica trabalhar a globalidade dos três domínios do saber, o saber-saber (domínio cognitivo), o saber-ser (domínio afetivo) e o saber-fazer (domínio da vontade) (Jardim & Pereira, 2006). Neste sentido programámos várias intervenções em grupo, promovendo a participação ativa na vida social com vista à saúde mental.

No âmbito do CHO e tendo como enfoque a prevenção da depressão e dos comportamentos da esfera suicidária, a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental e a avaliação global da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental da pessoa e da família, foi realizada para os contextos individuais e para o contexto do grupo terapêutico de depressão¹⁸.

Relativamente à assistência à pessoa cuidada no contexto individual a avaliação ocorreu no contexto da relação estabelecida, particularmente na etapa de orientação, em que recorremos a técnicas de entrevista e de observação para obter a melhor informação possível. Reconhecemos nesta fase um enorme desenvolvimento das nossas competências de entrevista na medida em que no decorrer do ensino clínico foi possível obter *feedback* do orientador contribuindo para uma melhoria contínua na qualidade das

¹⁸ Objetivo 4 do Projeto de Aprendizagem dos Ensinos Clínicos II e III.

observações e avaliações realizadas. A condução das entrevistas de avaliação inicial das necessidades e de avaliação da história de saúde mental constituíram-se assim um desafio à autonomia competência profissional. No decorrer da etapa de orientação foram utilizados instrumentos da recolha de informação nomeadamente o genograma e o ecomapa, facilitadores na caracterização da interface indivíduo-família-comunidade. Fara facilitar a sistematização da organização da informação obtida recorreremos ao preenchimento do documento de suporte à Consulta de Avaliação Inicial de Saúde Mental (CAISM), utilizado pela equipa transdisciplinar em todas as circunstâncias de avaliação de saúde (Anexo VI).

No contexto grupal, as avaliações abrangentes e globais de saúde mental foram realizadas com base nos registos dos processos de saúde individual de cada um dos participantes do grupo bem como através da observação dos comportamentos de cada participante nas interações que estabelece com o grupo em cada sessão. A sistematização da avaliação foi realizada com recurso ao registo de observação participante de cada sessão. Salientamos que este registo era omissivo no início do ensino clínico, o que dificultou as avaliações relativas à história anterior do comportamento grupal. Uma das dificuldades sentidas na avaliação do grupo prendeu-se com a nossa entrada, numa fase de maturidade do grupo.

Tratando-se de um grupo aberto mas restrito à admissão por indicação do terapeuta do grupo, as relações estabelecidas eram coesas e a nossa entrada foi percebida como a entrada de um elemento estranho. No desempenho do papel de pessoa estranha baseámos a nossa atuação no respeito e no interesse por cada um dos elementos do grupo e na utilização esporádica de expressões de conforto, manifestando interesse e respeito pelo grupo, tal como o defendido por Peplau (1952, citada por Lego, 1998; Townsend, 2011). Esta fase proporcionou-nos o desenvolvimento de competências relacionais e a perceção da importância dos fenómenos de impasse terapêutico, que se verificaram com maior frequência nas primeiras quatro sessões.

Na fase de orientação, a avaliação de saúde mental grupal teve como fontes os intervenientes do grupo através das partilhas verbais e da análise dos comportamentos, validada pela terapeuta. No desenvolvimento da relação com o grupo foi possível a introdução de instrumentos validados para caracterização de aspetos específicos e de variáveis que não seriam naturalmente introduzidas no contexto de funcionamento do

grupo, dada a sua natureza psicoterapêutica. Assim foi possível avaliar a ansiedade, depressão e *stress* através da utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS) (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004); avaliar a esperança através da aplicação da versão portuguesa da Escala de Esperança de Herth (HHI-DC-PT) (Querido & Dixe, 2012); avaliar a autoestima através da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) validada por Santos e Maia (2003), e a escala das relações objetais de Bell (BORI), validado por (Narciso, 2004) para avaliação das funções do ego presentes nas pessoas com depressão a frequentar o grupo terapêutico, considerando o seu carácter mediador entre os processos internos, muitas vezes inconscientes e as exigências da realidade exterior, apresentados no Anexo VII.

Na coordenação, planeamento, implementação e desenvolvimento das intervenções dirigidas à proteção da saúde mental das pessoas e dos grupos no contexto do Cho foram atendidas as necessidades identificadas. A implementação dos programas grupais atendeu aos diagnósticos pessoais e grupais no sentido de conferirem *empowerment* às pessoas no sentido do desenvolvimento participativo das pessoas e comunidades, com vista à obtenção de resultados positivos nas variáveis avaliadas.

Ainda no domínio da aquisição/desenvolvimento das competências sociais e pessoais e promoção da saúde mental ao longo do ciclo vital, foi possível programar intervenções e intervir no âmbito dos grupos já instituídos e no desenvolvimento de novos projetos no âmbito do NIASM, em parceria com a comunidade.

3.2.3. Promoção da Recuperação da Saúde Mental da Pessoa Integrada na Família, Grupos e Comunidade

A ajuda à pessoa na recuperação da saúde mental, integrada na família, grupos e comunidade ao longo do ciclo vital, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto¹⁹, é uma competência do enfermeiro que implica a aplicação do processo de enfermagem enquanto metodologia científica de intervenção, integrando a sistematização e análise dos dados, determinação do diagnóstico, identificação dos resultados esperados, desenvolvimento de um plano de cuidados em negociação com o cliente e a equipa de saúde (Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro).

¹⁹ Competência F3 do Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro.

Sendo o processo de enfermagem uma metodologia comum a todos os contextos relativos ao exercício de enfermagem, fornece uma estrutura sistemática para a prestação de cuidados, numa abordagem baseada nas técnicas de resolução de problemas, para o qual se exige a utilização no pensamento crítico. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo, que em contextos de saúde mental assenta na relação estabelecida com o cliente com vista ao diagnóstico diferencial de problemas de saúde reais ou potenciais, planeamento negociado dos cuidados, prescrição de cuidados baseados em evidência de forma a promover mudanças nas respostas humanas dos clientes visando ganhos em saúde mental (Towsend, 2011).

No decorrer da prática clínica foi aplicada a metodologia do processo de enfermagem tanto nos casos individuais que assistimos assim como no caso do grupo terapêutico de depressão. Foram definidos diagnósticos de enfermagem especificamente identificados com base nas avaliações de saúde mental dos indivíduos, famílias, grupos e comunidade. Foram identificados os resultados esperados sensíveis aos cuidados em saúde mental e planeadas e implementadas intervenções dirigidas aos resultados identificados. Foram ainda avaliadas as intervenções com base nos indicadores estabelecidos, valorizando os ganhos obtidos com a modificação do *status* dos diagnósticos. No apêndice VI apresentamos o estudo de caso clínico realizado sobre o grupo terapêutico de depressão.

Na implementação do processo foi possível observar e participar ativamente no trabalho desenvolvido na equipa transdisciplinar, sobretudo no que respeita ao acompanhamento das pessoas com doença mental em contexto comunitário, em estreita ligação com as equipas de cuidados à família e equipas de cuidados na Comunidade. Em várias situações acompanhámos o trabalho quer do enfermeiro orientador quer das psicólogas da equipa em situações específicas de intervenção, nomeadamente em sessões de terapia familiar.

Towsend (2011) refere-se ainda à gestão de casos como um modelo de prestação de cuidados eficaz para ajudar as pessoas com doença mental crónica, melhorando o funcionamento na assistência à pessoa na resolução de problemas, melhorar o trabalho e a capacidade de socialização, promovendo as atividades sociais e a independência. A figura de gestor de caso na equipa do DPSM do CHO é denominada terapeuta de referência e é escolhida de entre os elementos da equipa, de acordo com o *rapport*

terapêutico estabelecido, tendo em conta a especificidade da resposta necessária à situação do cliente. A função de terapeuta de referência foi assumida em conjunto com o enfermeiro orientador, em situações de admissão no serviço, considerando que a relação terapêutica que se estabelece e os objetivos os terapêuticos têm um horizonte temporal alargado face à duração do ensino clínico. Garantimos assim a continuidade da relação com o terapeuta após o término do ensino clínico evitando retrocesso no processo terapêutico do cliente associado à mudança de terapeuta.

Enquanto gestores de caso procurámos e excelência do exercício profissional no que respeita à parceria estabelecida com os clientes no desenvolvimento de processos de eficazes de adaptação às situações de vida e à condição de saúde mental de cada um (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Foi possível coordenar em parceria a transição dos clientes entre os cenários de cuidados gerais de saúde e as estruturas comunitárias utilizando para tal as ligações preferenciais entre o DPSM e o NIASM, bem como orientar o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados ao seu problema de saúde mental, utilizando as estruturas da comunidade na procura da melhor resposta possível em cada situação.

Para além da cooperação transdisciplinar na equipa do DPSM, são mantidas relações interdisciplinares com os restantes profissionais do CHO, nomeadamente no reconhecimento da equipa como peritos na área de saúde mental. Esta interdisciplinaridade permitiu a referenciação para outros técnicos especialistas e a referenciação por outros enfermeiros dos diversos serviços para o EESM do DPSM. Assim, foi possível participar nas atividades de “Saúde mental de ligação”, na resposta às necessidades em saúde mental identificadas por outros enfermeiros relativamente às pessoas internadas nos diversos serviços do CHO. Estas intervenções enquadram-se no padrão de qualidade de cuidados no que respeita à prevenção de complicações para a saúde mental dos clientes, através da identificação, o mais rápido possível, dos problemas reais ou potenciais de saúde mental dos clientes e a resposta integrada em cooperação interdisciplinar; e da maximização do seu bem-estar e autocuidado, através da gestão das redes de suporte garantindo a articulação dos cuidados desenvolvidos nos diferentes contextos da prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Reportamos a título de exemplo a intervenção na identificação de risco para a saúde mental em mulheres internadas para serem submetidas a mastectomia, identificando os

diagnósticos de luto por antecipação; *coping* comprometido e risco de desesperança; as situações de fim de vida com o diagnóstico de ansiedade perante a morte e desesperança; a situação de tentativa de suicídio que ocorreu no serviço de urgência, tendo sido diagnosticada depressão, desesperança, alto risco de suicídio por ideação suicida.

Na aplicação do processo de enfermagem utilizámos o sistema de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotado pelo ICN e pela Ordem dos Enfermeiros. Salienta-se neste campo o esforço na identificação dos focos de enfermagem mais prevalentes e relevantes nos clientes que recorrem ao DPSM de modo a adaptar o sistema informático *s-clínico* ao contexto da saúde mental. Durante a prática clínica foi possível ainda a reflexão em equipa sobre os modelos teóricos de enfermagem que suportam a prática clínica no DPSM bem como a sua influência na avaliação das necessidades e na identificação diagnóstica e definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental.

Tanto no DPSM como na ESA, na procura permanente da excelência do exercício profissional²⁰, foi possível realizar um planeamento de cuidados individualizado para cada cliente e para o grupo, com a identificação de diagnósticos de enfermagem e a conceção de estratégias de *empowerment* que permitiram ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, nomeadamente referentes à promoção da esperança, também potenciadoras da autonomia, valorizando o potencial de cada cliente no autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No contexto do DPSM o enfoque foi dado à importância da gestão do regime terapêutico. De acordo com o regulamento de competências do EESM, compete a este a gestão do regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos, bem como auditar a toma de medicamentos no internamento ou no domicílio em caso de necessidade (Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro). A promoção da adesão ao regime terapêutico é um critério de qualidade do exercício profissional do EESM, que assim contribui para a proatividade na prevenção de incidentes críticos, promovendo a adequação das respostas dos clientes em matéria de saúde mental (Ordem dos

²⁰ Em resposta ao padrão de qualidade de cuidados 4. O bem-estar e o autocuidado. São elementos importantes, face ao bem-estar e autocuidado entre outros, a elaboração de um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, que integre a avaliação e valoração do potencial de cada cliente no autocuidado, a manutenção e promoção de redes de solidariedade e integração, o compromisso do trabalho em rede e a implementação de intervenções potenciadoras da autonomia.

Enfermeiros, 2011). A nossa atuação nesta matéria teve enfoques diferenciados consoante os contextos de prática clínica. No contexto do DPSM a intervenção relativa à adesão ao regime medicamentoso foi direcionada para a perspetiva preventiva da não adesão, enquanto na ESA o enfoque foi colocado na perspetiva da gestão criteriosa da medicação e da importância da prescrição em detrimento da automedicação sem supervisão médica.

3.2.4. Prestação de Cuidados de âmbito Psicoterapêutico, Socio terapêutico, Psicossocial e Psicoeducacional

A quarta competência específica do EESM²¹ respeita à prestação de cuidados específicos do âmbito da saúde mental, mobilizando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional na implementação das intervenções identificadas no plano terapêutico. Compete assim ao EESM a coordenação, desenvolvimento e implementação de programas psicoeducativos e treino em saúde mental, o desenvolvimento de processos psicoterapêuticos, socioterapêuticos e de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e simultaneamente incrementando as suas competências individuais (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro).

No contexto da ESA, relativamente à população de professores a nossa intervenção pautou-se por um cariz marcadamente psicoeducativo com enfoque na autoestima e uso da esperança na gestão emocional no desempenho do papel de professor ao longo do processo educativo que desenvolvem com os alunos.

Weare (2006) identifica um conjunto competências necessárias para que as pessoas sejam mentalmente, emocionalmente e socialmente saudáveis e para que possam ajudar outros no desenvolvimento da sua saúde, em particular na sua saúde social e afetiva. São elas as competências intrapessoais, isto é, a capacidade de nos compreendermos a nós próprios, de formar um modelo próprio (autoconceito) e utilizá-lo para obter um funcionamento eficaz na vida; e as competências interpessoais - a capacidade de mantermos relações sociais e sermos efetivos num grupo, utilizando as nossas capacidades pessoais como a assertividade e a tolerância. A autora refere a importância

²¹ F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo d vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar e de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

do desenvolvimento destas competências básicas ao longo da vida e a sua relevância para o contexto escolar, onde devem ser aprendidas como um bloco estruturante em todo o curriculum, envolvendo professores e alunos.

O autoconceito, em constante desenvolvimento ao longo da vida é central e determinante ao processo de aprendizagem. As pessoas só aprendem se sentirem que a aprendizagem contribui para o construir ou manter o sentido de si próprio, e rejeitam ou bloqueiam o que for percebido como ameaça. O autoconceito é assim formado por crenças de si próprio construídas em larga escala na interação com outros, particularmente aqueles que consideramos significativos (pessoas com as quais nos relacionamos de um modo mais frequente e mais aprofundado), inicialmente os pais e cuidadores e mais tarde os professores e os pares. Neste sentido o autoconceito é multiemocional e pode ser positivo ou negativo, muito frequentemente uma mistura de ambos (Weare, 2006). Tratando-se de características pessoais, o autoconceito envolve atributos de esperança como autoconfiança, otimismo e em consonância, trabalhar as dimensões afiliativas de esperança contribuirá para o autoconceito positivo.

A autoestima, sendo uma competência intrapessoal, é considerada como essencial à saúde mental, emocional e social, determinada pela extensão do sentimento de valorização atribuído pelos outros, pelas experiências de sucesso no atingir das expectativas e no sentimento de significativo e competente. O sentimento de autoestima ajuda na criação de defesas contra a ameaça e ansiedade.

A baixa de autoestima que diagnosticámos na ESA é consonante com os estudos realizados sobre o fenómeno em outras realidades, identificando baixa de autoestima tanto nos alunos como nos professores. A autoestima dos professores tem sido relacionada com a falta de saúde mental e um baixo nível de compromisso com o desempenho da função de ensino, conduzindo a maiores níveis de *stress* e atitudes negativas para com a escola (Weare, 2006, citando Lin & Lin, 1996). Os professores que evidenciam sentimentos de insatisfação, desmotivação e mal-estar tendem a apresentar sentimentos de fadiga, perda de esperança, infelicidade, atitudes negativas para com o trabalho, as pessoas e a vida, e uma reduzida autoestima (Castelo-Branco & Pereira, 2001). O estudo realizado por Pedro e Peixoto (2006) observou a baixa satisfação profissional dos professores e determinou uma forte correlação positiva entre a autoestima dos professores e a sua satisfação profissional, em que os alunos foram os

principais responsáveis pela variação da autoestima. Reconhecendo esta relação, estruturámos propostas de estratégias de âmbito psicoeducativo que foram desenhadas com vista à promoção da saúde mental dos professores, com vista à promoção da literacia em saúde mental e especificamente à promoção de competências de autoestima, autoconfiança, enquanto atributos pessoais de esperança. Para além de ajudar a reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental, a literacia em saúde mental inclui o desenvolvimento de competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de autoeficácia, as relações interpessoais, as competências comunicacionais que, entre outras, têm demonstrado promover a saúde mental e poder ajudar os professores a exercer mais controlo sobre a sua vida e o ambiente onde vivem e desenvolvem a sua atividade profissional (Lethinen, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As sessões do projeto “Bem me quero - Bem te quero” foram desenhadas assumindo o enfoque na esperança e na competência emocional dos professores, abordando a literacia emocional. Na psicoeducação proposta neste âmbito, colocámos o enfoque no papel vital do professor no conhecimento da importância das emoções positivas e negativas, incluindo o reconhecimento das suas emoções próprias e dos estudantes, e a importância da gestão das emoções para a saúde mental (em particular como limitar as emoções negativas, a gestão da fúria / raiva, o limite à impulsividade), muitas vezes associadas à indisciplina e à violência (Apêndice IV). Weare (2006) reafirma o papel do professor na contenção emocional no ambiente escolar, demonstrando que os sentimentos incómodos têm um significado e podem ser tolerados, geridos, refletidos e compreendidos, ao invés de se apoderarem do comportamento. Isto requer que os professores sejam eles próprios estáveis, calmos e consistentes de modo a poderem gerir os seus próprios sentimentos e servirem como modelos para os alunos.

A literacia emocional e o desenvolvimento de competências emocionais não são automáticos nem estão diretamente relacionados com a idade dos professores ou com os anos de experiência profissional. Assim sendo, a aprendizagem de competências afetivas e sociais foi assumida como uma necessidade vital dos professores, podendo torná-los mais esperançosos, mais satisfeitos com o seu desempenho profissional, o que se traduz em relações mais efetivas com os alunos. Neste caso as estratégias socio terapêuticas foram sugeridas no sentido do desenvolvimento destas competências, utilizando a interação com o grupo para melhor compreender os estilos comunicacionais

e facilitar a expressão de sentimentos e emoções, permitindo o desenvolvimento de novas respostas emocionais face a problemas comuns ao grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Já a prática clínica de enfermagem de saúde mental desenvolvida no DPSM do CHO primou pela realização de consultas de enfermagem individualizadas, que se constituíram espaços de desenvolvimento privilegiado para o desenvolvimento de competências no âmbito da intervenção psicoterapêutica, psicoeducacional e socio terapêutica. No contexto da relação terapêutica realizámos intervenções individuais, de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional que permitiram, não só ajudar as pessoas na compreensão dos factos associados à doença mental, na compreensão e aprendizagem das estratégias para lidar com a situação e os efeitos sobre os seus projetos de vida, mas também possibilitar o desenvolvimento de novas respostas humanas para os problemas que emergem ao longo da vida, visando o aumento do seu bem-estar (Regulamento n° 129/2011 de 18 de fevereiro).

As intervenções de âmbito psicoterapêutico decorreram no contexto da relação estabelecida com os clientes, ao longo das várias fases da relação definidas por Peplau (1992, citada por Townsend, 2011), e o desenvolvimento de competências de EESM foi assente na introdução explícita e intencional da esperança no processo terapêutico.

Na etapa de orientação, sendo o nosso papel maioritariamente de pessoa estranha, utilizámos a esperança de modo implícito ainda que intencional. Nesta fase a perspectiva foi a centralidade no cliente com a preocupação de simultaneamente incluir a esperança na relação sem sobrepôr a nossa agenda à dos clientes, evitando a sua utilização coerciva, tal como recomendado por Cutcliffe (2004) para a fase de orientação da relação. Nesta etapa desenvolvemos competências de relação psicoterapêutica, evoluindo técnica e processualmente na relação entre o cliente - a pessoa com doença mental e nós próprios, permitindo identificar focos de atenção, sentimentos e atitudes que os clientes desenvolvem em relação a si e aos outros, e a forma como os expressam (Clarkson, 2003, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2011). A relação psicoterapêutica foi desenvolvida no contexto ambulatório de consultas de enfermagem de saúde mental, em que progressivamente evoluímos do papel de observador a participante, assumindo mesmo o papel de terapeuta de referência dos clientes a vivenciarem situações de sofrimento mental, de particular relevância para o enfoque na esperança. Foi possível,

no decorrer da fase de orientação da relação, identificar sentimentos e emoções, identificar nas narrativas, os excertos de discursos pessimistas, e isolar sentimentos depressivos e de desesperança. Assim, foi pertinente introduzir a esperança como foco explícito de atenção, enquadrado na relação psicoterapêutica, partindo das expressões emocionais, avaliar as necessidades e potencialidades do seu uso por parte dos clientes.

Reconhecendo o poder da linguagem e a sua importância no aconselhamento terapêutico, apropriámo-nos de um discurso assente em questões abertas, utilizando uma narrativa focada na esperança, seguindo os princípios da relação psicoterapêutica (desenvolvida na dimensão do real, imaginário e simbólico) (Larsen, Edey & Lemay, 2007). Algumas das questões que utilizámos nesta fase, foram a título de exemplo: “O que faria se fosse uma pessoa cheia de esperança?”; “Quem lhe ensinou a ter esperança?”; “Quando pensa em esperança que imagem lhe ocorre?”; “Como consegue manter a sua esperança (ou a réstia de esperança)?”

Foi ainda possível negociar com alguns clientes consultas de enfermagem em que a temática foi centrada na esperança, sobretudo clientes em que foram identificados diagnósticos de desesperança, depressão, luto antecipado. Nestas situações utilizámos as perguntas escala para avaliar a especificamente a esperança, como; “Numa escala de 0 a 10 onde está a sua esperança neste momento?”; “O que o faz não ser zero?”, “O que o faz não ser 10?”; “Qual a sua fonte de esperança neste momento?”; “Qual o seu modelo de esperança? Quem o inspira nos momentos mais difíceis?”. Recorremos ainda ao Genograma de esperança como instrumento de trabalho para caracterizar a dimensão afiliativa da esperança e os atributos da esperança vicária para as fases seguintes da relação (Charepe, Figueiredo & Vieira, 2011).

Já na fase de identificação e exploração da relação terapêutica assumimos o papel de pessoa de recurso, ao fornecer informação específica e necessária ao entendimento dos seus problemas e também de professor, na identificação das necessidades de aprendizagem face às situações de saúde mental com vista à melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida (Feely, 1997; Townsend, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) define psicoeducação como uma forma específica de educação que possibilita a compreensão, por parte dos clientes e do público em geral, dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa, tendo

como objetivo desenvolver compreensão e capacidade para aprender estratégias para lidar com a doença mental e seus efeitos, sendo projetada para ser parte de um plano global de tratamento.

No contexto da relação terapêutica individual identificámos necessidades psicoeducativas relativamente à doença mental, à importância da adesão ao regime medicamentoso, mas também relativas às estratégias para lidar com o *stress* no dia-a-dia e estratégias para lidar com pensamentos e sentimentos negativos. Englobámos a esperança enquanto estratégia de psicoeducação, centrando a abordagem comunicacional no reforço das forças dos clientes (atributos pessoais de esperança e figuras de referência) e nas suas capacidades para lidar com as situações de doença mental. Foi possível trabalhar, a partir dos dados recolhidos através do genograma de esperança, os padrões de interação da pessoa e família, identificar as memórias moralizantes e a base espiritual e caracterizar o tipo de rede de suporte familiar e social enquanto fator de resiliência e empowerment (Charepe et al., 2011), com vista à reabilitação psicossocial. Foi possível implementar intervenções psicossociais estruturadas individualmente e recorrendo ao apoio da família e dos profissionais constantes da rede NIASM.

A esperança foi também utilizada na etapa de exploração, no que respeita à definição de objetivos realistas e incorporada na negociação do plano terapêutico, em especial na categorização dos objetivos, definição de caminhos para os atingir determinação do pensamento positivo e motivação (Cheavens, Feldman, Woodward & Snyder, 2006). Para tal adaptámos os instrumentos desenvolvidos para a definição de objetivos realistas em situações de doença crónica avançada e progressiva (Querido, Marques & Dixe, 2011), no sentido de ajuda o cliente no processo de dependência / independência para que seja o próprio a tomar decisões consonantes com os objetivos que pretende atingir.

Nesta perspetiva trabalhámos a esperança como fator de resiliência na medida em que utilizámos a esperança do cliente como uma capacidade do indivíduo em alcançar resultados positivos, partindo de situações adversas, como sejam situações de maior stress, que aumentam por si só a probabilidade de ocorrência de doença mental, doença física ou dificuldades de adaptação social (Wolchik, Schench & Sandler, 2009).

No decorrer do desenvolvimento das competências de intervenção, construímos um manual próprio de competências comunicacionais centradas na esperança, que aplicadas no contexto individual e grupal, centradas nas respostas humanas dos clientes aos processos de transição e que se revelaram capazes de produzir mudanças positivas na sua autoconsciencialização e nas respostas adaptativas utilizadas. Em sequência considerámos útil a construção de um instrumento de boas práticas comunicacionais para gestão da esperança em saúde mental, em que compilámos as propostas de narrativas utilizadas no contexto da relação terapêutica que sustentámos com a evidência científica disponível.

No contexto grupal a introdução da esperança enquanto foco de atenção ocorreu no contexto da intervenção socio terapêutica num “grupo de depressão”. As competências de intervenção socio terapêutica foram centradas na relação interpessoal desenvolvida por nós no grupo de clientes que reunia numa periodicidade semanal, centrando-se o foco desta intervenção na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilitou o desenvolvimento de novas respostas humanas para problemas de vida identificados, e a identificação de novos problemas que emergiram no grupo puderam ser trabalhados utilizando as sinergias da partilha, aumentando o sentimento de bem-estar.

Salientamos a evolução do grupo no sentido da sua emancipação evidenciando resultados em saúde no âmbito da integração psicossocial com emancipação de alguns dos clientes do grupo face ao terapeuta. Esta entrada na etapa de resolução revelou-se algo complexa na medida em que surgiram alguns indícios de dependência psicológica a que não foi alheio o tempo de permanência dos clientes no grupo. Não obstante a evidência do término da relação não quebrou laços entre o grupo e foi possível a criação de um novo grupo com características de ajuda mútua, mais adequado à necessidade de partilha de esperança entre os seus membros. Este novo grupo, marcadamente emancipado face ao terapeuta (ainda que moderado por um terapeuta), que passou a funcionar numa periodicidade mensal, em que é fortalecida a capacidade dos clientes de agir por si próprios.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Uma das competências do EE diz respeito à capacidade de suportar a práxis clínica especializada em padrões de conhecimento válidos, relevantes e atualizados. Nesta premissa, os processos de tomada de decisão e o desenvolvimento das intervenções deverão ser fundamentados na evidência científica mais recente, implicando o desenvolvimento de projetos de investigação na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011).

Na procura do conhecimento mais atual relativamente à esperança em saúde mental, com vista à incorporação das evidências na prática clínica, mas também na identificação de lacunas do mesmo e identificar novas oportunidades de investigação na área, realizámos uma revisão integrativa da literatura sobre a temática. Sendo um método de investigação que permite a procura, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, o resultado final corresponde ao estado atual do conhecimento sobre o assunto, a implementação de intervenções efetivas, bem como à identificação de lacunas que direcionam a investigação futura (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Vários autores reconhecem na revisão integrativa da literatura o potencial de construção de conhecimento em Enfermagem, produzindo um saber fundamentado, sendo que a síntese dos resultados das investigações realizadas mundialmente, facilita a incorporação de evidências e permite a prática clínica de qualidade, constituindo assim um instrumento da prática baseada em evidência (Mendes et al., 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010).

A revisão integrativa da literatura sobre a esperança em saúde mental é apresentada no subcapítulo seguinte em formato de artigo - limitado em número de páginas e portanto na profundidade e extensão da análise, onde são apresentadas uma breve introdução, a metodologia, resultados da interpretação e análise dos estudos, conclusões e implicações para a prática clínica especializada.

Na segunda parte do capítulo, apresenta-se a investigação realizada como objetivo de conhecer a pertinência da esperança para as pessoas com depressão no contexto grupal

cuja pertinência emergiu do contexto de prática clínica especializada aquando da realização dos ensinamentos clínicos. Optou-se pela metodologia do estudo de caso, cujos pressupostos foram atendidos na procura do rigor científico e metodológico. Contemplamos a contextualização do tema, a metodologia utilizada e as questões colocadas no decorrer da investigação, incluindo as questões éticas. Apresentamos os resultados e as conclusões com as implicações para a prática especializada nesta área, com contributos e sugestões visando a clínica, investigação, educação e gestão, que poderão sustentar a intervenção do EESM, visando os ganhos em esperança e em saúde das pessoas cuidadas.

O desenvolvimento da investigação relativa à esperança no contexto da saúde mental constituiu-se relevante para a aquisição de novos conhecimentos, fundamentais para o desenvolvimento científico da profissão. Salientamos a aquisição de competências no domínio das metodologias de investigação aplicada, o que contribuiu para gerar conhecimento a partir dos contextos cuidativos, analisá-lo e então incorporá-lo no desenvolvimento da prática clínica especializada.

4.1. A ESPERANÇA NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

LA ESPERANZA EN LA SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

HOPE IN MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

RESUMO

CONTEXTO: A esperança é um determinante importante da saúde mental, reconhecida por prevenir depressão e dos comportamentos suicidários e ajudar no processo de recuperação da doença mental. O conhecimento sobre a esperança na saúde mental está suportado em revisões da literatura até 2006, desconhece-se o estado da arte em relação à esperança desde então.

OBJETIVO (S): Conhecer o papel da esperança na SM das pessoas e os determinantes associados, através da análise da literatura publicada entre 2006 e 2014.

METODOLOGIA: Revisão integrativa da literatura usando como descritores esperança e saúde mental em diferentes bases de dados eletrónicas nacionais e

internacionais. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2006-2014, segundo critérios de seleção previamente definidos.

RESULTADOS: Após aplicação dos critérios de seleção, inclusão e exclusão dos artigos foram encontradas 26 publicações, na sua maioria anglo-saxónicas com populações heterogéneas, utilizando vários métodos de investigação. A esperança tem uma influência positiva na saúde mental das pessoas, no aumento do conforto e da qualidade de vida e na redução da depressão e suicídio, da predisposição para a dependência, e da exaustão familiar. Identificaram-se relações entre os determinantes de saúde mental e a esperança, fatores influenciadores e os contextos para a utilização da esperança.

CONCLUSÕES: Os estudos reforçam o efeito positivo da esperança na saúde mental das pessoas. A literatura fornece evidência que identifica fatores potenciadores e suporta o desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança em saúde mental, apontando para o uso intencional da esperança em diversos contextos.

Palavras-Chave: Esperança; Saúde Mental; Doença Mental, Revisão literatura.

RESUMEN

CONTEXTO: La esperanza es un determinante importante de la salud mental, reconocida por la prevención de la depresión y el comportamiento suicida y por ayudar en el proceso de recuperación de la enfermedad mental. El conocimiento de la esperanza en la salud mental se apoya en la revisión de la literatura hasta el año 2006, se desconociendo el estado del arte actual en relación a la esperanza.

OBJETIVO(S): Conocer el papel de la esperanza en la salud mental de las personas y los determinantes asociados, a través de revisión de la literatura publicada entre 2006 y 2014.

METODOLOGÍA: Revisión integrativa utilizando descriptores tales como la esperanza y la salud mental en las diferentes bases de datos electrónicas nacionales e internacionales. Ellos incluyeron artículos en Inglés, portugués y español, publicados entre 2006-2014, de acuerdo con los criterios de selección predefinidos.

RESULTADOS: Después de aplicar los criterios de selección, la inclusión y exclusión de los artículos se encontraron 26 publicaciones, en su mayoría anglosajones con poblaciones heterogéneas, utilizando diversos métodos de investigación. La esperanza tiene una influencia positiva en la salud mental de las personas, que aumenta la comodidad y la calidad de vida, y en la reducción de la depresión y el suicidio, de la

predisposición a la adicción y agotamiento familiar. Se identificaran determinantes de la salud mental en la esperanza, factores y contextos que influyen en el uso de la esperanza.

CONCLUSIONES: Los estudios refuerzan el efecto positivo de la esperanza en la salud mental. La literatura identifica factores potenciadores y apoya el desarrollo de estrategias que promuevan la esperanza en la salud mental, señalando el uso intencional de la esperanza en diferentes contextos.

Descriptores: Esperanza; Salud mental; Enfermedad Mental, Revisión literatura

ABSTRACT

BACKGROUND: Hope is an important determinant of mental health, recognized for preventing depression and suicidal behaviour and for the major role in recovery. Scientific knowledge regarding hope in mental health is supported by the literature review conducted in 2006. The state of the art of hope in mental health is unknown since then.

AIM: Understand the role of hope in service users' mental health and Identify mental health determinants in hope, by conducting an integrative review of the literature published between 2006 and 2014.

METHODS: Integrative literature review using Mesh terms "hope" and "mental health" in different national and international electronic data bases. We included articles in English, Portuguese and Spanish, published 2006-2014, according to pre-defined selection criteria.

RESULTS: After applying the selection, 26 publications match the criteria, mostly Anglo-Saxon, with heterogeneous populations and using different research methods. Hope has a positive influence on people's mental health, increasing comfort and quality of life, reducing depression and suicide, diminish the predisposition for addiction and family burnout. There are correlations between hope and determinants of mental health. Hope determinants were identified as well as the contexts for the use of hope.

CONCLUSIONS: The research studies reinforce the positive effect of hope in mental health. Literature provides evidence that identifies hope enhancing factors and supports the development of hope promoting strategies in mental health, emphasizing the intentional use of hope in different contexts.

Keywords: Hope; Mental Health; Mental Disorders; Review Literature

4.1.1. Introdução

A esperança é um determinante importante da saúde mental (SM), reconhecida pela sua importância no processo de recovery, na abordagem da prevenção da depressão e dos comportamentos suicidários, reconhecida por ajudar no processo de recuperação da doença mental (WHO, 2010). Na perspectiva de Jones (2007), a esperança realista e relevante pode constituir um potente agente terapêutico em tempo de dificuldades para as pessoas que enfrentam uma situação de crise / doença mental e as suas famílias. O papel da esperança na SM e a sua importância para a Enfermagem de saúde mental foi alvo de revisão da literatura entre 1980 e 2005, realizada por Kohen e Cutcliffe (2007). Importa conhecer qual o estado da arte relativamente à temática da esperança, pelo que se decidiu realizar nova revisão, agora no horizonte temporal de 2006 a 2014.

4.1.2. Metodologia

Para responder ao objetivo geral deste estudo optou-se pelo método de revisão integrativa da literatura (RIL) por ser um método de investigação que permite a incorporação das evidências na prática clínica, suportando a tomada de decisão na metodologia de análise da investigação relevante, com vista à melhoria da prática clínica (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Com a finalidade de reunir e sintetizar os resultados da investigação sobre a esperança na SM, caracterizando o estado do conhecimento e identificar lacunas que precisam de ser colmatadas, cumpriram-se as 6 etapas sequenciais da metodologia: definição da questão de investigação, seleção da amostra, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento (Mendes et al., 2008).

A partir da questão norteadora da revisão: Qual é o papel da esperança na SM das pessoas? Outras questões de investigação surgiram: Q1 - Quais são os efeitos da esperança na SM das pessoas? Q2 - Qual é a relação entre os determinantes de SM e esperança? Q3 - Quais são os fatores que influenciam a esperança? Q4 - Quais são as situações em que a esperança é significativa?

Na seleção da amostra optámos pela pesquisa em bases de dados eletrónicas. No motor de busca EBSCO seleccionámos as bases CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Review. Pesquisámos ainda as bases ISI e ProQuest com

recurso à b-on, o RCAAAP e a SCIELO com recurso ao Google. Utilizámos com palavras-chave Hope e mental health, com recurso ao operador booleano AND, no horizonte temporal de 2006 a 2014, tendo identificado 120 artigos. Definimos como critérios de inclusão: artigos indexados, publicados em inglês, português e espanhol, texto completo disponível. Excluimos os estudos que não possuíam resumo, que se referiam à esperança média de vida, ou com uma perspetiva filosófica do tema. Estabeleceu-se o protocolo PICOD na definição de critérios de seleção para a inclusão e exclusão do estudo, apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão	Nº de artigos Excluídos
Participantes	Pessoas, todas as idades	---	
Intervenções	Estratégias de promoção da esperança	Esperança de vida; medida de prognóstico Conotações não clínicas	54
Comparações	Variáveis de SM; Fatores influenciadores		
Resultados	Antecedentes; Fatores preditores, facilitadores e obstáculos à esperança	Falta de referência à esperança	12
Desenho do estudo	Qualitativo, quantitativo, triangulação, RSL, metasíntese, metanálise		
Acesso ao estudo	Texto integral	Resumo; repetições, estudos em curso	24
Língua do estudo	Inglês, português, espanhol	Chinês	4
Nº de artigos selecionados = 26			

Após a aplicação dos critérios de seleção, realizámos a leitura completa de todos os artigos. Os dados foram extraídos com recurso a tabelas com referência ao ano do estudo, sujeitos, metodologia, amostra, variáveis, métodos de análise, conceitos relacionados e resultados, que facilitaram a categorização das evidências e resposta às questões de investigação.

4.1.3. Resultados

Tal como é possível observar na tabela 2 os estudos selecionados são maioritariamente de países de língua inglesa (69,2%) sendo prevalentes os norte americanos (34,6%), a maioria publicados nos últimos 4 anos. As populações são diversas, as amostras heterogéneas, e foram utilizadas diversas metodologias. Salienta-se que metade dos estudos (50%) foi realizada em utentes com doença mental, com prevalência do contexto comunitário. A grande maioria teve como alvo a população adulta (92,3%),

utilizadores do serviço de saúde (69,2%), não havendo reporte de estudos em crianças com idades inferiores a 13 anos.

Tabela 2 – Caracterização dos estudos

Caracterização dos estudos n=26			Nº	%
Ano	2007		4	15,38
	2009		1	3,84
	2010		4	15,38
	2011		1	3,84
	2012		6	23,07
	2013		4	15,38
	2014		6	23,07
País	Austrália		3	11,53
	Áustria		2	7,69
	Canadá		1	3,84
	Coreia do Sul		1	3,84
	Holanda		1	3,84
	Estados Unidos América		9	34,61
	Irão		1	3,84
	Polónia		1	3,84
	Reino Unido		5	19,23
	Suécia		1	3,84
	Taiwan		1	3,84
Sujeitos do estudo / Contexto	Utentes adultos com diagnóstico doença psiquiátrica	Internamento	5	19,23
		Comunidade	7	26,92
		Hospital Dia	1	3,84
	Utentes com doença cardíaca	Internamento	2	7,69
		Comunidade	1	3,84
	Cuidadores	Doentes oncológicos	1	3,84
		Doentes mentais	2	7,69
	Profissionais na área de saúde mental	Comunidade	1	3,84
	Estudantes adultos (>18 anos)		5	19,23
	Estudantes jovens (>13>18 anos)		2	7,69
	Adolescentes		1	3,84
	População Geral		2	7,69
Metodologia / Tipo de estudo	Qualitativo	Fenomenologia	3	11,53
		<i>Grounded Theory</i>	2	7,69
		Análise temática	2	7,69
	Quantitativo	Correlacional	10	38,36
		Experimental sem grupo de controlo	1	3,84
		Experimental randomizado controlado	2	7,69
	Validação de instrumentos		3	11,53
Revisão de Literatura (RSL - 2 / Metasíntese - 1)		3	11,53	

Q1 - O efeito da esperança na saúde mental das pessoas

Os estudos quantitativos identificaram a esperança como um forte preditor da SM (mais forte do que a doença mental) (Vending, Kettler & Zajac, 2011). 15 estudos apresentaram modelos explicativos com recurso à regressão. A esperança tem um efeito mediador na ansiedade e depressão pós-operatória nos doentes cardíacos, contrabalançando a influência indesejada do coping maladaptativo (Ai, Pargament, Appel & Kronfol, 2010). Medeia as experiências espirituais, sentido de vida e bem-estar psicológico, e prediz a satisfação com a vida (Wnuk & Marcinkowski, 2011). Este

efeito preditor do bem-estar subjetivo e protetor da SM foi ainda observado em adolescentes com baixos recursos económicos, em adultos de várias raças e culturas (Khodarahimi, 2014; Loo et al., 2014) e também nas famílias (Duggleby et al., 2014), prevenindo a exaustão familiar (Hernandez, Concepción & Yamada, 2013). Os estudos qualitativos acrescentam a importância da esperança no recovery (Eriksen; Arman, Dadidson, Sundfor & Karlsson, 2014; Hobbs & Baker, 2012) e no luto (Cutcliffe, 2006), apontando a relação com os profissionais como essencial à manifestação da esperança nestes processos.

Q2 - A relação entre a esperança e os determinantes de saúde mental

Os determinantes de SM são fatores que podem constituir causas ou consequências de problemas, ou mesmo atuar como protetores da SM, categorizados em domínios (Lethinen, 2008). O quadro 2 resume as correlações entre os determinantes de SM e a esperança, patentes nos estudos de regressão analisados. Saliem-se as relações positivas entre a esperança e os determinantes de SM positiva, prevalecendo os fatores individuais, contrapondo às relações negativas com os determinantes potenciadores de doença mental.

Quadro 2 – Relação entre a esperança e os determinantes de SM por populações estudadas

Determinantes SM Correlações com esperança		Características da amostra (Referências)	Pessoas com doença			Cuidadores			Estudantes		Vários					
			Perturbações Psicóticas (Buckley-Walker et al., 2010)	Doença mental (Simpson et al., 2014)	Adultos com doença mental (Waynor et al., 2012)	Adultos com doença cardíaca (Ai et al., 2010)	Cuidadores com doença avançada (Dziedzic et al., 2014)	Famílias de doentes com esquizofrenia (Hernandez et al., 2013)	Cuidadores de crianças com doença mental grave (Riley et al., 2009)	Profissionais de saúde mental (Salgado et al., 2010)	Adolescentes (Khodarahimi, 2014)	Estudantes universitários (Gallagher & Loney, 2013)	Estudantes (Loo et al., 2014)	População geral, estudantes, doentes com patologia mental (Unterrainer et al., 2014)	Literatura publicada até 2011 (Schrank et al., 2012)	
FATORES INDIVIDUAIS	Sentimentos e emoções	Otimismo							0		+					
		Perda /luto														
		Sentido da vida										+			+	
		Bem-estar						+				+			+	
		Crença - futuro							+							
		Gratidão											+			
		Perdão													+	
		Pena													-	
	Personalidade e competências de vida	Luta espiritual				-										
		Autoconfiança	+				+									
		Autoeficácia	+					+								+
		Autoestima														+
		Empowerment	+							+						+
		Autonomia										+				
		Resiliência						+	+							
		Adição											-			
		S. de coerência													+	
		Coping evitativo						-								
	Atividade mental/ Recovery	Autoaceitação										+				
		AutoPercepção	+									+				
		Autoconsciência	+												+	
		Mindfulness											+			
	Biológico / Doença	Conhecimento								0						
Duração																
Sintomas														-		
INTERAÇÕES SOCIAIS	Neuroticismo													-		
	Relações		+						+							
	Apoio dos pares		0													
ESTRUTURAS E RECURSOS SOCIAIS	Problemas familiares														-	
	Violência familiar															
	Exaustão familiar															
	Barreiras ao Emprego															
	Apoio dos serviços							+	+							

Legenda: + - relações positivas; - - relações negativas; 0 – Sem evidência de relação

Q3 – Fatores influenciadores da esperança

A relação interpessoal é o fator influenciador que se salienta da análise global dos estudos. No recovery, e em conjunto com o contexto social, determina a influência

sobre a esperança das pessoas doentes, em especial as relações estabelecidas com os profissionais de SM (Cutcliffe, 2006; Hobbs & Baker, 2012). Relações confiantes podem fortalecer a identidade, fornecendo oportunidade para o sentido e esperança, contribuindo para abertura a novas perspectivas e diminuindo a significância atribuída às manifestações de doença (Eriksen et al., 2014). A autoeficácia, autoconfiança, autoestima, resiliência, otimismo, sentido de coerência e *empowerment* para a gestão das situações adversas, são fatores determinantes da esperança (Gallagher & Lopez, 2013; Schrank, Bird, Rudnick & Slade, 2012). Já a presença de sintomas como ansiedade, depressão e ideação suicida são preditores da desesperança para os doentes (Utterrainer, Lewis & Fink, 2014; Wanor et al., 2012) tal como a perda e o luto o são para os cuidadores (Duggleby et al., 2014). A espiritualidade influencia positivamente a esperança em diferentes contextos, com ganhos no bem-estar e qualidade de vida (Schrank et al., 2012; Utterrainer et al., 2014; Loo et al., 2014). A musicoterapia e a expressão artística demonstraram efeitos positivos na estimulação da criatividade e na descoberta de forças/recursos, contribuindo para a esperança dos doentes, através de experiências positivas de bem-estar e prazer, desencadeando a motivação e a perspectiva de um futuro otimista, com ganhos na qualidade dos cuidados (Solli et al., 2013).

Q4- Situações em que a esperança é significativa

A esperança é particularmente significativa no recovery, dada a vulnerabilidade dos utentes e a suscetibilidade à presença dos profissionais de saúde, que são veículos para o fortalecimento da esperança, otimismo e *empowerment* através da relação interpessoal que estabelecem (Eriksen et al. 2014). Enquanto preditiva da SM, a esperança pode ser mobilizada como intervenção na prevenção da doença mental. Os estudos referem-se a intervenções pouco específicas com ganhos secundários na esperança dos doentes em contexto de recovery (Schrank et al. 2012; Simpson et al., 2014). Os achados suportam a necessidade de mais investigação relativas à utilização da esperança nas intervenções e ao suporte pelos pares e cuidadores em contexto de doença. Não obstante, a esperança pode ser transferida dos cuidadores para as pessoas doentes, sendo significativa tanto para os cuidadores informais como para os profissionais de SM (Hobbs & Baker, 2012; Riley et al., 2009). Em qualquer dos contextos, a investigação foi suportada por instrumentos de medida específicos, suficientemente similares e consistentes para avaliar a esperança e permitir comparações entre os resultados. O processo de validação e as propriedades psicométricas atestam a favor da sua utilização, salientando-se a

Integrative Hope Scale especificamente para a população com esquizofrenia (Schrank et al., 2012).

4.1.4. Discussão

A análise dos estudos selecionados permite atestar a relevância do papel da esperança na SM das pessoas. O número de estudos revela um acréscimo da investigação na área da esperança nos últimos 3 anos, comparativamente superior ao da revisão sistemática levada a cabo por Koehn e Cutcliffe (2007). As publicações revistas são dirigidas a populações com e sem doença num espectro amplo de variáveis associadas utilizando vários métodos de investigação. No entanto, na sua maioria os estudos são transversais, denotando-se a falta de evidência resultante de análises multivariadas em desenhos longitudinais. No geral foi possível identificar correlações significativas nos estudos quantitativos que corresponderam aos temas emergentes dos estudos qualitativos. Esta revisão reforça as conclusões da anterior relativamente à relevância da esperança no recovery, para os doentes, famílias e profissionais de saúde (Koehn & Cutcliffe, 2007). Em contraponto não foi possível especificar o papel da esperança relativamente a outros grupos de diagnóstico, em parte devido à escolha das palavras-chave que não se dirigiram especificamente à patologia psiquiátrica. Este estudo analisou apenas a literatura publicada e disponível em bases de dados eletrónicas, não incluindo livros, conferências ou “literatura cinzenta”, constituindo uma limitação. Ainda assim, permitiu identificar determinantes consonantes com revisões anteriores, salientando a importância dos profissionais de SM na esperança. No entanto, para estes, a esperança não determinou a melhoria das atitudes face às pessoas com doença mental grave, após um programa de formação em recovery (Salgado et al., 2010). Estes achados conduzem à necessidade de repensar as estratégias de formação dos profissionais para a capacitação para a gestão da esperança nos contextos da SM, considerando as formas como comunicam as suas esperanças sobre a recuperação dos clientes e facilitam as esperanças no recovery (Hobbs et al., 2012).

4.1.5. Conclusão

A revisão integrativa da literatura realizada (2006- 2014) sobre a esperança e a SM permitiu identificar efeitos da esperança na SM das pessoas, determinantes de SM relacionados com a esperança, fatores influenciadores da esperança e os contextos onde

esta é significativa. Os resultados realçam a esperança como protetora da SM e preventiva da doença mental. A esperança tem efeitos positivos na SM das pessoas, prevenindo a depressão nos doentes cardíacos após a cirurgia e determinando a recuperação das pessoas com doença mental após a alta hospitalar. A evidência dos estudos transversais evidencia várias relações, mas são necessários estudos longitudinais para estabelecer causalidade. Salienta-se uma relação positiva entre a esperança e os determinantes de SM positiva, com ênfase nos fatores individuais e os atributos pessoais de esperança, a qualidade das relações, espiritualidade e bem-estar. Nas pessoas com doença mental há uma correlação inversa entre a esperança e a presença de sintomas em particular ansiedade, depressão e ideação suicida. A esperança revelou-se fator de resiliência nas famílias, prevenindo a exaustão familiar nos contextos de doença mental e cancro. A análise temática dos estudos qualitativos suporta as relações evidenciadas. Salientam-se lacunas no conhecimento relativo aos modelos de esperança e às intervenções específicas desenhadas a esperança nas pessoas com problemas de SM. No entanto, foi possível identificar áreas da SM sensíveis ao efeito da esperança e estratégias promotoras de SM que podem ajudar a definir intervenções promotoras de esperança baseadas na evidência.

4.1.6. Implicações para a Prática Clínica

Os resultados obtidos parecem apontar para a importância da incorporação da esperança nas estratégias colaborativas para promoção da SM e gestão da doença mental. O estudo identifica elementos e determinantes que podem ser incluídos nas futuras intervenções especialmente desenhadas para promover a esperança: enfoque na qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas alvo de atenção e cuidado; facilitação das relações sociais e fortalecimento das redes de apoio; ajuda no fortalecimento dos atributos pessoais como a autoestima e autoeficácia através do *empowerment*; ajudar as pessoas cuidadas a assumir o controlo, a estabelecer e formular objetivos realistas; desenhar intervenções específicas de esperança, incorporando espiritualidade e bem-estar.

4.2. A ESPERANÇA EM GRUPOS TERAPÊUTICOS DE DEPRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO

4.2.1. Enquadramento e Pertinência do Estudo

A depressão é um importante problema à escala mundial, que contribui para a taxa de morbilidade global sendo uma das maiores causas de sofrimento associado à doença, associada à incapacidade e à perda de qualidade de vida. Estima-se que a depressão afeta 350 milhões de pessoas em todo o mundo e, segundo os dados do inquérito mundial para a saúde mental conduzido em 17 países, em média 1 em cada 20 pessoas referiu pelo menos um episódio de depressão durante o ano anterior (WHO, 2012).

Em Portugal os dados mais recentes relativos à saúde dos portugueses apontam para uma taxa de prevalência de 7,9%, mais frequentes nas mulheres (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

De acordo com o DSM 5, durante o episódio depressivo as pessoas apresentam frequentemente humor deprimido - sentem-se tristes, vazios e sem esperança; com acentuada diminuição do prazer ou interesse em quase todas as atividades na maior parte dos dias. Apresentam perda ou ganho de peso acentuado (sem estar de dieta) ou aumento ou diminuição de apetite, quase todos os dias, insónia ou hipersónia, agitação psicomotora ou inanição, fadiga e perda de energia, quase todos os dias, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada; capacidade de concentração diminuída ou indecisão frequente, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida ou mesmo tentativa de suicídio. Frequentemente as pessoas sentem-se tensas, inquietas, com preocupações constantes, medo de que algo terrível aconteça e sensação de perda de controlo sobre si próprios (American Psychiatric Association, 2014). No seu conjunto, os sintomas causam sofrimento significativo e prejudicam o funcionamento social e ocupacional do indivíduo e interferem no desempenho dos seus vários papéis enquanto ser humano que vive em sociedade.

Por sua vez a ICD-10, tendo em conta a gravidade dos sintomas, classifica-se a depressão em leve, moderada ou grave, com verificação da depleção do humor, capacidade alterada para experimentar o prazer, redução da energia, da atividade e diminuição da concentração com aumento de fadiga. Está sempre presente uma diminuição da autoestima e da autoconfiança assim como ideias de culpabilização ou

de falta de dignidade, pessimismo relativamente ao futuro e ideação suicida, perturbações do sono e diminuição do apetite (WHO,s.d.).

O *stress* parece estar na base do aparecimento de algumas formas de depressão e constituir-se como um dos componentes dos sintomas depressivos, devido a mudanças nos níveis de serotonina e no sistema hormonal do *stress* (Praag, 2005). Os autores relacionam a presença de *stress* com a ansiedade e depressão, que apesar serem consideradas como distintas apresentam características que se sobrepõem. O modelo tripartido da ansiedade e depressão proposto por Clark & Watson (1991) explica as características comuns à ansiedade e depressão e as que as diferenciam através de 3 fatores: Afetividade Negativa (AN) que agrupa as características pertencentes à ansiedade e depressão; reduzido afeto positivo (AP) característica da depressão; e hiperestimulação fisiológica (HF) comum na ansiedade. A AN agrupa sintomas não específicos de sofrimento geral, pertencentes à ansiedade e depressão como agitação, insónia, irritabilidade, apreensão, pânico, ruminações negativas, isolamento social, disfunção, dor crónica, fadiga, queixas gastrintestinais. O AP refere-se a sintomas de anedonia específicos de depressão como o humor deprimido, anedonia, ruminações relativas ao passado, perda de interesse, lentificação / inibição, perda/ ganho de peso. A HF inclui as manifestações de tensão somática e excitabilidade, marcadoras da ansiedade como a hipervigilância, resposta de alerta, ruminações relativas ao futuro e agorafobia, (Clark & Watson, 1991; Gusmão, 2005). Na mesma linha o modelo cognitivo de depressão de Beck permite a identificação de 3 fatores: um AN geral e indistinto, um fator de sintomas cognitivos e motivacionais específicos de depressão – anedonia, ideias de insucesso pessoal e de perda e humor depressivo, e outro de sintomas fisiológicos distintivos de ansiedade – ativação autonómica, ideias relacionadas com ameaça, tensão e angústia (Gusmão, 2005). Esta visão tripartida torna necessária a avaliação dos sintomas comuns - o *distress* geral, e os vários sintomas particulares da ansiedade e depressão (Clark & Watson, 1991).

Santos et al. (2012) referem-se a vários autores que apontam fatores de risco para comportamentos suicidários sobretudo nas pessoas com depressão: baixa de autoestima, sentimentos de desesperança, solidão, isolamento, experiências de abuso sexual, situações de sofrimento intenso e doenças graves (Santos et al., 2012 citando Lifeline Australia et al., 2010; Abreu et al., 2010; Viana et al., 2008).

Percebemos assim que a esperança é um indicador importante na avaliação, diagnóstico e intervenção na depressão, a par com a ansiedade e autoestima.

Cutcliffe e Koehn (2007) apontam a esperança como um fator crítico na sobrevivência das mulheres com depressão: a esperança emerge da atribuição de significado à experiência de viver com depressão, dependendo da dimensão relacional, isto é da presença de outra pessoa que ofereça suporte. Os estudos qualitativos realizados com mulheres deprimidas reportam a interação com profissionais de saúde como promotores de um sentimento de esperança. O papel dos profissionais de saúde também é realçado no que respeita ao reforço da esperança e redução da desesperança e dos pensamentos e sentimentos suicidários, através do counselling e da aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais.

Vimos que outra das dimensões importantes para a vivência das pessoas com perturbações depressivas é a autoestima. A classificação da Rosenberg (1989) define autoestima como a orientação positiva ou negativa de cada indivíduo relativamente a si mesmo, fazendo parte do autoconceito que por sua vez é referido como a totalidade dos pensamentos e sentimentos do indivíduo relativamente a si próprio. Envolve a autoavaliação na componente sobretudo afetiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesmo. A autoestima tem sido apontada como um fator importante no desenvolvimento e manutenção da depressão. Os índices de autoestima tendem a ser reduzidos nas pessoas com depressão, podendo distinguir-se duas formas de autoestima: a implícita, envolvendo os processos automáticos, e é um bom indicador de recovery nas pessoas com perturbação depressiva em processo de compensação; e a autoestima explícita, envolvendo os processos cognitivos, refletindo as interações sociais (Wegener et al., 2015).

Gusmão (2005) citando Bolton (2003) refere-se ao uso da psicoterapia de grupo interpessoal como muito eficaz no tratamento de depressão major subsintomática. O mesmo autor defende a abordagem múltipla de vários tipos de psicoterapia no contexto ambulatorio: Salienta o efeito terapêutico da abordagem psicodinâmica na identificação de fatores de vulnerabilidade como a privação de cuidados na infância ou traumas associados aos cuidados parentais que explicam o aparecimento de sintomas; Reforça a psicoeducação dos doentes e familiares como fundamental para garantir a adesão à terapêutica e melhorar a compreensão do impacto da doença; Aponta a força dos grupos

de auto-ajuda como reforço ao empreendedorismo dos doentes face ao controlo da doença; Aceita o recurso a terapias complementares como a acupuntura para controlo dos sintomas, e ainda salienta o papel importante do enfermeiro na avaliação, monitorização e educação das pessoas com depressão como melhoria da adesão à terapêutica e otimização dos custos associados ao consumo de antidepressivos, traduzindo-se em ganhos visíveis na saúde dessas pessoas (Gusmão, 2005).

Os grupos no geral têm sido valorizados enquanto atividade terapêutica associada ao desenvolvimento das novas políticas de saúde mental, revertendo o quadro hospitalocêntrico, numa abordagem centrada na comunidade. Neste contexto Spadini e Souza (2006) chamam a atenção para as diferentes orientações teóricas e diferentes modelos conceptuais que diversificaram a prática do trabalho com grupos na área da saúde mental. Não obstante o tipo de orientação, as autoras reforçam que os grupos podem ser utilizados para consciencializar, abordar problemas de relacionamento, favorecer o autoconhecimento, mobilizar, estimular, educar, treinar para o trabalho e para a vida em sociedade.

As sessões estruturadas do grupo auxiliam também os doentes a desenvolverem um sentido de controlo pessoal ao aprenderem técnicas para serem terapeutas de si mesmos, contribuindo para o autocuidado e para a redução do tempo de terapia (Powell et al., 2008). Nas formas mais resistentes o *counseling* em conjunto com a terapia cognitivo-comportamental provou ser mais eficaz mesmo nos casos de resistência à terapêutica medicamentosa. Neste paradigma a abordagem através do grupo terapêutico pode contribuir para a capacitação das pessoas com depressão na gestão da sua esperança e através dela, conseguir o autocontrolo dos sintomas da doença, garantindo um desempenho pessoal e social satisfatório. Esta é tanto maior quanto maior for a satisfação com o grupo, que acontece quando as pessoas acreditam que o grupo satisfaz as suas necessidades pessoais indo ao encontro dos seus objetivos na terapia; tiram satisfação das relações que estabelecem com outros membros do grupo; tiram satisfação da sua participação nas atividades do grupo; e sentem satisfação pelo orgulho de pertencer ao grupo (Yalom & Leszcz, 2006).

Modalidades mais inovadoras têm sido testadas na eficácia de controlo de sintomas e benefícios para os clientes. A utilização de grupos mistos, incluindo pessoas doentes e as pessoas significativas (familiares ou pessoas referência) mostraram ser eficazes na

facilidade da aquisição de conhecimentos, compreensão da situação bem como ganhos no desenvolvimento de competências para a gestão da doença, evidenciando ganhos na resiliência, saúde psicológica e na qualidade do ambiente de vida (Dodding, Nasel, Murphy & Howell, 2008). Outra inovação no desenvolvimento da terapia grupal refere-se à inclusão de computadores no desenvolvimento do grupo. Mitchell, Howell, Turnbull e Murphy (2005) referem-se à integração de módulos individuais de assistência à distância através do uso de computador, como complemento da terapia grupal multifocada, utilizando vários tipos de abordagens psicoterapêuticas e a terapia pela narrativa, com benefícios para os doentes e profissionais, nomeadamente na privacidade, flexibilidade, *empowerment*, variedade, fiabilidade, acessibilidade e apoio do terapeuta.

A literatura refere-se à importância de manter a esperança no futuro, que representa um fator chave na adesão ao tratamento e aos ganhos em saúde e simultaneamente aponta o sentimento de desesperança como um fator preditivo das dificuldades de saúde mental sentidas a longo prazo e consequente fracasso no atingir dos objetivos do tratamento (Spandler et al., 2007). A abordagem grupal pela sua duração pode ter um efeito positivo na medida em que se estimula a dimensão afiliativa da esperança, mas também pode tornar-se num fator de ameaça se a sua duração for percebida como um impasse no processo de *recovery*.

Elaborámos então a questão que serviu como ponto de partida para o estudo: Como é que um grupo terapêutico de depressão experiencia a esperança em contexto colaborativo?

4.2.2. Questões de Investigação e Objetivos

As questões de investigação surgiram da observação e participação como co-terapeuta na condução de grupos terapêuticos de depressão durante os ensinamentos clínicos de prática especializada em saúde mental e psiquiatria, em conjugação com a revisão da literatura publicada referente ao papel da esperança nas pessoas com depressão e à terapia grupal levada a cabo nestas condições.

A investigação teve como ponto de partida e guia constante, as seguintes **questões**:

Q1: Como é que o grupo percebe a sua esperança?

Q2: Como é experimentada a ansiedade, depressão e *stress* na vivência grupal?

Q3: Que relações se estabelecem entre os componentes de saúde mental das pessoas com depressão participantes de um grupo terapêutico?

Q4: Como é que os participantes gerem a sua esperança no contexto do grupo terapêutico?

Q5: Como desenvolver a capacitação para a gestão da esperança envolvendo o grupo no processo?

Com este estudo pretendemos conhecer a relevância da esperança para as pessoas com depressão no contexto de um grupo terapêutico.

Definimos como **objetivos específicos**:

- Caracterizar a esperança das pessoas com depressão que frequentam um grupo terapêutico;
- Avaliar o grau de ansiedade, depressão e *stress* nos participantes do grupo;
- Determinar as relações entre a esperança e os componentes da saúde mental das pessoas com depressão em grupo terapêutico
- Caracterizar os processos grupais promotores de esperança
- Propor uma abordagem promotora de esperança co-participada com o grupo terapêutico de depressão

4.2.3. Desenho do Estudo

O estudo de caso foi a metodologia escolhida para responder às questões de investigação e aos objetivos delineados. Trata-se de uma metodologia de investigação flexível, cujo objeto de estudo é um caso particular, frequentemente aplicada em contextos reais quando o fenómeno de interesse é complexo e altamente contextualizado, envolvendo múltiplas variáveis não controláveis (Yin, 2003). Através do estudo de caso o investigador pode explorar indivíduos, grupos e organizações analisando o fenómeno com recurso a múltiplas estratégias de recolha e tratamento de informação num paradigma construtivista, reconhecendo a importância da subjetividade

humana na criação de sentido mas não rejeitando a noção de objetividade na abordagem e compreensão do fenómeno em estudo (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003).

O estudo de caso é a estratégia de investigação preferencial quando o enfoque do estudo é responder a questões do tipo “*como*” e “*porquê*”; quando se tem pouco controlo sobre o comportamento dos envolvidos no estudo; quando se pretende abordar as condições do contexto, acreditando na sua relevância para o fenómeno em estudo; ou quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claros (Baxter & Jack, 2008).

Assim, o enfoque deste estudo é colocado nas questões do *como e porquê* manter a esperança, assumindo a dificuldade no controlo do comportamento dos participantes do estudo em que o fenómeno se manifesta e reconhecendo a relevância do contexto grupal no comportamento adotado pelos participantes. Por outro lado, a tomada de decisão face à gestão da esperança nas pessoas com depressão é diretamente influenciada pelo grupo terapêutico, sendo pouco claros os limites entre a ação individual e grupal na tomada de decisão dos participantes, pelo que não seria possível estudar o fenómeno desenquadrado do contexto da vida real onde ocorre.

O estudo de caso permite uma investigação onde se preservam as características holísticas e significativas dos eventos da vida real na atualidade, cuja essência é compreender os fenómenos sociais complexos, ou tentar esclarecer uma decisão ou conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com que resultados (Yin, 2003). De entre os tipos de estudo de caso definidos pelo autor, escolhemos o estudo de caso “incorporado”²². Nele existem unidades de análise (o grupo) e subunidades de análise (indivíduos que compõem o grupo) incluindo a análise das ações individuais e papéis dos diferentes atores envolvidos (Yin, 2003).

No desenho do estudo de caso único, incorporámos os cinco componentes considerados pelos autores: as questões de investigação; as proposições; as unidades de análise e a determinação das ligações e relações entre os dados, as proposições e os critérios para interpretação dos resultados (Yin, 2003; Zucker, 2009).

Na metodologia de estudo de caso a escolha de proposições permite focalizar a investigação e favorecer a objetivação da análise dos dados, bem como clarificar a posição do investigador face à problemática em estudo. As proposições assumem a

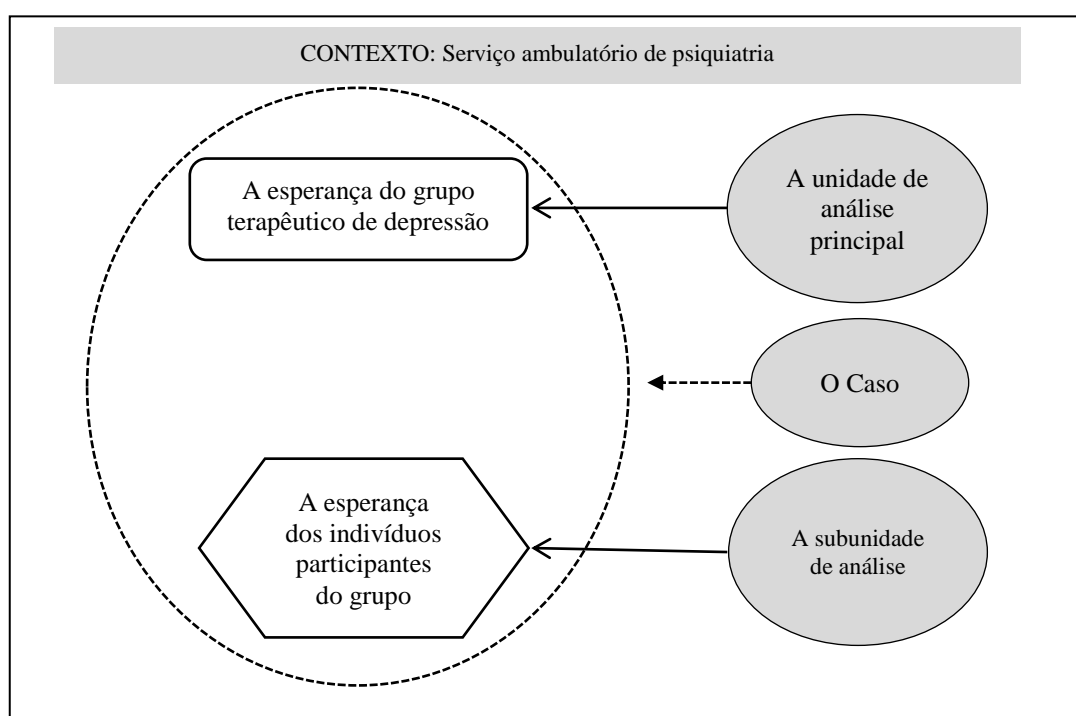
²² Tradução livre do termo inglês “*embedded*”

forma de afirmações que serão suportadas ou rejeitadas pelos resultados do estudo. Ao contrário das hipóteses, não pretendem prever os resultados do estudo, mas antes constituem uma forma do investigador expor crenças e ideias preconcebidas sobre a temática em estudo, admitindo à partida, a possibilidade de viés (Gangeness & Yurkovic, 2006). Assim, partindo das questões de investigação, enunciámos as **proposições** no sentido de delimitar a investigação para que seja exequível (Yin, 2003):

- A esperança do grupo é influenciada pela ansiedade e depressão percebida por cada elemento do grupo;
- Os fatores terapêuticos do grupo influenciam a esperança;
- A decisão de permanecer no grupo é um fator promotor de esperança.

A **unidade de análise** do presente estudo é o caso em si, isto é, o grupo, contando ainda com as unidades de análise inseridas no caso. A figura 7 ilustra o caso e as unidades de análise definidas para o presente estudo. Neste estudo de caso simples incorporado, o caso é o grupo terapêutico de depressão conduzido por um terapeuta e coterapeuta. A principal unidade de análise é a esperança do grupo terapêutico, sendo dividida na subunidade de análise da esperança individual de cada um dos membros do grupo a fim de poderem ser estabelecidas comparações (Yin, 2003).

Figura 7 – Ilustração do estudo de caso simples e as subunidades de análise



A **determinação das ligações** entre os dados é reportada sob a forma de padrões comuns, incorporando vários tipos de análise: quantitativa e qualitativa, utilizando a triangulação de métodos.

A **interpretação dos resultados** tem como sustentação a exploração das ligações entre os dados e as proposições, isto é, a correspondência dos vários tipos de informação sobre o caso com uma ou mais proposições teóricas.

4.2.4. O Contexto e os Participantes do Estudo

O presente estudo foi realizado num grupo terapêutico de depressão conduzido por um terapeuta psicólogo e um co-terapeuta enfermeiro. A abordagem inicial ao contexto e a escolha do caso decorreu da realização dos ensinamentos clínicos de prática especializada em saúde mental e psiquiatria, cujo desenvolvimento de competências envolveu a prática da condução participada de grupos terapêuticos.

À data da realização do estudo o grupo de depressão era constituído por 7 participantes, mulheres. Trata-se de um grupo semifechado em que a decisão de admissão de novos membros depende do terapeuta e é previamente comunicada ao grupo. O grupo está em funcionamento há cerca de seis anos, numa periodicidade semanal, sendo dois anos o tempo limite de permanência de cada um dos membros.

Podemos caracterizá-lo como um grupo psicoterapêutico intensivo, descrito por Yalom & Leszcz (2006) como um grupo de doentes externos heterogêneos, que se reúnem ao longo de vários meses com o objetivo de obter alívio sintomático e mudança de personalidade. No presente caso, o grupo psicoterapêutico assenta no pressuposto da existência de um núcleo patológico, persegue o objetivo compatível com a saúde mental dos participantes, em o terapeuta e o coterapeuta são agentes que participam no grupo, com um baixo grau de diretividade e sistematização. O grupo em análise neste estudo de caso teve o mesmo terapeuta de referência desde a sua formação.

As sessões grupais realizaram-se num ambiente físico reservado, isento de ruídos ou interrupções (exceção quando da chegada tardia dos participantes às sessões). A disposição das cadeiras faz-se em círculo e com frequência os membros do grupo participam na criação do *setting* terapêutico. A admissão ao grupo pressupõe o compromisso de confidencialidade, sigilo e omissão da manutenção das relações entre

os seus membros no período que medeia as sessões e fora delas. A duração das sessões foi de 90 minutos cada uma.

A maioria dos elementos (71,4%) frequentam as reuniões semanais há pelo menos 28 meses, e 3 das participantes encontram-se no grupo desde o seu início.

4.2.5. Instrumentos de recolha de informação

Os estudos de caso permitem a incorporação de várias fontes de evidência com vista à criação de uma observação do fenómeno rica e compreensiva, o mais próximo da realidade possível (Gangeness & Yurkovich, 2006; Yin, 2003). Yin (2003) identifica seis tipos diferentes de fontes de evidência, que se complementam, sendo recomendável que um estudo de caso utilize o máximo de fontes possíveis. As fontes de evidência referidas pelo autor e as estratégias para a sua utilização no presente estudo estão resumidas no quadro 3.

Quadro 3 – Fontes de evidência utilizadas no estudo de caso

Tipos de Fontes de Informação	Estratégias Utilizadas
Documentação	Processos clínicos
Registos em Arquivo	Registos individuais e de grupo
Entrevistas / Questionários	Escala de Esperança de Herth; Escala de autoestima de Rosenberg; Escala de Ansiedade e Depressão EADS-21
Observação Direta	Registo da observação das interações estabelecidas na sala de espera antes das sessões grupais e após as sessões
Observação Participante	Registo das sessões grupais imediatamente após as mesmas

Os dados sociodemográficos, familiares e clínicos foram obtidos através dos processos clínicos. Foram aplicados os questionários de avaliação de esperança, autoestima, ansiedade, depressão e *stress* constantes no Anexo VII.

A **escala de Esperança de Herth** para situações crónicas foi validada para a população portuguesa por Querido (2013) resultando na HHI-DC-PT, que demonstrou boa consistência interna com um alfa de Cronbach (α) de 0,844. Trata-se de um instrumento utilizado mundialmente em diversas populações, reconhecida por ser especialmente adequada para utilizar em doentes mentais no seu processo de *recovery* (Van Gestel-Timmermans, Brouwers, Herth & Van Nieuwenhuizen, 2010), contemplando as dimensões da esperança do modelo de Dufault e Martocchio (1995). É uma escala

ordinal tipo Likert composta por 10 itens, orientados numa perspectiva positiva com a exceção do item 3, que se apresenta revertido, com 4 opções de resposta, pontuando de 1 - Discordo totalmente, a 4 – Concordo totalmente. A resposta a cada enunciado é dada sublinhando como a pessoa se considera no preciso momento em que responde, facilitando a medição da esperança em vários intervalos e cuja sensibilidade permite capturar as alterações nos seus níveis em curtos períodos de tempo (Herth, 1992). A pontuação da escala varia entre 10 e 40, sendo que um maior score correspondente a um maior nível de esperança. A HHI-PT-DC é composta por dois fatores:

- **Fator 1** - Temporalidade, confiança e interligação é composto por seis itens (1,5,8,9,11,12) que avaliam as dimensões: temporal, afiliativa e contextual da esperança. Exemplos da representação de cada dimensão são respetivamente: “Acredito que cada dia tem potencial”, “Tenho uma fé que me dá conforto” e “Sinto que a minha vida tem valor e mérito”;

- **Fator 2** - Disposição interior positiva e expectativas, composto por quatro itens (2,3,4,10) que avaliam a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental da esperança (Dufault & Martocchio, 1985; Herth, 1991, 1992), representadas respetivamente pelas asserções: “Tenho objetivos a curto, médio e /ou a longo prazo”, “Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades” e “A minha vida tem um rumo”.

A Escala de Autoestima de Rosenberg é a versão portuguesa da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), 1965, validada para a realidade portuguesa por Santos & Maia (2003) e revalidada por adaptada por Pechorro, Marôco, Poiares e Vieira (2011) é composta por 10 itens com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo (5 formulados positivamente que pontuam a autoconfiança – 1,3,4,7,10 e 5 formulados negativamente que pontuam a autodepreciação – 2,5,6,8,9). A cada item corresponde uma escala tipo Lickert com as seguintes opções de resposta: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Concordo e (4) Concordo totalmente. É pedido ao sujeito que selecione a resposta que melhor o caracteriza em cada item. Após a realização das inversões dos itens a soma das pontuações determinará a autoestima, numa variação entre 10 e 40. Quanto maior a pontuação obtida maior a autoestima. Os vários estudos de validação para português são unânimes em classificar a escala como unidimensional de um só constructo tal como o instrumento original (Hutz & Zanon, 2011; Pechorro et al., 2011; Santos & Maia, 2003) revelando boa consistência interna com um alfa de Cronbach (α) de 0,860.

A **Escala Ansiedade, Depressão e Stress** (EADS – 21) foi adaptada e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2004) e validada no contexto do ambulatório psiquiátrico por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006) a partir da DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale) de Lovibond e Lovibond (1995). Trata-se de um conjunto de 3 subescalas do tipo Likert, de 4 pontos de autorresposta. Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e *stress* (Apóstolo et al., 2006). Pede-se à pessoa que indique o quanto cada afirmação da escala se aplicou a si durante a última semana. As possibilidades de resposta são organizadas numa escala de gravidade ou frequência de 0 a 3 pontos, sendo o resultado obtido pelo somatório das respostas os indicadores relativos a cada uma das subescalas, variando entre 0 e 21.

Os autores originais das escalas caracterizam-na do seguinte modo (Apóstolo et al., 2006; Pais-Ribeiro et al., 2004):

- A depressão expressa a perda de autoestima e de motivação está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A subescala depressão avalia sintomas como a anedonia (item 3), disforia (item 13), inércia (item 5), falta de interesse/envolvimento (item 16); autodepreciação (item 17); desvalorização da vida (item 21) e desânimo (item 10);
- A ansiedade evidencia as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. A subescala avalia a excitação do sistema nervoso autónomo (itens 2,4 e 19); efeitos musculo-esqueléticos (item 7); ansiedade situacional (item 9) e experiência subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20);
- O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. A subescala de *stress* avalia dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); excitação nervosa (item 8); fácil perturbação/ agitação (item 18); irritabilidade/reacção exagerada (itens 6 e 11) e impaciência (item 14).

Apesar da diferença da análise fatorial das duas versões portuguesas, é consensual a utilização da estrutura em três fatores para efeitos de avaliação clínica (Apóstolo et al., 2006). Assim sendo, assumimos neste estudo a utilização da EADS na sua versão de 3 fatores (Pais-Ribeiro et al., 2004) com 7 itens por fator, apresentando bons valores de consistência interna, medidos pelo alfa de Cronbach (α) nomeadamente: Depressão $\alpha=0,83$; Ansiedade $\alpha=0,74$ e Stress $\alpha=0,81$.

Genograma de Esperança – Instrumento desenvolvido por Charepe, Figueiredo, Vieira e Neto (2011) a partir do genograma e ecomapa enquanto instrumentos de avaliação dos vínculos e padrões de interação da família. O genograma de esperança permite identificar os recursos de esperança das pessoas com doença crônica e os fatores que influenciam a esperança nos grupos. Através desse instrumento é possível identificar os padrões de interação em esperança, os atributos pessoais dos seus membros, a base espiritual, as memórias moralizantes, possibilitando uma reflexão acerca da rede familiar como força de resiliência e *empowerment*. As relações de esperança avaliadas através do genograma incluem: Relações promotoras de esperança - Quem no momento atual lhe transmite esperança e em que situação (relação muito forte na partilha, encorajamento e apoio emocional); Relação com antecedentes de esperança – Quem no passado lhe transmitiu esperança e em que situação (relação forte na partilha, encorajamento e apoio emocional); Relação de ameaça à esperança – Quem no momento atual identifica como uma ameaça à manutenção da sua esperança (relação unida e conflituosa na partilha, encorajamento/abandono e isolamento). É atribuída uma codificação específica aos atributos pessoais (coragem e serenidade, força e energia, carinho, orientação para o futuro - estabelecimento e cumprimento de metas, e otimismo), memórias moralizantes (experiências ou vivências relacionadas com recordações positivas) e a base espiritual (crenças e práticas espirituais e religiosas) presentes nos membros que constituem determinada família. (Charepe et al.; 2011).

4.2.6. Procedimentos formais e éticos

Na sequência do desenho do estudo foram solicitadas as autorizações aos autores dos instrumentos de avaliação bem como ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde se realizou o estudo.

Foi então realizada uma sessão grupal para a apresentação do estudo ao grupo terapêutico de depressão, com explicitação dos objetivos, métodos de recolha de informação e participação esperada dos sujeitos envolvidos no estudo.

Foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos, ficando salvaguardado que os mesmos só são divulgados de forma coletiva (nenhum dado será divulgado individualmente), quer na instituição onde foram recolhidos, quer em relação a

terceiros. Salvaguardámos a possibilidade de recusa na participação no preenchimento dos questionários, nas entrevistas, ou desistência da sua participação em qualquer parte do processo. A participação no estudo foi atestada com a assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice VII).

Na fase de implementação do protocolo de investigação, assumimos possuir as competências necessárias para o desempenho do papel de investigador num estudo de caso (Yin, 2003), nomeadamente:

- Capacidade de fazer boas perguntas e interpretar as respostas;
- Ser um “bom ouvinte” e não se deixar enganar pelas suas próprias ideologias e preconceitos;
- Ser capaz de se adaptar e ser flexível, encarando as dificuldades e obstáculos decorrentes do processo, como oportunidades e não como ameaças;
- Ter uma noção clara das questões em estudo, mesmo que seja uma orientação teórica ou política, ou que o trabalho tenha um cariz exploratório;
- Ser imparcial em relação a noções preconcebidas, incluindo as que originam uma teoria, de modo a ser sensível e atenta à evidência contraditória.

A recolha de informação seguiu-se em diferentes fases do processo e à medida que decorreram as sessões. O preenchimento dos instrumentos pelos participantes fez-se sempre na presença do investigador para efeitos de suporte ao esclarecimento de dúvidas no entendimento das questões, garantindo neste processo a neutralidade de modo a não influenciar a tendência da resposta.

As sessões grupais foram transcritas e o verbatim transcrito foi alvo da análise pelo terapeuta do grupo em conjunto com o investigador. A opção de gravação das sessões foi abandonada por não ter o consentimento de todas as participantes do grupo. Assim e imediatamente após o final de cada sessão foi realizado o registo de cada sessão com base nas observações, descrevendo o verbatim tão exatamente quanto possível recorrendo à memória do investigador e do terapeuta do grupo.

No final de cada sessão foram ainda registadas as impressões do investigador e do terapeuta a fim de controlar o viés aquando da análise do verbatim.

4.2.7. Análise e Tratamento da Informação

Para a análise e tratamento da informação recorreremos à triangulação de métodos e de fontes pelo que recorreremos a diferentes tipos de tratamento consoante a tipologia das fontes utilizadas.

Os dados quantitativos resultantes das respostas aos questionários foram sujeitos a tratamento informático com recurso ao Programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20. Na análise das correlações, devido ao reduzido número de participantes e à não verificação da normalidade da distribuição amostral utilizámos testes estatísticos não-paramétricos, nomeadamente o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Os dados qualitativos como notas do investigador, relatos de sessão e registos observacionais foram sujeitos a análise de conteúdo segundo a técnica de Bardin (2009).

4.2.8. Apresentação e Análise dos Resultados

Para a apresentação dos resultados optámos pela descrição dos mesmos na resposta às questões de investigação colocadas e atendendo às proposições levantadas.

A descrição inclui por isso a análise dos dados quantitativos e qualitativos, integrados para melhor compreensão do fenómeno. A referência aos excertos das reuniões formais e informais do grupo são apresentadas com recurso a nomes falsos de modo a não ser possível a identificação dos sujeitos e simultaneamente realçar a veracidade aos dados, conferindo um nome aos participantes, dando-lhe assim uma identidade.

Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

A média de idades das sete participantes, todas do sexo feminino é de 59,14 anos (DP=8,952), distribuídas entre 47 e 74 anos. À exceção de uma, as restantes participantes vivem acompanhadas por um ou mais familiares (filhos ou marido/companheiro).

Os elementos do grupo são na sua maioria casadas com relacionamentos difíceis e pouco gratificantes: Os relacionamentos familiares são pautados pela complexidade e por conflitos conjugais com episódios de “traição conjugal”; Os relacionamentos com

os filhos são fracos e distantes na maioria dos membros, e fusionais nos restantes. A história familiar revela relações instáveis em todas as participantes, há evidência de perdas e luto não resolvido em cinco das situações e separações conjugais com litígio entre os conjuges.

Todas as mulheres têm diagnóstico de depressão *major*. Há história comum de episódios de tristeza profunda e tentativas de suicídio de todos os seus membros, alguns mantiveram a vontade durante muito tempo, embora não a refiram no presente. Verificam-se comportamentos autodestrutivos de um dos membros com relatos de automutilação com o uso de agulhas e facas nas mãos e nos braços. Há história de suicídio familiar em duas das participantes (mãe e marido), não compreendido por estas resultando em sentimentos de revolta e frustração.

Nos registos clínicos das participantes evidenciam-se queixas de sintomas físicos como cefaleias, insónias e dor crónica. Em três das situações há registo de diagnósticos associados de doença osteoarticular e displasia do cólon. As queixas de sintomas psicológicos incidem na irritabilidade, humor depressivo e instável, na sua maioria com tristeza crónica e labilidade emocional em duas das situações.

Como é percebida a esperança no Grupo Terapêutico de Depressão?

Para responder ao primeiro objetivo do estudo e à questão de investigação Como é que o grupo terapêutico percebe a Esperança, optámos pela análise das respostas à Escala de Esperança de Herth – HHI_DC_PT (Tabela 3), trianguladas com a análise de conteúdo das sessões grupais e com o genograma de esperança.

A média da HHI-PT-DC da amostra foi de 26,81 (DP=2,298), oscilando entre 22,50 e 29, indicando baixos a moderados níveis de esperança.

A média mais elevada foi obtida no item que avalia a capacidade de interligação com os outros (M=3,29; DP=0,488). A menor média correspondeu à presença de um rumo na vida que pertence à subescala disposição interior positiva e expectativas, que avalia a dimensão cognitiva e comportamental da esperança (M=1,67; DP=0,841).

Os itens com índices mais elevados e simultaneamente com valores mínimos mais altos são respeitantes à dimensão relacional e afiliativa da esperança, nomeadamente no item 5, relativo à expressão de fé (no sentido de acreditar em algo) (M=3,143; DP=0,378;

Min=3; Max=4) e na afirmação da capacidade de trocar afetos nos relacionamentos – item 9 (M=3,286; DP=0,488).

O fator 1 – Temporalidade, confiança e interligação, apresentou melhor média, indicando que as participantes do grupo estão mais esperanças na dimensão temporal, afiliativa e contextual. De realçar que estas médias (M= 2,85; DP=0,265) são superiores às obtidas na totalidade do instrumento (M=2,68; DP=0,229) (Tabela 3).

Tabela 3 – Estatística descritiva resultante da aplicação da HHI-PT-DC (n=7)

Nº item	Conteúdo do item	M	DP	Min	Max
1	<i>Tenho uma atitude positiva perante a vida</i>	2,571	0,975	1	4
2	<i>Tenho objetivos a curto, médio e /ou a longo prazo</i>	2,429	0,534	2	4
3	<i>Sinto-me completamente só*</i>	3,143	1,069	2	4
4	<i>Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades</i>	2,500	0,763	1	4
5	<i>Tenho uma fé que me dá conforto</i>	3,143	0,378	3	4
8	<i>Tenho uma profunda força interior</i>	2,857	1,069	1	4
9	<i>Sou capaz de dar e receber carinho/amor</i>	3,286	0,488	3	4
10	<i>A minha vida tem um rumo</i>	1,667	0,471	1	2
11	<i>Acredito que cada dia tem potencial</i>	2,500	0,500	2	3
12	<i>Sinto que a minha vida tem valor e mérito</i>	2,714	0,756	2	4
Fator 1	<i>Temporalidade, confiança e interligação</i>	2,845	0,265	2,42	3,17
Fator 2	<i>Disposição interior positiva e expectativas</i>	1,623	0,231	1,33	2
Total	<i>HHI-PT-DC</i>	2,681	0,229	2,25	2,90
Score Total HHI-PT-DC		26,809	2,298	22,50	29

* Item invertido

Estes resultados apontam para uma esperança assente nas experiências positivas do passado com uma forte componente afiliativa. Os laços estabelecidos com os descendentes diretos (filhos e netos) são determinantes para a expressão de afetividade dos participantes que consideram ser “capazes de dar e receber carinho e amor”. Nos relatos das sessões grupais pode registar expressões como “*os meus filhos são a minha razão para viver (Joaquina)*”. As relações positivas e os laços fortes estabelecidos com a família parecem apresentar-se como um fator de resiliência, e funcionar como protetoras da saúde mental na medida, servindo como contenção à ideação suicida. A este respeito, uma das participantes referiu “*...Se não fosse pelas minhas netas, não aguentava isto e já tinha posto um fim...(Maria)*”. As relações expressas nos

genograma revelam relações fortes promotoras de esperança com expressão de coragem, carinho e energia positiva para enfrentar o futuro.

Por outro lado, verifica-se nos participantes do grupo a existência de relações conjugais ameaçadoras de esperança, também marcadas pelo estigma face à doença mental “(...) *o que me vale é vir ao grupo todas as semanas, só se de todo não puder(...). O meu marido já me perguntou o que é que eu venho fazer ao grupo dos maluquinhos (...), mas eu não lhe dou conversa como ele quer*” (Julia); “*O meu também diz que não sabe o que é que um bando de maluquinhas faz todas as semanas...*” (Idália)

A dimensão afiliativa avaliada neste fator realça as relações estabelecidas no seio do grupo, em particular as estabelecidas com a terapeuta do grupo e com as colegas, constituindo-se como um reforço dos atributos pessoais de esperança como a coragem, o carinho e a energia positiva. Dos relatos realçamos expressões como “*Eu só de pensar na doutora... dá-me força e coragem para vir, gosto muito...sinto-me muito bem*” (Ana); “*Hoje cheguei um pouco atrasada mas não perdia o grupo por nada...preciso de desabafar para ganhar coragem*” (Júlia); “*se não for aqui não tenho ninguém que me dê atenção, que seja carinhoso comigo*” (Tânia)

Dos relatos dos participantes durante as sessões emergiram memórias negativas do passado, associadas às vivências de relações conturbadas de isolamento e privação de afetos positivos durante o processo de crescimento das participantes, que comprometem a sua visão de esperança no presente. A este respeito foram partilhadas em grupo experiências de maus tratos ocorridos no seio das relações com as mães e com os pais:

“*Eu agora tomo conta da minha mãe, mas ela nunca foi boa para mim, nunca me deu nada, nem um carinho, nem um abraço ...queria era beber nas tabernas todo o dia e não queria saber dos filhos*”(Maria).;

“*Já eu apanhei muito no lugar da minha mãe. Apanhei dela e do meu pai. Ele também bebia muito e quando chegava a casa apanhava-me por onde podia...às vezes ficava toda negra e cheia de sangue e a minha mãe, muito má, ficava a ver sem dizer nada...*” (Vera);

“*Eu penso que a mãe dela é parecida com a minha. A minha queimava-me com um ferro em brasa, ainda tenho marcas nas costas... nunca foi mãe, nunca me protegeu. O meu pai batia-me mas a minha mãe é que mandava...houve uma vez que me iam matando, puseram-me 5 meses no hospital. A polícia foi-me buscar a casa, estava toda*

ferida, cheia de sangue, toda nua. tinha o corpo cheio de buracos (...) na altura podia ter feito queixa, mas não fiz... fiquei calada muito tempo... ”(Idália);

“A minha mãe também me batia com uma corda. Mas ela nunca foi boa mãe, a minha avó é que era a minha mãe. (Irene).

As expressões e relatos das situações de memórias ameaçadoras da esperança parecem acontecer no ambiente do grupo enquanto contexto favorável à expressão de sentimentos e emoções e onde a esperança acontece na partilha: *“Não é fácil falar disto, eu estou a falar no grupo, porque o grupo me ajudou a suportar” (Irene) “só o consigo dizer, porque estou no grupo (Irene)”;* *“Eu também só consegui dizer no grupo e não foi logo...mas agora sinto-me acarinhada”(Idália).* As respostas obtidas no item 3 que considera o estar só, parecem ter sido suportadas na experiência de vivência grupal. No decorrer da sessão as participantes do grupo mostraram sentimentos de aceitação e valorização do sofrimento do outro e simultaneamente a relativização do sofrimento próprio: *“Coitada... isso não se faz a ninguém...” (Ana); “E eu que pensava que sofria muito, afinal há quem tenha um sofrimento maior do que o meu.”(Júlia).*

A presença de situações traumáticas na infância podem ter influência na capacidade das participantes perceberem o futuro, terem um rumo para a sua vida e definirem objetivos a curto, médio e a longo prazo, ou mesmo a verem portas de saída da situação, o que reforça os baixos índices de esperança obtidos no fator 2 da HHI-DC-PT.

A dificuldade em assumir um rumo na vida foi algumas vezes expressa durante o grupo e muitas vezes foi tema da conversa nos momentos de reunião informal no corredor antes da sessão terapêutica: *“a minha vida anda ao sabor dos outros...às vezes nem sei o que ando práqui a fazer..., mais valia acabar com tudo!” (Ana); “Às vezes nem sei o que quero e muito menos o que me apetece...Já não me apetece nada e anda-se ao sabor do vento e seja o que Deus quiser.” (Júlia).*

Em contraste com estas asserções, as participantes utilizaram o contexto do grupo terapêutico para a expressão de sonhos e desejos para o futuro, ainda que de uma forma incipiente e nem sempre partilhada por todos. A par com algumas expressões de desvalorização própria, emergem das interações as componentes de esperança generalizada e mesmo de esperança particularizada na sua dimensão comportamental, evidenciando a capacidade de expressar e explorar desejos, objetivos e a capacidade de

explorar soluções. Este fenómeno pode ser observado no excerto transcrito de uma das reuniões do grupo:

“Terapeuta – Em que está a pensar Luísa?

Luísa – Se ganhasse o euromilhoes, já não estava aqui!

Terapeuta – O que fazia?

Luísa – Pagava a casa, a da filha, do cunhado. E guardava um bocado para viajar.

Antónia – Eu ajudava os filhos, a neta e dava para a liga contrs o cancro.

Irene – Eu ajudava as netas.

Elsa – Eu ajudava os filhos e...

Terapeuta – E para si?

Elsa - Para nós já não interessa...

Irene – Eu ia apanhar pera.

Luísa – E então viajar?

Irene – Eu já viajei muito, até por sítios que não devia...

Luísa – Eu ia viajar

Irene - Mas pensando bem gostava de ir a Itália, mas se calhar já não vou.

Júlia – O que eu queria era coisas simples. Hoje mesmo agarrava nas minhas coisinhas e dizia para ele ‘fica aqui que eu vou à minha vida’. Isso é que era!

Irene – E ia para Itália. Pensando bem, também vão de autocarro... Sempre é uma solução. (...)”

Observámos ainda o poder do grupo no reconhecimento das capacidades de resiliência dos seus participantes e do reconhecimento e valorização de outros atributos de esperança dos seus membros, como a coragem para suportar a adversidade e a mobilização da espiritualidade na capacidade de perdoar: *“Eu sofri muito..., mas eu perdoei o meu pai. Ele pediu-me desculpa e eu perdoei. Mas a minha mãe nunca me pediu desculpa. E eu calei-me durante toda a vida...”*(Idália).

Como é experimentada a depressão; ansiedade e stress no grupo terapêutico?

Os índices de depressão, ansiedade e *stress* foram avaliados com recurso à EADS – 21, cuja estatística descritiva relativa ao início do estudo se apresenta na tabela 4.

Em média os participantes apresentaram níveis moderados de *stress* (M=14,21; DP=5,703) depressão (M=13,51; DP=5,842) e ansiedade (M=12,95; DP=5,208).

Salienta-se que os valores mais altos da escala (superiores a 2), correspondentes a uma maior frequência e gravidade dos sintomas foram assinalados na escala da ansiedade –

excitação do sistema nervoso autónomo, relativamente à presença de boca seca (M=2,714; DP=0,755), sendo também nesta escala e nesta categoria de sintomas que se verificou a média mais baixa da EADS-21: dificuldade em respirar (M=1,286; DP=1,112). Este aparente paradoxo pode ser explicado pela especificidade do item 2, uma vez que todas as participantes do grupo se encontravam medicadas com antidepressivos da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina, cujos efeitos secundários mais frequentemente reportados incluem a sensação de boca seca (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. – INFARMED, s.d.). A média obtida nos itens que compõem a avaliação da excitação do sistema nervoso autónomo corrobora esta interpretação dos resultados uma vez que é inferior a 2 (M=1,690; DP=1,270).

Para além deste item, os outros sintomas referidos com maior frequência e gravidade (superior a 2) pertencem à subescala do *stress*. O item mais cotado é a excitação nervosa (M=2,333; DP=1,105), seguido da irritabilidade e reação exagerada (M=2,142; DP=0,852) e da dificuldade em relaxar (M=2,083; DP=0,877).

Na escala da depressão os participantes também identificaram sintomas de autodepreciação (M=2,167; DP=1,067), inércia (M=2,143; DP=1,069) e desvalorização da vida (M=2,00; DP=1,154) como os mais frequentes.

Tabela 4 – Estatística descritiva resultante da aplicação da EADS-21 (n=7)

Nº item	SUBESCALA	CONTEÚDO DO ITEM	M	DP	Min	Max
3	DEPRESSÃO	Anedonia	1,800	0,894	0	3
5		Inércia	2,143	1,069	0	3
10		Desânimo	1,714	1,112	0	3
13		Disforia	1,833	1,213	0	3
16		Falta de Interesse	1,857	1,463	0	3
17		Autodepreciação	2,167	1,067	0	3
21		Desvalorização da vida	2,000	1,154	0	3
Score total Depressão			13,514	5,842	2	19,8
2	ANSIEDADE	Excitação do Sistema Nervoso Autônomo	2,714	0,755	1	3
4			1,286	1,112	0	3
19		1,571	1,133	0	3	
7		Efeitos Músculo-esqueléticos	2,000	1,154	0	3
9		Ansiedade Situacional	2,000	1,414	0	3
15		Experiências Subjetivas	1,667	1,374	0	3
20			1,714	1,380	0	3
Score total Ansiedade			12,952	5,208	6	20
1	STRESS	Dificuldade em Relaxar	2,000	1,000	1	3
12			2,167	0,897	1	3
8		Excitação Nervosa	2,333	1,105	0	3
18		Perturbação Fácil / Agitação	1,714	1,380	0	3
6		Irritabilidade / Reação exagerada	2,000	0,816	1	3
11		Impaciência	2,286	1,253	0	3
14			1,714	1,253	0	3
Score total Stress			14,214	5,703	4	21

Da análise das interações do grupo é possível complementar os dados obtidos pelas respostas aos questionários dando-lhe maior detalhe.

No que respeita à expressão dos sintomas de depressão no seio do grupo, é frequente durante as sessões a expressão de sentimentos de depreciação associados ao relato de episódios de atividades de vida familiar e social. A tónica do discurso é a constatação da inferioridade assumida nas relações familiares e sociais e submissão da própria vontade à vontade dos outros. Este tipo de comportamento é acompanhado de manifestações de inércia e dificuldade em alterar o estado das coisas, sendo evidente a dependência de outros e falta de iniciativa na procura de novas soluções, evidenciando um *locus* de controlo externo, como ilustra o diálogo estabelecido numa das sessões:

“ (Júlia)- *Toda a gente lá em casa abusa de mim, sou pau para toda a obra, mas na hora da verdade, não sirvo para nada e a minha vontade não conta... Andam-me a*

*prometer ir a Fátima...há cinco anos que ando a pedir para me levarem a Fátima!
Toda a gente promete mas ninguém cumpre.*

(Irene)- Mas há viagens por aí!

(Júlia)- Mas tanta gente a prometer, alguém podia fazer alguma coisa. Somos nós para tudo, quando chega a nós...

(Idália) – Eu compreendo a J. A mim também disseram que me levavam a Lamego. Gostava tanto de ir recordar a minha infância. A mim também me prometeram e já lá vão 15 anos e nunca mais voltei lá.

(Tânia) – Sempre é melhor arranjar outras formas de ir do que ficar..., mas também, ficar por aqui já sabemos o que se conta.E no fundo a vida é sempre a mesma, não presta para nada...

(Idália)- Eu também gostava de ir a Fátima mas se lá em casa não quiserem, quem sou eu...tenho de me sujeitar.”

Relativamente à expressão dos sintomas de ansiedade foi possível perceber que face ao desconforto percebido na presença de ansiedade, os participantes gerem a terapêutica medicamentosa consoante percecionam os sintomas e verbalizam satisfação ou insatisfação face à dosagem dos antidepressivos e dos ansiolíticos relativamente à capacidade de manter um funcionamento social de acordo com as suas expetativas. A este respeito uma das participantes incluiu o tema ao início de uma das sessões grupais: “A Dr.^a enganou-se nos medicamentos,eu não posso andar assim. Sinto-me irritadiça, nervosa, com a boca seca... Ela não pode ...E eu não posso. Primeiro passou-me 50, depois para 200 e agora era para passar 200 e passou de 50. Não posso e por isso já estou a tomar mais. Mas ela tem de ver isto e corrigir o erro” (Irene).Uma outra senhora refere “Ela (a médica) também já me alterou a medicação e eu tive de ajustar porque não me sentia capaz. Sentia-me muito inquieta e não parecia eu. Às vezes fico preocupada porque posso estar a fazer mal a mim mesma, mas não dá para andar assim. Ela é muito boa, mas às vezes nós é que sabemos” (Júlia)

Este tipo de interação grupal deu oportunidade para identificar necessidades formativas do grupo e incluir ações esporádicas de psicoeducação face à gestão do regime terapêutico e face ao controlo de sintomas de ansiedade e *stress*, sugerindo outras estratégias para além da terapêutica medicamentosa como o treino de controlo de respiração, ainda que não seja esse o propósito do grupo.

Os comportamentos de ansiedade no grupo foram essencialmente do foro comportamental com manifestações de agitação motora ligeira evidenciada com movimentos repetitivos das pernas ou das mãos. A nível das interações comunicacionais do grupo percebe-se a necessidade de alguns participantes (P1, P2 e P4) de sobreporem o seu discurso ao das restantes, entrando facilmente em subgrupo.

A ansiedade e *stress* também foi manifesto em situações desconhecidas nomeadamente em situações de presença de sintomas de doença física ou entendidos como tal, de si próprios ou dos familiares de quem são cuidadoras (o marido no caso de P3, a mãe no caso de P4 e o sogro no caso de P6). Em quatro das sessões realizadas foi possível identificar sinais comportamentais de ansiedade e *stress* e expressão verbal de preocupação face à obstipação crónica e presença de sangue nas fezes: “...até perdi o sono e o apetite quando percebi que os intestinos quase pararam de funcionar. Passei a sangrar aos bocadinhos quando as fezes são mais duras. Dei pra comigo, já está, agora tens cancro...” (Ana)

Na vivência do *stress* foi possível identificar sinais de dificuldade na gestão dos impulsos, adotando comportamentos de resposta exagerada e expressão de elevada irritabilidade. Uma das participantes relata um episódio passado com a neta “A menina com a mãe passa a vida a fazer birras. Um dia destes foi com a roupa nova. Queria vestir uma nova e não havia e chorou tanto e gritou tanto... A mãe dizia que não tinha e ela gritava tanto que os gritos entravam na minha cabeça e aí eu tenho de lhe bater.” (Joaquina)

Na sequência das reações impulsivas, as participantes referem-se a sentimentos de raiva e remorsos por não terem sido capazes de controlar os impulsos. Os estilos comunicacionais que utilizam seguem o estilo transacional criança adaptada alternando entre o modo rebelde e submisso: “Até me dá raiva de mim mesma só de pensar que reagi como ele queria. Não sei o que me passa na cabeça, mas na altura só me dá para ageniarr e fazer disparates. Até rasguei as melhores calças dele... eu não devia..., era bom se eu pudesse controlar isso, mas não sou capaz”(Maria). “Pois eu só me dá para chorar, para chorar e fechar-me no quarto sózinha sem dizer nada a ninguém. Fico a pensar comigo que mal lhe fiz para estar sempre a gritar comigo por tudo e por nada...”(Ana)

Qual é a relação entre a esperança, autoestima, ansiedade, depressão e *stress*?

A tabela 5 apresenta as correlações de *Spearman* entre às variáveis em estudo, consideradas componentes da saúde mental especificamente relevantes para o grupo terapêutico. Verificam-se relações significativas entre a ansiedade, depressão e *stress*, atestando a interligação entre os conceitos. A esperança total não apresentou correlações significativas com a depressão, ansiedade, *stress*, nem com a autoestima. Não obstante, verificaram-se correlações positivas lineares significativas entre a temporalidade, confiança e interligação e a depressão ($p=0,044$) e correlações negativas entre a disposição interior e expectativas e a ansiedade ($p=0,049$), ambas de forte intensidade.

Parece assim verificar-se a proposição de que a esperança do grupo relativa à temporalidade, confiança e interligação influenciam positivamente a depressão e o *stress*; a disposição interior e expectativas influenciam a ansiedade no sentido da sua diminuição.

Os níveis médios de autoestima verificados no grupo são de 23,85 (DP=3,62) com um mínimo de 18 e um máximo de 30, reveladores de uma autoestima baixa a razoável.

Tabela 5 – Matriz de correlações de Spearman (ρ) entre os scores da HHI-PT-DC, Escala de Autoestima de Rosenberg e EADS-21

Coeficiente de correlação de Spearman	Ansiedade		Depressão		Stress		Autoestima	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	P
Fator 1 – HHI-PT-DC	0,674	0,097	0,767	0,044	0,861	0,013	-0,058	0,901
Fator 2 – HHI-PT-DC	-0,757	0,049	-0,468	0,289	-0,324	0,478	-0,561	0,190
Esperança Total	-0,090	0,848	-0,162	0,728	0,342	0,452	-0,411	0,359
Ansiedade	--	--	0,893	0,007	0,786	0,036	0,519	0,233
Depressão	0,893	0,007	--	--	0,964	0,000	0,259	0,574
Stress	0,786	0,036	0,441	0,000	--	--	0,037	0,937

Como é que os participantes gerem a esperança no contexto grupal?

A gestão da esperança faz-se fundamentalmente através das relações estabelecidas entre os membros do grupo, assentes em padrões comunicacionais que se estabelecem de forma regular, mediados pela terapeuta do grupo. O estilo utilizado na liderança é marcado pela não diretividade, pelo que os temas abordados nas sessões e os padrões comunicacionais estabelecidos são da livre iniciativa do grupo.

Da análise dos registos de sessão verificámos a manutenção dos lugares na mesma disposição ao longo das sessões. Após 3 meses de sessões houve necessidade de realizar a pausa para as férias de verão (durante o mês de agosto não se realizaram as sessões de grupo terapêutico) acompanhada da alteração do local onde decorriam habitualmente as sessões. A primeira sessão de setembro foi marcada pela reserva de lugares no novo espaço, numa atitude protetora e de companheirismo.

Com alguma frequência assistimos ao estabelecimento de conversas paralelas que se estabelecem entre os membros do grupo num interesse pelo conhecimento mútuo para além da abordagem psicoterapêutica de base analítica. No decorrer das várias sessões percebemos a cumplicidade de alguns elementos do grupo, que ao ser confrontado pela terapeuta, assumiu a quebra da regra referentes à necessidade de manter os contactos entre os membros restringidos aos dias, espaço e tempo de terapia. Da análise do verbatim das sessões percebeu-se a necessidade do grupo em reforçar os laços como reforço de esperança e resiliência para os seus membros.

Um dos episódios que ilustra a partilha de esperança na procura de soluções alternativas aconteceu na sequência da partilha de Idália sobre a gravidez da filha, acompanhada de sentimentos de revolta face ao inesperado da situação. O grupo reagiu com expressões de alegria e explorando junto de Idália as possibilidades positivas da situação, oferecendo-se para costurar e tricotar roupa para o enxoval do bebé.

Um outro episódio surgiu da verbalização de Antónia sobre a necessidade de adquirir material clínico para o marido, bastante caro para as suas possibilidades, mas simultaneamente essencial para a vida do seu marido (que precisava do material em causa para satisfação das necessidades respiratórias). A sua preocupação decorria da recusa do hospital em lhe fornecer o material alegadamente por já ter sido fornecido uma vez e não haver mais nenhum idêntico e não ter disponibilidade financeira para requisitar o referido material. Face a esta necessidade expressa, Tânia, uma das participantes do grupo iniciou um movimento de solidariedade e de modo a conseguir angariar fundos para a aquisição do material clínico, quebrando as regras de funcionamento do grupo terapêutico.

Não obstante o viés introduzido na intervenção psicoterapêutica, estes exemplos atestam sobre a mutualidade percebida no contexto grupal que pode acontecer na partilha

continuada ao longo do tempo, e da necessidade de dar e receber esperança através do grupo. A este respeito foi possível atestar a autorregulação do grupo na procura de reforço entre os seus membros, através da partilha de talentos e reforço dos atributos individuais para a construção da sua identidade pessoal e grupal. Os momentos de espera que antecederam a hora de início do grupo foram sendo alargados, umas vezes alegadamente por motivos de transporte, outra por oportunidade do acompanhamento por outros membros da família. Neste espaço de encontro prévio à ocorrência do grupo, foram vários os episódios de partilha de acontecimentos da vida quotidiana, passando a constituir um espaço de reforço de talentos pessoais, ainda que partilhados sem intencionalidade terapêutica. Um dos exemplos foi a partilha de habilidades pessoais de fazer renda e tricot.

As participantes demonstraram ainda a necessidade de informação em saúde e sobretudo na informação que lhes permita uma maior compreensão da presença de sintomas físicos e psicológicos, na compreensão dos diagnósticos médicos de que sabem ser portadoras mas que têm dificuldade em gerir, sobretudo nos aspetos relacionados com a terapêutica. No grupo surgiram várias expressões de preocupação evidenciando necessidades de psicoeducação a que o grupo tenta dar resposta de apoio-consolo, que carece de mediação terapêutica. Por exemplo numa das sessões foi registada a seguinte interação:

“Irene: Eu acho que para além da cabeça fraca estou a criar um cancro dos intestinos. Estão cada vez mais parados a agora até sai sangue de vez em quando. A minha vizinha também começou assim e agora tem cancro o intestino e está a fazer tratamentos... não são tão fortes porque não lhe fazem cair o cabelo.

Terapeuta: Mas o que é que a faz pensar que também está como a sua vizinha?

Júlia: Talvez não seja assim tão mau. Eu também tive uma fase assim, quando mudei os medicamentos mas depois passou e era só prisão de ventre. Se calhar aconteceu-lhe o mesmo a si.

Tânia: Não pode estar sempre a pensar o pior. Eu dou-lhe um bocadinho do meu chá que isso resolve tudo. É só produtos naturais e não lhe fazem mal.”

A situação descrita foi gerida na liderança da terapeuta do grupo, dando oportunidade à partilha de informação relevante relativa aos sinais e sintomas relacionados com os efeitos secundários da terapêutica, com vista à resposta à necessidade do grupo mas sem desvirtualizar o âmbito da intervenção grupal. Foi expresso pelas participantes a

necessidade de mais informação e de esclarecimento face a esta e a outras questões, evidenciando a necessidade de intervenções do âmbito psicoeducativo.

Ao longo das sessões os padrões de interação emergentes evidenciaram a expressão de aceitação de cada um dos elementos no grupo, a progressiva expressão de compreensão, e um aumento de proatividade na maioria dos elementos do grupo.

Júlia frequentemente desenvolve padrões de interatividade de reforço positivo, demonstrando compreensão e empatia pela situação das demais participantes. Assume com facilidade a responsabilidade pelos atos e comportamentos do grupo, possuindo qualidades de liderança e sendo reconhecida pelos pares do grupo como alguém que possui competências de autocontrolo e assertividade diferentes do restante grupo. O grupo aceita-a como líder de opinião e desenvolve padrões de interação na procura do seu reforço positivo de esperança.

Dos processos grupais emergiram as interações verbais e não-verbais entre os seus participantes que permitiram o estabelecimento e o aprofundar de relações. Foi possível observar processos de maior confiança nas ideias próprias de cada um dos elementos do grupo e em simultâneo, maior aceitação das ideias dos outros. A partilha de sentimentos, preocupações e vivências das pessoas no contexto do grupo evidenciou a possibilidade de potenciar recursos com vista à promoção da esperança nas pessoas participantes do grupo. Esta partilha parece evidenciar uma relação de reciprocidade entre as pessoas com depressão, que no seio do grupo e no apoio mútuo encontram um sentido de utilidade.

Assumimos assim a verificação da proposição de influência dos fatores terapêuticos do grupo na esperança manifestada pelos seus membros.

Da análise das expressões e dos episódios decorrentes da intervenção grupal emergem características do grupo em sintonia com as atribuídas aos grupos de ajuda mútua, evidenciando no presente caso, a necessidade de mediação por um profissional de saúde qualificado em saúde mental.

Neste sentido, e da análise dos dados qualitativos e quantitativos, emergiu a proposta de uma abordagem promotora de esperança co-participada pelas pessoas portadoras de depressão.

Proposta da co-criação de um grupo de ajuda mútua promotor de esperança

A proposta de abordagem terapêutica define-se como tendo emergido da análise dos resultados obtidos através do estudo de caso e constitui-se a resposta à quinta questão de investigação e ao quinto objetivo definido. Assenta na abordagem terapêutica da esperança em grupos de ajuda mútua, desenvolvido por Charepe (2014), com contributos do programa de promoção de esperança desenvolvido para pessoas com doença crónica avançada e progressiva (Querido, 2013).

Assim, face aos resultados das interações grupais analisadas propõe-se a derivação do grupo anterior para um novo grupo, variando a orientação teórica (centrada na promoção da esperança) e o tipo de funcionamento, alternando para um modelo de ajuda mútua (Charepe, 2014).

Consideramos a **ajuda mútua** como a relação estabelecida em reciprocidade, entre as pessoas com depressão que, no apoio mútuo encontram um sentido de utilidade, operacionalizada pela partilha de estratégias e soluções entre os seus membros, permitindo uma relação horizontal.

Na proposta que apresentamos, a ajuda mútua engloba:

Facilitação - constitui um processo de orientação e condução da partilha, operacionalizado pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, com a finalidade de promover a esperança nas pessoas com depressão;

Colaboração – apoio pessoal entre os membros do grupo, operacionalizado pela partilha de estratégias ou soluções, distribuição de atividades e tarefas, tendo em conta o que cada membro consegue realizar, decidir e está motivado a cumprir (Charepe, 2014; Fraire, 2010);

Identificação – vínculo entre os participantes que partilham experiências de lidarem com a depressão, assegurando uma identidade e sentido de pertença ao grupo.

A **partilha** é um outro pressuposto que emergiu dos dados em análise e diz respeito às expressões de sentimentos e vivências, potenciadores de recursos com vista à promoção de esperança nas pessoas com depressão. A partilha implica:

Flexibilidade - Atitude voluntária e espontânea, adequando-se as intervenções promotoras de esperança às necessidades de cada um dos participantes e do grupo. O grupo de ajuda mútua, enquanto aberto e heterogéneo, implica um conjunto de direitos e

deveres que dá à pessoa a liberdade de participar na vida do grupo, sem ser excluída das tomadas de decisão, desde que as suas atitudes não sejam prejudiciais ao mesmo (Charepe, 2014; Fraire, 2010);

Criatividade Colectiva – Pressupõe uma interacção mútua no grupo, orientada para a mudança de perspetivas e desenvolvimento de novas estratégias, enquanto recursos para a resolução de um problema;

Respeito – Acções que viabilizam o trabalho subjectivo individual e o projeto do grupo de ajuda mútua (Fraire, 2010), estando implícito o não julgamento dos membros nas interacções estabelecidas;

Confidencialidade – O que se passa no grupo, fica no grupo, sem que haja partilha para fora dos contextos grupais.

A **Esperança** é considerada um fenómeno amplo e multidimensional, entendido como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas. Está associado ao bem-estar psicológico das pessoas com depressão, e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento, incluindo a possibilidade de ocorrência de ideação suicida. O conceito de esperança, integra como subconceitos:

Orientação para a Vida/Futuro – Definição e reformulação de metas e/ou objectivos, contemplando uma orientação temporal futura, pelo visionar de possibilidades e descoberta de caminhos e/ou soluções alternativas;

União – Pressupõe o desenvolvimento de relações de coesão no grupo, ampliadas pelas experiências partilhadas que visam o suporte informativo, formativo e emocional, bem como a auto-percepção de utilidade e reconhecimento das pessoas enquanto modelos de esperança;

Confiança – Associada à fiabilidade ou à credibilidade atribuídas a cada participante, ao enfermeiro ou ao grupo percebida nos relacionamentos estabelecidos em mutualidade, conferindo segurança;

Transformação pessoal positiva – Reformulação dos recursos internos das pessoas com depressão (crenças pessoais, motivação, racionalidade), que possibilita a mudança de perspectiva na forma como se colocam no lugar das outras pessoas com doença mental;

valorizam e respeitam a vida; valorizam as conquistas e habilidades próprias ou do grupo, conduzindo à percepção das suas fontes de esperança.

Propomos como pressupostos:

1. Que todas as pessoas com depressão possam ter acesso livre e esclarecido ao grupo de ajuda mútua;
2. Que o grupo de ajuda mútua disponibiliza intervenções promotoras de esperança às pessoas com depressão através do suporte emocional, informativo / formativo e instrumental. Neste grupo, através da partilha de vivências comuns associadas ao facto de serem portadores de uma depressão, perspectiva-se a promoção da esperança através da integração dos atributos pessoais e recursos de esperança nas experiências partilhadas com os pares, orientação para a concretização dos objetivos e metas; validação da informação relacionada com o desenvolvimento da doença e implicações para o projeto de vida de cada um, partilha de estratégias ou soluções com vista à capacitação da pessoa para lidar com a sua doença, identificação de recursos disponíveis em prol da satisfação das suas necessidades (Charepe, 2014; Querido, 2013);
3. O apoio em reciprocidade é prestado entre as pessoas com depressão num carácter voluntário da sua participação tendo em conta a estrutura e o tempo da intervenção.

Como princípios de intervenção são propostas intervenções organizadas em três domínios: intervenção na promoção da esperança; intervenção baseada na esperança enquanto fator de resiliência; intervenção baseada nos fatores de ameaça à esperança.

- Intervenção na promoção da Esperança – Acontece no âmbito da relação estabelecida entre as pessoas com depressão e entre estas e os enfermeiros, para que ocorra a mudança ou valorização do sentido das experiências de esperança das pessoas. A intervenção em ajuda mútua é sustentada pelos relacionamentos de confiança entre os membros do grupo, percebidos pela identificação mútua baseada nas experiências de esperança, vivências comuns e soluções alternativas. Pressupõe a orientação para a capacidade de lidar com a doença e identificação de caminhos ou soluções alternativas

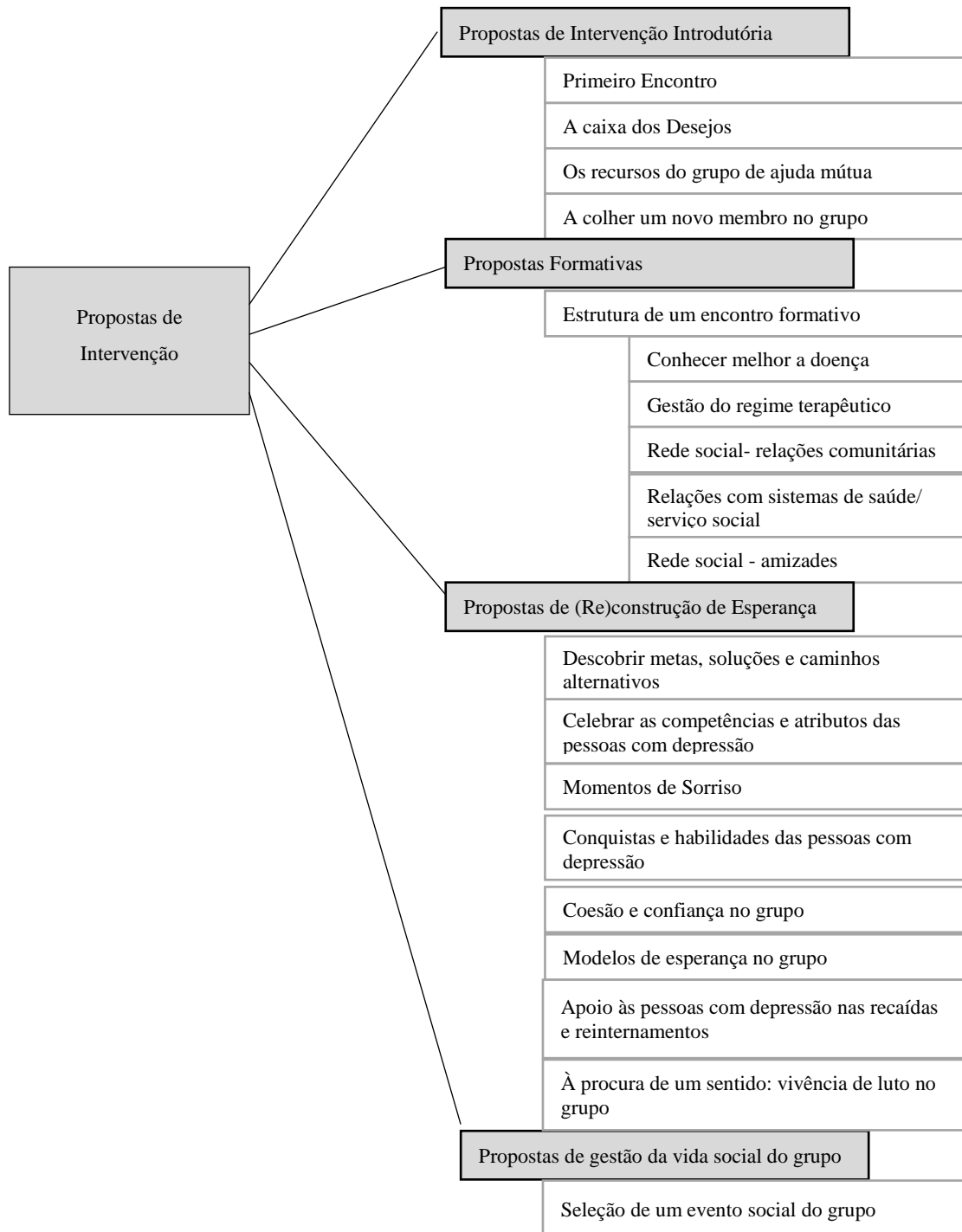
relacionados com a solução dos problemas de carácter individual; para a identificação de metas/objectivos, relacionadas com o lidar com a doença. Pressupõe ainda a facilitação da expressão de sentimentos de diminuição e/ou desaparecimento do sentimento de solidão nas pessoas com depressão que frequentam o grupo e o visionar de possibilidades entre os enfermeiros e as pessoas com depressão, relacionados com o acreditar que surgirão mudanças e/ ou concretizações desejadas no futuro. Os EESM orientam assim a operacionalização das atividades promotoras de esperança no grupo e não de forma isolada.

- Intervenção baseada na esperança enquanto fator de resiliência – Pressupõe um apoio em mutualidade entre as pessoas com depressão, através da partilha da superação de vivências problemáticas e aceitação da condição de saúde que implica a compreensão da mudança e/ou crescimento pessoal. Pressupõe a orientação do grupo para a celebração de competências dos seus membros no lidar com a doença e integrá-la de forma positiva e construtiva no seu projeto de vida. Esta celebração visa a transformação das suas experiências de esperança em recursos para os outros membros do grupo. Pressupõe facilitar que as pessoas descrevam as suas experiências de entajuda, caracterizadas como recurso para si próprios e para os outros.

- Intervenção baseada nos factores de ameaça à esperança – Requer um apoio em mutualidade entre as pessoas com depressão do grupo, para a transformação de crenças associadas à culpa e punição, em soluções construtivas e criativas para a acção no grupo de ajuda mútua e para o seu crescimento pessoal. Pressupõe entre os membros, a demonstração de respeito pelas dúvidas no auto-potencial partilhadas, enquadrando-as na sua própria experiência e nas possíveis soluções para as ultrapassar. Pressupõe não criticar, julgar e/ou questionar, quando os outros membros expressam vivências de ameaça à sua esperança. Os EESM orientam a operacionalização das atividades baseadas nos factores de ameaça à esperança no grupo, e não de forma isolada.

As propostas de intervenção incluem as propostas de intervenção introdutória (criação do primeiro encontro e acolhimento de um novo membro no grupo), propostas formativas de cariz psicoeducativo, propostas de (re)construção de esperança, propostas para a gestão da vida social do grupo. As propostas de intervenção estão contempladas no diagrama representado na figura 8.

Figura 8 - Diagrama das propostas de intervenção em grupo de ajuda mútua promotor de esperança



A estrutura de cada proposta de intervenção inclui as dinâmicas próprias de cada uma, as sugestões de narrativa, material de apoio às dinâmicas e atividades promotoras de esperança propostas e instrumentos de registo e avaliação.

4.2.9. Discussão e Conclusões

As pessoas portadoras de depressão a participar num grupo terapêutico constituíram o objeto do estudo de caso a fim de conhecer a relevância da esperança para as pessoas com depressão, especificamente caracterizar a esperança das pessoas, avaliar o seu nível de depressão, ansiedade e *stress*; caracterizar os processos grupais e propor uma abordagem promotora de esperança co-participada pelo grupo.

Os índices de esperança obtidos confirmam a presença de uma esperança razoável assente na temporalidade, confiança e interligação e com menor disposição interior positiva e expectativas. Ainda assim, os níveis de esperança obtidos pelo grupo são inferiores aos apresentados pelas pessoas com doença crónica avançada no estudo de Querido (2013), que encontrando-se na fase final de vida, foram capazes de evidenciar maior disposição interior positiva e expectativas e maior temporalidade, confiança e interligação do que as mulheres do grupo terapêutico de depressão. Estes resultados confirmam que as pessoas com depressão tendem a ter menor esperança e menor sentido de coerência comparativamente às que não sofrem da doença e apontam claramente para a necessidade de apostar na esperança, se considerarmos a sua influência como fator de resiliência e o papel de fator para a depressão (Chimich & Nekolaichuk, 2004).

No presente estudo os níveis de depressão, ansiedade e *stress* revelados pelo grupo são próximos aos encontrados por Apóstolo, Ventura, Caetano e Costa (2008) nas mulheres que recorreram ao Centro de Saúde de uma cidade de média dimensão da região centro de Portugal. No presente estudo as mulheres referiram valores de depressão e ansiedade ligeiramente superiores (diferenças de um ponto a mais), mas evidenciaram valores de *stress* inferiores em cerca de três pontos. Estes resultados são corroborados pelo estudo mais amplo de Apóstolo, Figueiredo, Mendes e Rodrigues (2011) que confirmam maior prevalência da depressão, ansiedade e *stress* na população portuguesa e nas mulheres face aos homens e uma correlação positiva significativa entre a depressão, *stress* e ansiedade que também se verificaram neste estudo.

A verificação da correlação entre a esperança e a depressão, ansiedade e *stress* foi objeto de estudo nesta população, não tendo sido obtidos valores significativos pelo que não comprovamos a relação, embora se verifique a correlação negativa entre o Fator 2

da HHI-DC-PT e a ansiedade, observando-se que o aumento da ansiedade implica uma menor disposição interior positiva e expectativas e ao aumento destas uma diminuição da ansiedade. Dos estudos realizados para relacionar a esperança com a depressão e a ansiedade, salientamos o realizado por Arnau et al. (2007) que comprovou a existência de uma relação negativa, estatisticamente significativa entre a disposição para a esperança, isto é a componente motivacional da esperança e a depressão numa população de jovens estudantes. O mesmo estudo comprovou a relação entre a dimensão comportamental e a depressão ou a ansiedade, ao contrário dos nossos achados. No entanto o estudo de Ai et al. (2010) revelou o efeito positivo da esperança na mediação da ansiedade pré-operatória na depressão pós-operatória. Também no grupo de pessoas sobreviventes de cancro, foi possível encontrar uma correlação negativa entre a esperança e a depressão e um padrão semelhante foi encontrado entre a esperança e o otimismo, permitindo aos autores do estudo atestar o efeito preditivo da esperança e otimismo na depressão destas pessoas (Rajandram, Ho, Samman, Chan, McGrath & Zwahlen, 2011).

O facto de no presente estudo a relação entre a temporalidade, confiança e interligação ser no mesmo sentido do que a depressão e ansiedade pode ser explicada pelo tipo de relacionamentos conturbados dos participantes na esfera privada e íntima, o que não é possível comparar com outros estudos realizados em realidades e contextos muito diferentes. Parece assim que a relação entre a esperança, a depressão e a ansiedade carece de estudos adicionais com populações com depressão, em maior número e diversidade e de estudos que complementem dados qualitativos e quantitativos.

Quanto ao papel do grupo enquanto reforço da esperança na vivência da situação de depressão, foi possível inferir que este funciona como reforço e motivação para gerir as implicações da depressão no projeto de vida e de saúde dos participantes do grupo. O efeito dos grupos terapêuticos sobre a depressão tem sido atestado pela literatura. Realçamos o estudo piloto de Dodding et al. (2008) que atestou a resposta positiva dos participantes dos grupos terapêuticos mistos (pessoas com depressão e as suas famílias), com melhoria das respostas de ansiedade, *stress* e depressão, resiliência, saúde psicológica e ambiente de vida.

Realçamos as necessidades psicoeducativas que emergiram do verbatim do grupo, que apontam claramente para uma orientação da condução grupal diferente da que foi

analisada. Outro tipo de experiências na condução de grupos utilizaram os princípios de ajuda mútua com resultados positivos na promoção da esperança junto de pais de crianças com dor crónica (Charepe, 2011; Charepe, 2014).

O tipo de grupo e a orientação psicanalítica utilizada na sua condução pode assim explicar os achados do presente estudo e pode ter condicionado os seus resultados. Outra das limitações do estudo é a escassa dimensão da amostra que apenas contemplou mulheres. Não se pretendendo a extrapolação dos resultados, mas de alguma forma a sua transferibilidade, ainda assim, consideramos ser necessário a continuidade do estudo da temática em profundidade e em extensão.

Não obstante o presente estudo permite a análise crítica da abordagem grupal no contexto da intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e à intervenção do enfermeiro nestes contextos.

Leal (2005) refere-se à psicoterapia de apoio como a intervenção que se foca no restabelecimento rápido do equilíbrio psicológico do indivíduo, a fim de obter a máxima melhoria sintomática, promover uma relação pessoa doente-terapeuta positiva e de apoio, reduzir o desconforto subjetivo e o comportamento disfuncional, promover um maior grau de autonomia da pessoa doente, tendo em conta as suas limitações. A psicoterapia é pois um processo que se baseia na relação de confiança e de ajuda, que permite que todos os envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria explicações e razões para os problemas identificados. Ao compreender melhor os problemas a pessoa com depressão pode desenvolver novas respostas humanas para os problemas identificados, ou para outros que surjam, aumentando o sentimento de bem-estar (OE, 2011). Na psicoterapia de apoio também é possível enquadrar atividades socioterapêuticas cujo foco de intervenção é o grupo e a interação que os diferentes elementos estabelecem, colocando a ênfase na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos.

Nesta perspetiva, consideramos a proposta da criação de um grupo de promoção de esperança com base nos pressupostos de ajuda mútua, mediado por um EESM que emergiu da análise dos dados em confrontação com a literatura científica. Na proposta apresentada consideramos as temáticas e tipos de atividade a realizar em contextos grupais, visando em última instância a promoção da saúde mental e a capacitação para a gestão da condição de

doença mental, em que o enfermeiro poderá desenvolver a sua esfera autónoma de prática clínica especializada.

4.3. DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DOS RESULTADOS

A divulgação científica dos resultados é uma etapa crucial e derradeira do processo de investigação, que só fazem sentido quando comunicados a outras pessoas (Fortin, Côté & Fillion, 2006).

Alguns dos resultados obtidos através dos estudos realizados foram apresentados à comunidade científica no VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental sob a forma de *poster*:

- Querido, A.; Dixe, M (2015). A Esperança na saúde mental das pessoas: Uma revisão Integrativa da literatura”, VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental: A Pessoa, a Família, a Comunidade e a Saúde Mental. Ponta Delgada, 8 a 11 de julho de 2015 (Anexo VIII).

Esta comunicação foi seguida da submissão de um artigo completo para a Revista de Enfermagem de Enfermagem de Saúde Mental.

A divulgação da esperança enquanto foco de atenção na área da saúde mental foi realizada através da participação no II Simposium de Desenvolvimento Pessoal e Organizacional subordinado ao tema “Eu e o Outro: Afetividade e esperança” da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, que decorreu no dia 21 de junho de 2013, em Angra do Heroísmo.

O convite para a participação foi revelador do interesse da comunidade dos enfermeiros pela temática. A participação revestiu-se de duas componentes: a conferência sobre a temática e a realização de um *workshop* que incluiu atividades socio terapêuticas e psicoterapêuticas dirigidas à esperança enquanto atributo pessoal e estratégia de *coping*, reforço do uso de si próprio da construção da esperança do outro (Anexo IX).

5. CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências especializadas de enfermagem de saúde mental tendo a esperança como foco de atenção da prática especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Os contextos clínicos escolhidos para a prática clínica permitiram o desenvolvimento das competências especializadas nos diferentes domínios.

O trabalho apresentado só foi possível por termos integrado equipas interdisciplinares empenhadas em contribuir para a saúde mental dos diferentes públicos-alvo que atendem e que se constituíram como supervisores do processo, sem o contributo dos quais não teria sido viável. As aprendizagens desenvolvidas no seio das equipas permitiram uma visão global dos contextos e enquadrar da esperança na abordagem das temáticas de saúde mental e nas propostas de intervenção, relativas à promoção de saúde mental, prevenção da doença mental e nos processos de reabilitação. A compreensão do verdadeiro trabalho inter e transdisciplinar trouxe-nos uma compreensão da necessidade do enfermeiro desenvolver conhecimentos próprios da disciplina de enfermagem de saúde mental em particular e assumir práticas autónomas que lhe permitam assumir responsabilidades acrescidas nas equipas que integra, contribuindo para o seu desenvolvimento através da partilha desse conhecimento.

Neste aspeto, reconhecendo as limitações inerentes ao nosso estadio de desenvolvimento de competências especializadas, foi possível desenvolver e produzir conhecimento sustentado na evidência científica, que consideramos inovador para a prática profissional das equipas. Este conhecimento foi acolhido com agrado em ambos os contextos, podendo constituir uma mais-valia nos processos de diagnóstico, planeamento e intervenção em saúde mental.

Dar enfoque à esperança nos contextos de prática especializada, envolveu assim um trabalho de equipa, permitindo conjugar sinergias de várias áreas disciplinares, numa articulação nem sempre fácil pelos contrangimentos de agenda dos vários intervenientes. O tempo disponível para a realização dos ensinamentos clínicos tornou-se um fator de ameaça ao desenvolvimento de competências, sobretudo na fase de

implementação e avaliação das intervenções em contexto escolar. Não obstante, foi possível desenvolver um trabalho continuado no âmbito do acompanhamento individual e de um grupo terapêutico com enfoque na esperança das pessoas com depressão.

A assistência de enfermagem prestada às pessoas portadoras de doença mental e aos grupos foi alicerçada na relação interpessoal e no uso intencional da esperança como ferramenta terapêutica. Tanto nas consultas de enfermagem como na condução do grupo de depressão, seguimos os pressupostos da relação de ajuda centrada na pessoa, na sua valorização e na otimização dos seus recursos para fazer face aos problemas, tendo como modelo a enfermagem psicodinâmica. Na construção da relação foi possível observar a livre expressão de sentimentos, o libertar progressivo de estruturas defensivas e o reconhecer de capacidades que foram sendo partilhadas em contexto grupal. A gestão das interações estabelecidas no grupo foi essencial para o desenvolvimento de competências comunicacionais no contexto relacional. Na condução da relação foi possível introduzir propostas de narrativa para exploração e diagnóstico, centradas na esperança.

O enfoque na esperança permitiu a transferência para os contextos da prática clínica de diferentes instrumentos diagnósticos, todos eles inovadores. É o caso do genograma de esperança, que se constituiu como uma extensão ao genograma já utilizado pela equipa na consulta de avaliação inicial e a escala de esperança de Herth, validada para os contextos de doença crónica e que foi aplicada pela primeira vez num grupo terapêutico de pessoas portadoras de doença mental. Acreditamos que estes são instrumentos válidos e que constituem ferramentas para a construção da prática baseada na evidência na esfera autónoma da enfermagem.

A intervenção enquanto co-terapeuta do grupo permitiu a apropriação das vivências grupais e individuais de cada uma dos intervenientes, que se constituiu um caso de estudo. Da análise do estudo de caso clínico verificámos ganhos em saúde na modificação do *status* de diagnóstico, sustentando a necessidade de intervir na gestão da esperança de modo a potenciar os atributos das pessoas e a capacitá-las para a autogestão da sua condição. Na sequência do estudo de caso realizado e percebendo o potencial das relações grupais no desenvolvimento da esperança, identificámos o potencial de exploração da dimensão afiliativa e experiencial, pelo que propomos a

criação de um modelo de grupo promotor de esperança em pessoas portadoras de depressão.

Ao longo dos capítulos descreveram-se os fundamentos e as atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. No seu conjunto, constituíram-se contributos importantes para enriquecer o trabalho desenvolvido com vista à obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde mental.

O enfermeiro especialista no desempenho das suas competências especializadas é chamado a assumir uma prática de cariz autónomo com maior responsabilidade na co-construção do projeto de saúde das pessoas que cuida, dando maior visibilidade aos ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem e contribuir para a partilha de conhecimento no âmbito da equipa transdisciplinar. Sendo a esperança um foco de atenção de enfermagem, constitui uma possibilidade de desenvolvimento e operacionalização com vista à obtenção de ganhos em saúde associados à prática de enfermagem.

No momento de crise política, económica e social das sociedades e da Europa em particular, a esperança representa um valor e simultaneamente um recurso com um papel de destaque na vivência das pessoas e na sua saúde mental. As propostas de avaliação diagnóstica e de intervenção individual e grupal, constituem importantes contributos para a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental que pode ser transferida para outros contextos, salvaguardado-se as especificidades de cada um.

Acreditamos na necessidade de desenvolvimento de competências enquanto percurso e por isso, na necessidade de um crescimento pessoal e profissional que se faz cada dia, na procura de uma melhoria que se constitui um desafio constante na persecução do objetivo da competência profissional visando a excelência. Conscientes do papel profissional que desempenhamos, as competências desenvolvidas constituirão um alicerce importante no cumprimento deste desiderato, atendendo ao desenvolvimento nos estudantes de enfermagem, de competências para o reconhecimento da esperança nas relações que estabelecem com as pessoas que cuidam, em especial as pessoas portadoras de doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ai, A., Pargament, K., Appel, H., & Kronfol, Z. (2010). Depression following open-heart surgery: A path model involving interleukin-6, spiritual struggle, and hope under preoperative distress. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1057–1075. <http://doi.org/10.1002/jclp.20716>
- Aires, L. (2010). *Disciplina na sala de aulas: Um guia de boas práticas* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Alberoni, F. (2002). *A Esperança*. (Tradução de J. Valente). Lisboa: Bertrand Editores.
- Almeida Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, 14 (3), 30-50.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM 5- TM Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação Para a Língua Portuguesa Da Depression , Anxiety And Stress Scale (DASS). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(6). Acedido a 21 de junho de 2013, disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a06.pdf
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência, II.ª Série*, 45–49.
- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 19(2), 6. doi:10.1590/S0104-11692011000200017
- Araújo, M. (2011). *Implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo para o desenvolvimento positivo de adolescentes: "Desafio: Ser +"*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia - Área de especialização em Psicologia Clínica. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

- Arnau, R. C., Rosen, D. H., Finch, J. F., Rhudy, J. L., & Fortunato, V. J. (2007). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: A latent variable analysis. *Journal of Personality*, 75(1), 43–63. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00432.x
- Barca, L.C. (2013). *As necessidades das pessoas com doença mental num hospital de dia de psiquiatria*. Relatório do Trabalho de Projeto realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro). Lisboa: Edições 70.
- Baxter, P. & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Acedido em 12 de outubro de 2013 em <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>.
- Bento XVI (2007). *Salvos na Esperança. Carta Encíclica de Bento XVI*. 2ª ed. Prior Velho: Paulinas Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A.A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Blank, L., Baxter, S., Goyder, E., Naylon, P., Guillaume, L., Wilkinson, A., Chilcott, J. (2010). Promoting wellbeing by changing behaviour: a systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of whole secondary school behavioural interventions. *Mental Health Review Journal*, 15(2), pp. 43-53.
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140-153.
- Buckley-Walker, K., Crowe, T. & Caputi, P. (2010). Exploring identity within the recovery process of people with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(3), 219-227.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-esch, J., Galietta, M., ... Brescia, R. (2000). Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA*, 284(22), 2907–2911.

- Brothers, B., & Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18(3), 267–275. doi:10.1002/pon.1394.Hopelessness
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Carvalho, P. (2013). Relatório de Atividades 2012. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental: Centro Hospitalar do Oeste.
- Casey, D. & Houghton, C. (2010). Clarifying case study research: examples from practice. *Nurse Researcher*, 17(3), 41–51.
- Castelo-Branco, M. C., & Pereira, A. S. (2001). A auto-estima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente. *Psicologia, Educação e Cultura*, 5, 335-346.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M., Vieira, M., & Neto, L. (2011). (Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20 (2), 349–358.
- Charepe, Z. (2011). O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de intervenção colaborativa, 578 pp.. Lisboa: UCP. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem à Universidade Católica Portuguesa.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica. Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., & Woodward, J. T. (2006). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 135–146.
- Chimich, W. & Nikolaichuk, C. (2004). Exploring the links between depression, integrity and hope in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(7), 428–433.

- Clark, L.; Watson, D (1991). Tripartite model of anxiety & depression: psychometric evidence & taxonomy implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 205-209.
- Comissão Europeia. (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Costa, M., & Bigras, M. (2007). Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), pp. 1101-1109.
- Cutcliffe, J. (2006). The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: A modified grounded theory study - Part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 598–603. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01019.x>
- Cutcliffe, J. (2009). Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, 843–847.
- Cutcliffe, J. R. & Koehn, C. V. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: A systematic review of the literature - Part Two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 141–147.
- Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885–893.
- Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro (2009). Incorpora no Decreto -Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, as alterações decorrentes do novo quadro resultante da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental, bem como das alterações da orgânica do Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, N.º205 (09-10-22), 7933-7941.
- Department of Health (2006) From values to action: The Chief Nursing Officer's review of mental health nursing. HMSO, London;

Direção Geral da Saúde (2004). Rede de Referenciação dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental nacionais para adultos e para a infância e adolescência. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 12 de julho de 2013 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20PSIQUIATRIA%20E%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf>.

Dias, A. C. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª edição). (J. J. Serra, Trad.) Lisboa: Paulus Editora.

Dicionário da Língua Portuguesa (2009). Priberan. Disponível em <http://www.priberam.pt/DLPO/>

Direção Geral da Saúde (2004). Rede de Referenciação dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental nacionais para adultos e para a infância e adolescência. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 12 de julho de 2013 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20PSIQUIATRIA%20E%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf>.

Dodding, C. J., Nasel, D. D., Murphy, M., & Howell, C. (2008). All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice. *Mental Health in Family Medicine*, 5(1), 41–49.

Duggleby, W., Williams, A., Holstlander, L., Thomas, R., Cooper, D., Hallstromm, L., Gosh, S. & O-Rourke, H. (2014). Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer : guilt, self-efficacy and mental health. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education Practise and Policy*, 14(2561), 1–14.

Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.

Elliot, J. (2005). What have we done with hope? A brief history. In Elliot, J. (2005) ed.: *Interdisciplinary Perspectives on Hope*, pp. 3–45. New York: Nova Science Publishers.

- Feely, M. (1997). Using Peplau's Theory in Nurse-Patient Relations. *International Nursing Review*, 44 (4), 115-120.
- Fernandes, S.D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade Católica.
- Feudtner, C. (2005). Hope and the Prospects of Healing at the End of Life. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11, s-23-s-30.
- Fortin, M.; Côte, J., & Filion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusodidacta..
- Fraire, R. (2010). Grupos de autoayuda. Una cultura de espáacios sociales de sósten para el trabajo grupal y la ajuda mutua. México. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais da Universidade Autónoma Metropolitana.
- Frankl, V. E. (2010). Em busca de sentido (Traduzido por W.O.Schlupp e C. Aveline). 29ª ed. (ed. Rev.). Petropolis: Vozes.(Original publicado em 1984).
- Gallagher, M. & Lopez, S. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 548–556. <http://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Gálvan, G. B. (2007). Equipes de Saúde: O desafio da integração disciplinar. *Revista SBPH - Rio de Janeiro*, 10(2), 53–61.
- Gangeness, J. & Yurkovich, E. (2006). Revisiting case study as a nursing research design. *Nurse Researcher*. 13(4), 7–18.
- Gomes, J. (2012). Promoção de Saúde Mental em Espaço Urbano. A invesrtigação participada de base comunitária na construção de um Plano Local de Promoção de Saúde Mental: Um estudo de caso. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Gusmão, R. D. M.(2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Doutoramento em Medicina na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Groopman, J. (2003). *The Anatomy of Hope. How people prevail in face of illness*. New York: Random House, Inc.
- Eriksen, K. A., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 110–7. <http://doi.org/10.1111/inm.12024>
- Halpin, D. (2001). The nature of hope and its significance for education. *British Journal for Educational Studies*, 49 (4), 392-408.
- Hernandez, M., Barrio, C., & Yamada, A. M. (2013). Hope and Burden among Latino Families of Adults with Schizophrenia. *Family Process*, 52(4), 697–708. <http://doi.org/10.1111/famp.12042>
- Herth, K (2005). State of the Science of Hope in Nursing Practice: Hope, the nurse, and the patient. In: Elliot, Jaklin (Ed) *Interdisciplinary Perspectives on Hope* (pp.169-211). New York: Nova Publishers.
- Hobbs, M., & Baker, M. (2012). Hope for recovery – how clinicians may facilitate this in their work. *Journal of Mental Health*, 21(2), 144–153. <http://doi.org/10.3109/09638237.2011.64834>
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revision of the Adaptation, Validation, and Normatization of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41–49.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Censos 2011. Disponível em www.ine.pt .
Acedido em
- International Council of Nurses (ICN) (2008). Guidelines for ICNP© Catalogue Development. Geneva: Switzerland: International Council of Nurses.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Lisboa: Asa Editores.
- Joint Action for Mental Health and Wellbeing (JAMH-WB) (2013). Acedido em 29 de julho de 2015 em <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>.

- Jones, A. (2007). Relevant hope to promote therapeutic change. *Mental Health Nursing*, 27, (3), 14-15.
- Khodarahimi, S. (2014). The Role of Family Violence on Mental Health and Hopefulness in an Iranian Adolescents Sample. *Journal of Family Violence*, 29(3), 259–268. <http://doi.org/10.1007/s10896-014-9587-4>
- Koehn, C.V. & Cutcliffe, J. R. (2006). The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: A modified grounded theory study - Part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 598–603.
- Koehn, C. & Cutcliffe, J. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: A systematic review of the literature - Part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 134–140. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01054.x>
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Trad. Margarida Cunha Rosa. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. 2ª edição. Lisboa: Fim de Século.
- Lei nº 111/2009 de 16 de setembro (2009). Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República*, 1ª Série-A, N.º180 (09-09-16), 6529-6550.
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2009). Proceda ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1ª Série-A, N.º181 (15-09-16), 8059-8145.
- Lei nº 36/98 de 24 de julho (1998). Aprova a Lei de Saúde Mental. *Diário da República*, 1ª Série-A, N.º169 (98-07-24), 3544-3550.
- Lego (1998). The application of Peplau's Theory to group psychotherapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 193-196.

- Lethinen, V. (ed.) (2008). Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. MMHE Project. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Loo, J. M. Y., Tsai, J.-S., Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2014). Gratitude, hope, mindfulness and personal-growth initiative: buffers or risk factors for problem gambling? *PloS One*, 9(2), e83889. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0083889>
- Lopes, M. J. (1999). *Conceções de Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*. Tese de mestrado em Enfermagem. Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica, Lisboa.
- Manes, S. (2007). 83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupo. (J. Serra, Trad.) Lisboa: Paulus Editora.
- Martins, M. (2007, outubro). Resiliência: para além da adversidade e do risco. In: II Congresso Família, Saúde e Doença: Modelos, Investigação e Prática em diversos contextos. Braga.
- Marujo, H; Neto, L. (2004). *Optimismo e esperança na educação - Fontes inspiradoras para uma escola criativa*. Lisboa: Editorial Presença.
- Mendes, K., Silveira, R.; Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mitchell, J., Howell, C., Trunbull, D., & Murphy, M. (2005). Computer-assisted group therapy for the treatment of depression and anxiety in general practice. *Primary Care Mental Health*, 3, 27–39.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.; Swanson, E. (2010). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 4ª ed. (Trad. R. M. Garcez).Rio de Janeiro: Elsevier.
- Nekolaichuk, C.L., & Bruera, E. (1998). On the nature of hope in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 14(1), 36–42.

- Neto, I. M. (2010) Moving groupwork into the day hospital setting. In, J. Radcliffe, K., Hajek, J. Carson & O Manor, (2010), *Psychological Groupwork with Acute Psychiatric Inpatients* (pp325-342). London: Whiting & Birch.
- Neto, I. M., Fialho, T., Godinho, P. & Centeno, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part II. *Group Analysis*, June; 43, (2): 107-126.
- New Zealand Mental Health Commission (2001). *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: New Zealand Mental Health Commission.
- Nunes, L; Amaral, M; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2002). "Cinco estrelas": Acerca das competências morais no exercício de enfermagem». *Nursing*, (14)171,8-11.
- Oliveira, S.; Filipe, C. (2009). *Guia de Recursos de reabilitação psicossocial para a saúde mental*. 1ª Edição. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica* (1) XXV, 5-11.
- Onwuegbuzie, A. J., & Snyder, C. R. (2000). Relations between hope and graduate students' coping strategies for studying and examination-taking. *Psychological Reports*, 86(3 Pt 1), 803-806.

- Ozamiz, J et al. (2006). Structural indicators of positive mental health. In: Lavikainen, J; Fryers, T; Lehtinen, V. (eds). *Improving Mental Health Information in Europe: Proposal of the MINDFUL project*. EU, Helsinki: MINDFUL, STAKES.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Parker-Oliver, D. (2002). Redefining hope for the terminally ill. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19(2), 115-120.
- Parry, D. C., & Glover, T. D. (2010). Dignity, Hope, and Transcendence: Gilda's Club as Complementary Care for Cancer Survivors. *Journal of Leisure Research*, 42(3), 347-364.
- Paul, P. (2005). Transdisciplinaridade e antropofomia: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 72-92. Acedido a 12 de maio de 2013, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300005&lng=en&tlng=pt
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiães, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6), 174-179.
- Pedro, N., & Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2o e 3o ciclos do Ensino Básico. *Análise Psicológica*, 2(24), 247-262. Acedido a 12 de maio de 2013, disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312006000200010&script=sci_arttext
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª edição). Boston MA: Pearson.

- Portaria n.º 205/2011 de 23 de maio (2011). Cria o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Oeste Norte. Diário da República 1ª Série. N.º 205 (11-05-23), 2887-2889.
- Praag, V. (2005). Can stress cause depression? *World Journal of Biological Psychiatry*, 6 (2), 5-22.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2014). *Portugal: Saúde Mental em Números-2014*. Lisboa Direção Geral da Saúde.
- Projeto Educativo de Escola 2010-2013. Escola Secundária de Amora(ESA) (s.d.). Acedido em 10 de março de 2013 em <http://esec-amora.pt/web/index.php/en/esa/documentosestruturantes>
- ProMenPol Project. (2009). *A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: The Educational Setting Final 2009 Table of Contents*. Acedido a 23/3/2014, em <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit>,
- Querido, A. (2012). *A promoção da Esperança em fim de vida. Teste da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. a. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Research Notes*, 4(1), 519. doi:10.1186/1756-0500-4-519
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), 8648-8653.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), 8669-8673.

Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializada em Saúde Mental. Diário da República II Série. N.º 122 (25-06-2015), 17034-17041.

Relatório de Avaliação Externa das Escolas – Escola Secundária da Amora (2012). Lisboa: Ministério da Educação e Ciência – Inspeção Geral da Educação. Acedido em 3 de setembro de 2013 em <http://esec-amora.pt/web/images/20142015/docs/docestruturante/RELAVEXT2012.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março (2008). Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental para o período de 2007 a 2016. Diário da República, 1ª Série, n.º47 (08-03-06) p.1395.

Riley, S. E., Stromberg, A. J., & Clark, J. J. (2009). Relationship between caregiver hopefulness and satisfaction with their children's mental health services. *Community Mental Health Journal*, 45(4), 307–315. <http://doi.org/10.1007/s10597-009-9188-5>

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown: Wesleyan University Press.

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 (Abingdon, England)*, 19(3), 243–248. <http://doi.org/10.3109/09638230903531126>

Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. Enfermagem e o Cidadão. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, Ano 4 (10), 2-4.

Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268

Santos, J. (Coord.); Façanha, J.; Gonçalves, J.; Erse, M.; Cordeiro, R.; Façanha, R. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia

Comportamentos da Esfera Suicidária. Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012a). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–64. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>

Schrank, B., Woppmann, A., Grant Hay, A., Sibitz, I., Zehetmayer, S., & Lauber, C. (2012b). Validation of the Integrative Hope Scale in people with psychosis. *Psychiatry Research*, 198(3), 395–9. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.052>

Scottish Executive (2006) National Review of Mental Health Nursing in Scotland: Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. Scottish Executive, Edinburgh.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Diagnósticos e Intervenções*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 978-9895-5808-3-5.

Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C., Evans, R.; Scherman, P.; Bowers, L. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *Bio Med Central Psychiatry*, 14(1), 30. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-30>

Snyder, C. R. (Ed).(2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*.San Diego, CA, US: Academic Press.

Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care : A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244–273. <http://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>

Souza, M.; Silva, M; Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106.´

- Spadini, L.S.; Souza, M.C. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área da saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, abr; 10 (1): 132 – 8.
- Tappen, R. (2001). *Liderança e Administração em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Taylor, C. M. (1992)^a. *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness* (13^a edição). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Taylor. B. (1992)^b. From helper to human: A reconceptualization of the nurse as person. *Journal of advanced Nursing*, (17), 1042-1049.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5^a edição). (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6^a edição). (S. C. Rodrigues, Trad.). Loures, Lusociência.
- Tusaie, K. (2008). Positive development in children and adolescent. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(6), pp. 389-390.
- Unterrainer, H., Lewis, A. & Fink, A. (2014). Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 382–392. <http://doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5>
- Van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E., Herth, K., & Van Nieuwenhuizen, C. (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, 67-74.
- Veiga, F. (2007). *Indisciplina e violência na escola: práticas comunicacionais para professores e pais* (3^a edição). Coimbra: Almedina.
- Venning, A., Kettler, L., Zajac, I., Wilson, A., & Elliott, J. (2011). Is Hope or Mental Illness a Stronger Predictor of Mental Health? *International Journal of Mental*

Health Promotion, 13(April 2013), 32–39.
<http://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715654>

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

Waynor, W., Gao, N., Dolce, J., Haytas, L., & Reilly, A. (2012). The relationship between hope and symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 345–348.
<http://doi.org/10.2975/35.4.2012.345.348>

Weare, K. (2006). *Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach*. New York: Routledge.

Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(S1), i 29–i 68.

Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: construct, clinical applications, and supports. *Family Process*, 49(1), 5-25.

Wegener, I., Geiser, F., Alfter, S., Mierke, J., Imbierowicz, K., Kleiman, A., Koch, A. & Conrad, R. (2015). Changes of explicitly and implicitly measured self-esteem in the treatment of major depression: Evidence for implicit self-esteem compensation. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 57–67.

Wnuk, M., & Marcinkowski, J.(2012). Do Existential Variables Mediate Between Religious-Spiritual Facets of Functionality and Psychological Wellbeing. *Journal of Religion and Health*, 53, 56–67. <http://doi.org/10.1007/s10943-012-9597-6>

Wolchik, S., Schench, C., & Sandler, I. (2009). Promoting resilience in youth from divorced families: lessons learned from experimental trials of the new beginnings program. *Journal of Personality*, 77(6), pp. 1833-1868.

World Health Organization (WHO) (s.d.) *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptors and diagnostic guidelines*. Acedido a 12 de janeiro de 2014 em <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

- World Health Organization. (2002). Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- World Health Organization. (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. In: World Health Organization. Acedido a 09 de junho de 2012 em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2009) Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. Acedido a em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/11/06-039156-table-T4.html>
- World Health Organization (WHO) (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Version 1.0. WHO. Acedido em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf
- World Health Organization, World suicide prevention day 2012. Acedido a 16 de janeiro de 2013 em http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/
- Yalom, I. (2008). *Psicoterapia de grupo* (5ª edição). (R. Osório, Trad.) São Paulo: Artmed.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo – Teoria e prática*. 5ª ed. (R.C.Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.(trabalho original em Inglês publicado em 2005).
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. 3rd Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zucker, D. M. (2009). *How to Do Case Study Research*. School of Nursing Faculty Publication Series. Paper 2. Acedido em 12 de junho de 2014 em http://scholarworks.umass.edu/nursing_faculty_pubs/2.