



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Promoção da esperança em pessoas com humor depressivo: uma intervenção de enfermagem especializada

Maria Isabel da Silva Machado, nº5232

Maio de 2026

Promoção da esperança em pessoas com humor depressivo: uma intervenção de enfermagem especializada

Maria Isabel da Silva Machado, nº5232

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2ª edição)

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Sónia
Patrícia Teixeira da Silva Alves e coorientação da Professora
Doutora Tânia Sofia Pereira Correia

Maio de 2026

“A esperança é o sonho do homem acordado.”

- Aristóteles

Agradecimentos

A realização deste relatório representa o culminar de um percurso formativo profundamente enriquecedor, marcado por múltiplas oportunidades de aprendizagem, crescimento pessoal e desenvolvimento profissional. Este caminho foi possível graças ao apoio, orientação e presença de diversas pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para que esta etapa se tornasse ainda mais significativa.

À Professora Doutora Patrícia Alves e à Professora Doutora Tânia Correia, expresso o meu sincero agradecimento pela orientação, disponibilidade e acompanhamento ao longo deste percurso. A sua capacidade de incentivar a reflexão, estimular o pensamento crítico e apoiar o desenvolvimento académico constituiu um contributo fundamental para a realização deste trabalho e para a consolidação do meu percurso enquanto futura enfermeira especialista.

Aos Enfermeiros Especialistas Mauro Silva, Catarina Santos e Carlos Amaral, agradeço a disponibilidade, o acolhimento e a partilha generosa de conhecimentos e experiências. A vossa orientação e apoio permitiram-me aprender, crescer e desenvolver competências fundamentais para a prática de enfermagem em saúde mental.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos e que foram, em todos os momentos, o meu maior apoio. A eles devo também uma das maiores alegrias da minha vida: ser trigêmea e ter tido o privilégio de trilhar cada etapa da vida ao lado dos meus dois melhores amigos, os meus irmãos. A toda a minha família, felizmente tão grande e tão presente que não consigo nomear individualmente, deixo um agradecimento profundamente especial. São, sem dúvida, o meu principal fator promotor de esperança.

Aos meus amigos, agradeço o companheirismo, a lealdade e a capacidade de tornarem cada etapa mais leve e feliz. Considero-me profundamente sortuda por ter sempre ao meu lado amigos que me escutam, me apoiam incondicionalmente e que me fazem rir mais do que qualquer profissional da comédia.

Levo comigo tudo o que aprendi ao longo deste percurso, mas, sobretudo, levo as pessoas que o tornaram possível e verdadeiramente especial. São elas que me recordam, todos os dias, que cuidar não é apenas olhar, é ver genuinamente o outro. Como escreveu José Saramago, *“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.”*

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

Resumo

A saúde mental constitui uma prioridade crescente da saúde pública, exigindo respostas integradas e intervenções baseadas na evidência científica. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel central na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e no apoio ao processo de recuperação. Entre os fatores associados à recuperação, a esperança destaca-se como elemento fundamental para o bem-estar psicológico, adesão terapêutica e construção de projetos de vida significativos.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, evidenciando as atividades realizadas nos estágios em contexto comunitário e de internamento, bem como o desenvolvimento de competências especializadas.

Durante os estágios, foram implementadas intervenções de promoção da saúde mental, psicoeducação e intervenção psicoterapêutica, destacando-se a conceção e aplicação de um programa estruturado de promoção da esperança dirigido a pessoas com humor depressivo.

Na componente de investigação, foi realizada uma *scoping review* para mapear intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão, sustentando a construção do programa. Posteriormente, foi desenvolvido um estudo de caso, permitindo a sua aplicação e análise dos ganhos em saúde.

Os resultados evidenciam o contributo do enfermeiro especialista na promoção da esperança, autonomia e melhoria do estado emocional, reforçando a importância de cuidados centrados na pessoa e orientados para o *recovery*. Conclui-se que a promoção da esperança constitui uma área relevante da prática clínica, evidenciando a articulação entre investigação e cuidados baseados na evidência.

Palavras-chave: esperança; depressão; enfermagem de saúde mental; *recovery*; intervenção psicoterapêutica.

Abstract

Mental health is an increasing public health priority, requiring integrated responses and evidence-based interventions. In this context, the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist plays a central role in promoting mental health, preventing illness, and supporting the recovery process. Among the factors associated with recovery, hope has been identified as a key element for psychological well-being, treatment adherence, and the development of meaningful life projects.

This report aims to describe and critically analyze the educational pathway developed within the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, highlighting the activities carried out in both community and inpatient settings, as well as the development of specialized competencies.

During the clinical placements, specialized interventions were implemented, including mental health promotion, psychoeducation, and psychotherapeutic interventions. A structured hope promotion program for individuals with depressive mood was developed and applied.

Within the research component, a scoping review was conducted to map nursing interventions that promote hope in people with depression, supporting the development of the intervention program. Subsequently, a case study was carried out, enabling the implementation of the program and the analysis of health gains.

The findings highlight the contribution of the nurse specialist in promoting hope, enhancing autonomy, and improving emotional well-being, reinforcing the importance of person-centered and recovery-oriented care. It is concluded that hope promotion represents a relevant and distinctive area of mental health nursing practice, emphasizing the integration of research and evidence-based care.

Keywords: hope; depression; mental health nursing; recovery; psychotherapeutic intervention.

Sumário	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	21
PARTE I: Componente de estágio	25
1.Enquadramento conceptual e teórico de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica	27
2. Estágio em contexto comunitário	39
2.1. Caracterização do contexto clínico	39
2.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário	41
3. Estágio em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda	47
3.1. Caracterização do contexto clínico	47
3.2 Atividades desenvolvidas em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda	48
4. Competências desenvolvidas	55
PARTE II: Componente de investigação	65
5. Intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão: uma scoping review	69
Resumo	71
5.1 Metodologia	75
5.2. Resultados	81
5.3. Discussão	87
5.4. Conclusão	91
6. Estudo de caso	95
Introdução	97
6.1. História pessoal	103
6.1.1. Dados sociodemográficos	103
6.1.2. Motivo do internamento	103
6.1.3.Antecedentes pessoais	104
6.1.4. Genograma	105

6.1.5. Ecomapa da senhora T	106
6.1.6. História do desenvolvimento	106
6.1.7. História educacional e ocupacional	108
6.1.8. História familiar	109
6.1.9. História clínica	110
6.1.10. Vivência da doença	111
6.1.11. Exame físico	112
6.1.12. Exame do estado mental	113
6.1.13. Avaliação da cognição	114
6.1.14. Avaliação da emoção	114
6.1.15. Avaliação do comportamento	115
6.1.16. Rede de apoio e recursos disponíveis	115
6.2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	117
6.3. Avaliação do resultado das intervenções	121
6.3.1. Sessão 0	121
6.3.2. Sessão 1	122
6.3.3. Sessão 2	124
6.3.4. Sessão 3	125
6.3.5. Sessão 4	127
6.4. Conclusões	131
Considerações finais	133
Referências bibliográficas	137
APÊNDICES	147
APÊNDICE I: Powerpoint da sessão de relaxamento	149
APÊNDICE II: Procedimento da sobrecarga/stress do cuidador	153
APÊNDICE III: Artigo publicado em jornal local	175
APÊNDICE IV: Decálogo da Saúde Mental positiva	179
APÊNDICE V: Pósteres alusivos ao dia mundial da saúde mental	181
APÊNDICE VI: “Prescrição” do EEESMP	191
APÊNDICE VII: Educação para a saúde através das redes sociais	193
APÊNDICE VIII: Formação para a equipa de enfermagem	195
APÊNDICE IX: Sessão de educação para a saúde – Higiene do sono	207

APÊNDICE X: Projeto de estágio em contexto comunitário	221
APÊNDICE XI: Programa de promoção de esperança em pessoas com humor depressivo	229
APÊNDICE XII: Powerpoint de apoio à sessão 1 do programa de promoção de esperança	245
APÊNDICE XIII: Powerpoint de apoio à sessão 2 do programa de promoção de esperança	257
APÊNDICE XIV: Powerpoint de apoio à sessão 3 do programa de promoção de esperança	267
APÊNDICE XV: Powerpoint de apoio à sessão 4 do programa de promoção de esperança	273
APÊNDICE XVI: Projeto de estágio em contexto de internamento de doente em descompensação aguda	279
ANEXOS	291
Anexo I: Escala da Esperança de Herth	293
ANEXO II: Hospital Anxiety and Depression Scale	295
ANEXO III: Connor-Davidson Resilience Scale	297

Lista de tabelas

Pág

Tabela 1: Estratégias de pesquisa e expressões booleanas utilizadas nas diferentes bases de dados	77
Tabela 2: Tabela de resultados	84
Tabela 3: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	117
Tabela 4: Comparação dos resultados das escalas na Sessão 0 e Sessão 4	129

Lista de figuras

Pág

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos, segundo o modelo PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).....	79
Figura 2: Genograma da Senhora T.....	105
Figura 3: Ecomapa da senhora T	106

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
EEESMP	Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica
ELSE	Equipa Local de Saúde Escolar
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECI	Estatuto do Cuidador Informal
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PAB	Perturbação afetiva bipolar
PSI	Plano de Saúde Individual
OE	Ordem dos Enfermeiros
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2ª edição), da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves e coorientação da Professora Doutora Tânia Sofia Pereira Correia.

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como objetivo garantir a aquisição de competências científicas, técnicas, culturais, relacionais e éticas que sustentem uma prática profissional qualificada na prestação de cuidados no domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende, ainda, capacitar os enfermeiros para a integração em equipas multidisciplinares especializadas, promovendo uma abordagem colaborativa na prestação de cuidados diferenciados. Paralelamente, visa o desenvolvimento de competências de investigação científica nesta área de especialização, contribuindo para o avanço do conhecimento e para a consolidação de práticas baseadas na evidência. Deste modo, este ciclo de estudos fundamenta-se no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A componente clínica assume um papel estruturante neste percurso formativo, permitindo a integração do conhecimento teórico com a prática assistencial, num processo contínuo de desenvolvimento de competências. O presente relatório incide sobre dois contextos distintos e complementares de prestação de cuidados em saúde mental: o estágio em contexto comunitário e o estágio em contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação aguda da doença mental.

A saúde mental constitui atualmente uma das grandes prioridades da saúde pública, sendo reconhecida como um determinante fundamental do bem-estar individual, familiar e comunitário. A sua promoção, prevenção e tratamento assumem um papel central na organização dos sistemas de saúde, exigindo respostas integradas e articuladas entre diferentes níveis de cuidados (Organização Mundial da Saúde, 2022).

No âmbito das políticas de saúde mental, consolidou-se progressivamente o modelo comunitário de prestação de cuidados, que estruturou o atual sistema português. Este modelo,

proposto pela Organização Mundial da Saúde e adotado por diversos países europeus e da América do Norte, assenta na transição dos cuidados centrados no hospital psiquiátrico para serviços de proximidade inseridos na comunidade, favorecendo a acessibilidade, a continuidade dos cuidados e a integração social das pessoas com doença mental (Esteves, 2011).

Neste contexto, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) assumem um papel relevante na prestação de cuidados de saúde e apoio psicossocial a indivíduos, famílias e grupos mais vulneráveis. Estas unidades desenvolvem intervenções de proximidade, incluindo acompanhamento domiciliário, educação para a saúde, articulação com redes de suporte social e implementação de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

Paralelamente, o internamento psiquiátrico constitui uma resposta essencial nos sistemas de saúde mental, particularmente em situações de crise aguda que não podem ser geridas exclusivamente em contexto comunitário. Nestes contextos, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume particular relevância, mobilizando competências avançadas de avaliação clínica, intervenção terapêutica, gestão do risco e promoção da recuperação da pessoa com doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Diversos estudos evidenciam que a intervenção dos enfermeiros em unidades de internamento psiquiátrico contribui significativamente para os ganhos em saúde dos clientes, nomeadamente através da relação terapêutica, da gestão da crise, da promoção da adesão ao tratamento e do desenvolvimento de competências de coping e autonomia (Casimiro, 2023).

O presente relatório tem como finalidade descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas durante os estágios supramencionados, evidenciando o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes.

Na primeira parte, é apresentado o enquadramento conceptual que sustenta a temática em análise, seguindo-se a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, bem como a reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para além da componente descritiva e reflexiva dos estágios, o relatório integra uma componente de investigação estruturada em dois capítulos distintos. O primeiro capítulo corresponde à realização de uma *scoping review*, cujo objetivo consiste em mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com diagnóstico de depressão, contribuindo para a sistematização do conhecimento existente nesta área. O segundo capítulo apresenta um estudo de caso, no qual é descrita a implementação de uma intervenção de enfermagem especializada, correspondente à aplicação de um programa de promoção da esperança numa pessoa com humor depressivo, permitindo analisar a sua relevância clínica e os ganhos em saúde associados.

Desta forma, o presente relatório procura evidenciar a articulação entre investigação e prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento de uma enfermagem de saúde mental sustentada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a promoção da recuperação.

PARTE I: Componente de estágio

1- Enquadramento conceptual e teórico de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica

A compreensão da saúde mental e das intervenções desenvolvidas no âmbito da enfermagem especializada requer o enquadramento conceptual e teórico dos principais conceitos que sustentam a prática clínica nesta área.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Saúde Mental é definida como “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere*” (Organização Mundial da Saúde, 2025).

A saúde mental abrange o bem-estar psicológico, mas não se restringe a este domínio. Fundamenta-se no equilíbrio das funções mentais, expresso na capacidade do indivíduo para adotar comportamentos ajustados às diversas situações do quotidiano, nomeadamente o estabelecimento e a manutenção de relações interpessoais, a participação em atividades educativas e profissionais, o envolvimento em interesses pessoais e a tomada de decisões em áreas como a educação, o emprego ou a habitação. Quando este equilíbrio se encontra comprometido, devido a perturbações psiquiátricas ou a condições médicas, a capacidade de decisão do indivíduo pode ser significativamente afetada. Este comprometimento repercute-se não apenas na sua funcionalidade individual, mas também a um nível mais alargado, contribuindo para perdas no bem-estar familiar e social (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, s.d.).

A saúde mental constitui, na atualidade, uma das grandes prioridades da saúde pública, sendo reconhecida como um determinante essencial para o bem-estar individual, familiar e comunitário. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), não existe saúde sem saúde mental, pelo que a sua promoção, prevenção, tratamento e reabilitação assumem-se como dimensões centrais de qualquer sistema de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Portugal é o 2.º país com a taxa de prevalência de doenças psiquiátricas mais elevada da Europa, sendo que mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%) (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, s.d.).

As perturbações de ansiedade são as mais frequentes, afetando cerca de 9 % da população, seguidas das perturbações depressivas (6 %) e das perturbações associadas ao

consumo de álcool e de drogas (4%) (Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023.).

Neste contexto, a enfermagem de saúde mental emerge como uma especialização essencial dentro da prática profissional de enfermagem, orientada para a compreensão e intervenção sobre os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental. Sustentada em evidência científica e nas teorias de base psicológica, psicossocial, neurobiológica e da própria enfermagem, a intervenção especializada distingue-se pela profundidade do conhecimento, pela complexidade das competências e pela autonomia técnica na prática clínica. A sua abordagem holística, centrada na relação terapêutica e na ajuda personalizada, valoriza as necessidades, capacidades e recursos dos indivíduos, famílias e comunidades. O EEESMP atua como instrumento terapêutico, mobilizando competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ao longo de todo o ciclo vital. Esta prática permite estabelecer relações de confiança e de parceria com os clientes, promovendo o insight, o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e a recuperação do equilíbrio mental. Deste modo, a enfermagem de saúde mental contribui não só para a melhoria da qualidade de vida individual, como também para a promoção da inclusão social e a valorização do potencial humano, mesmo em contextos de adversidade significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A enfermagem psiquiátrica encontra-se intrinsecamente ligada à evolução da disciplina de enfermagem, sendo influenciada pelas diferentes correntes de pensamento científico e filosófico ao longo das diversas épocas (Pinheiro et al., 2019). A utilização de conceitos e teorias específicas permite ao Enfermeiro Especialista planear os cuidados de forma mais fundamentada, consistente e adaptada às necessidades da pessoa, sustentando a tomada de decisão clínica e a individualização da intervenção (Smith & Parker, 2020).

Neste sentido, a prática da enfermagem de saúde mental encontra-se sustentada em referenciais teóricos que orientam a intervenção clínica e a tomada de decisão do enfermeiro.

Neste contexto, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau (1991) assumiu um papel pioneiro, ao constituir o primeiro referencial teórico de enfermagem a integrar problemas de natureza psicossocial, valorizando a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa e/ou coletividade como núcleo central do processo de cuidar (Pinheiro et al., 2019).

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau constitui uma teoria de médio alcance centrada na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, valorizando

a interação interpessoal como elemento essencial na prática de enfermagem. Neste enquadramento, o enfermeiro é conceptualizado como um facilitador do processo terapêutico, apoiando a pessoa na identificação, compreensão e resolução dos seus problemas de saúde. Desde a sua formulação, na década de 1950, esta teoria tem assumido particular relevância na enfermagem de saúde mental, ao enfatizar a compreensão mútua e o crescimento conjunto entre enfermeiro e pessoa como componentes fundamentais do processo de cuidar (Carvalho, 2024).

Esta teoria centra-se na interação dinâmica entre o enfermeiro e a pessoa, conceptualizando a relação terapêutica como um processo evolutivo organizado em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, o enfermeiro apoia a pessoa na identificação e compreensão do seu problema, promovendo o reconhecimento da necessidade de ajuda. Seguidamente, na fase de identificação, a pessoa começa a estabelecer uma ligação com o enfermeiro, reconhecendo-o como alguém capaz de compreender a sua experiência. Na fase de exploração, a pessoa é incentivada a explorar alternativas e estratégias de resolução, com o apoio do enfermeiro, potenciando o desenvolvimento de competências de coping. Por fim, na fase de resolução, verifica-se a consolidação das aprendizagens, com a adoção de novos objetivos e a progressiva autonomização da pessoa, culminando numa resolução eficaz da relação terapêutica (Wasaya et al., 2021).

Outro construto central da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau refere-se aos papéis desempenhados pelo enfermeiro no contexto da relação terapêutica, nomeadamente enquanto pessoa de recurso, conselheiro, professor, líder, perito técnico e substituto. Enquanto pessoa de recurso, o enfermeiro fornece informação específica e relevante que permite à pessoa compreender a sua situação e os seus problemas de saúde. No papel de conselheiro, facilita a expressão de sentimentos e utiliza técnicas interpessoais que apoiam a pessoa na compreensão das suas dificuldades, na resolução de problemas e na tomada de decisões. Como professor, identifica necessidades de aprendizagem e promove a aquisição de conhecimentos por parte da pessoa e da família, contribuindo para a melhoria das suas condições de vida. No papel de líder, orienta a interação terapêutica, assegurando a definição e concretização de objetivos ajustados às necessidades da pessoa. Enquanto perito técnico, mobiliza conhecimentos e competências clínicas especializadas para a realização de intervenções adequadas e seguras. Por fim, enquanto substituto, o enfermeiro pode assumir simbolicamente o papel de outras figuras significativas, influenciando a forma como a pessoa vivencia a relação terapêutica (Mendes, 2022).

Neste enquadramento teórico, a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume particular relevância. A intervenção do EEESMP estende-se a todas as fases do processo de cuidados: diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação, e inclui, ainda, a orientação de outros profissionais de saúde na abordagem dos fatores biopsicossociais que influenciam a resposta à doença, o processo de hospitalização e a dinâmica relacional com familiares, técnicos e outros clientes. A sua população-alvo abrange não apenas os clientes, mas também as famílias, cuidadores e profissionais, sempre que estejam presentes, de forma interdependente, processos corporais, psicológicos e de transição em contextos de cuidados não especializados em saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Uma das áreas centrais da prestação de cuidados em saúde mental corresponde à intervenção na comunidade, assumindo um papel fundamental na promoção da recuperação e da integração social das pessoas com doença mental.

Na sequência da evolução e investigação de diversos modelos de intervenção em saúde mental, resultantes dos processos de desinstitucionalização e de desenvolvimento comunitário verificados na Europa Ocidental, nos Estados Unidos da América e noutros países industrializados, emergiu uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto. Estes modelos valorizam a compreensão do ambiente, da estrutura social e dos fatores biopsicossociais que influenciam o processo de adoecimento e recuperação, com especial atenção às populações em situação de maior vulnerabilidade (Sousa Gago *et al.*, 2023).

Neste enquadramento, a intervenção em saúde mental desenvolvida no contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) não se restringe ao tratamento sintomatológico da doença, mas procura promover a recuperação, a autonomia e a integração familiar e social das pessoas. Tal é alcançado através da prestação de cuidados de proximidade, contínuos e multidisciplinares, em que a participação ativa e o envolvimento dos clientes são considerados elementos fundamentais (Sousa Gago *et al.*, 2023).

Os princípios fundamentais que orientam a prestação atual de cuidados de saúde mental na comunidade encontram-se amplamente definidos por diversos autores. Estes sustentam uma abordagem centrada na resposta às necessidades reais da população, garantindo acessibilidade e continuidade dos cuidados junto do local onde as pessoas vivem. No contexto da UCC, esta perspetiva traduz-se na promoção de uma intervenção próxima e integrada, orientada para o desenvolvimento das potencialidades individuais, a capacitação e o reforço do funcionamento psicossocial das pessoas com doença mental. Procura-se, assim, fomentar uma rede de suporte

sólida, articulando serviços e recursos disponíveis no território, de forma a assegurar a continuidade terapêutica e a integração social. Além disso, destaca-se a importância da seleção de intervenções baseadas na evidência científica, que privilegiem o modelo de *recovery*, centrado na recuperação pessoal e na promoção da autonomia, em detrimento de uma abordagem meramente sintomatológica (Sousa Gago et al., 2023).

Paralelamente à intervenção na comunidade, importa considerar também a resposta em contexto de internamento, particularmente em situações de descompensação aguda da doença mental.

A atual Lei da Saúde Mental (LSM) estabelece “[...] os fundamentos e os objetivos da política de saúde mental, consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e regula as restrições destes seus direitos e as garantias de proteção da sua liberdade e autonomia”. O referido diploma define a “doença mental” como uma “[...] condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde” (cfr. alínea a) do artigo 2.º da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho) (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

No atual processo de reestruturação dos serviços de saúde mental, conforme o Decreto-Lei 113/2021 de 14 de dezembro, pretende-se que os serviços locais de saúde mental se orientem para a recuperação integral da pessoa com doença mental, promovendo a sua desinstitucionalização e reinserção na comunidade, o que engloba as unidades de internamento de pessoas em fase aguda de doença mental (Mota et al., 2024).

O internamento psiquiátrico constitui uma intervenção central nos sistemas de saúde mental, especialmente para pessoas em crise aguda que não conseguem ser geridos exclusivamente em ambiente comunitário. A decisão de admitir uma pessoa em regime de internamento envolve múltiplos fatores, não apenas clínicos, mas também emocionais, interpessoais e contextuais. Para além do controlo da sintomatologia, o internamento visa garantir segurança, promover a estabilização emocional e criar condições para a continuidade do tratamento em contexto comunitário, inserindo-se num modelo de cuidados progressivo e articulado (Nathan et al., 2021).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) desempenha um papel central e insubstituível. A sua prática é orientada por competências

avancadas de avaliação, intervenção terapêutica e tomada de decisão clínica, que permitem responder de forma eficaz e humanizada aos desafios específicos do internamento. A Ordem dos Enfermeiros destaca que o EEESMP detém competências específicas na promoção da saúde mental, prevenção da doença, intervenção em crise, gestão do risco, promoção da autonomia e facilitação da recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A presença contínua do enfermeiro no internamento, ao contrário de outros profissionais cuja intervenção é pontual, permite-lhe observar a evolução do estado mental, identificar precocemente sinais de agravamento e intervir de forma imediata e especializada (Sampaio, 2021). Esta dimensão de vigilância terapêutica e proximidade relacional tem sido reconhecida como determinante para a criação de um ambiente seguro, estruturado e emocionalmente regulador, fatores que contribuem diretamente para o bem-estar e estabilidade do doente (Sundin et al., 2022).

A literatura evidencia que, em unidades de internamento psiquiátrico, os enfermeiros desempenham um papel central na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro e estruturado, sendo igualmente responsáveis pelo estabelecimento de relações terapêuticas significativas com os clientes e pelo apoio ao desenvolvimento de estratégias de coping e autonomia (Borg et al., 2014).

Diversos estudos destacam que os enfermeiros em saúde mental têm um impacto significativo nos ganhos em saúde durante o internamento, nomeadamente através de intervenções terapêuticas individuais baseadas na relação, estratégias de gestão da crise e de comportamentos complexos, psicoeducação e promoção da adesão ao tratamento, desenvolvimento de competências de coping e autonomia, apoio emocional e motivacional orientado para a recuperação (Casimiro, 2023).

Neste contexto, os modelos de intervenção em saúde mental têm vindo a valorizar progressivamente abordagens centradas na recuperação da pessoa, privilegiando processos que promovam a autonomia, o sentido de vida e a esperança.

Quando se procura compreender a recuperação ou o restabelecimento do equilíbrio psíquico, social e físico da pessoa com doença mental, pode recorrer-se ao conceito de *Recovery*. Este destaca o carácter pessoal, subjetivo e singular do processo de recuperação, através do qual a pessoa reencontra significado na sua experiência, redefine propósitos e renova a esperança na sua vida. Implica o reconhecimento, a aceitação e a integração do viver com doença mental, apesar dos desafios inerentes, promovendo simultaneamente o empoderamento

pessoal e a capacidade de conduzir uma vida autónoma, com poder de decisão sobre si (Alves, 2023).

No *Recovery*, a pessoa é valorizada numa perspetiva holística, ultrapassando o foco exclusivo na doença e privilegiando-se, em vez disso, as suas forças, recursos e potencialidades, assentes na experiência real de viver com uma doença mental. Diversos estudos demonstram que o sentido de autoeficácia, o empoderamento, a espiritualidade, o suporte social e a qualidade de vida constituem elementos essenciais para alimentar e sustentar a esperança. A crença de que a mudança é possível, aliada à instilação de esperança e ao reconhecimento da vivência subjetiva da pessoa, assume, por isso, um papel central na abordagem orientada para o *Recovery*. Reconhecida a relevância da esperança na experiência da pessoa, especialmente da pessoa com doença mental, e considerando as variações inerentes aos diferentes percursos de *Recovery*, torna-se pertinente refletir sobre intervenções de Enfermagem direcionadas ao suporte e ao fortalecimento da esperança (Alves, 2023).

Entre os diferentes fatores associados ao processo de *recovery*, a esperança assume um papel particularmente relevante, sendo reconhecida como um elemento central no processo de recuperação em saúde mental, constituindo um dos fatores psicológicos mais consistentemente associados à resiliência, à adesão terapêutica e a melhores resultados clínicos. Evidências empíricas sugerem que níveis mais elevados de esperança se relacionam com maior resiliência, melhor adesão aos planos terapêuticos e desfechos clínicos mais favoráveis (Snyder, 2002; Sun et al., 2023). De acordo com a Teoria da Esperança de Snyder (2002), este constructo pode ser entendido como um estado motivacional positivo orientado para o futuro, que assenta na perceção de capacidade pessoal (*agency*) para iniciar e manter esforços dirigidos a metas, bem como na identificação de percursos possíveis (*pathways*) para as alcançar, mesmo perante obstáculos.

Neste enquadramento, torna-se pertinente compreender de que forma a intervenção do enfermeiro especialista pode atuar diretamente na promoção da esperança. A intervenção psicoterapêutica de enfermagem assume, neste contexto, um papel central, sendo compreendida como uma intervenção baseada na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia, sustentada em princípios estruturantes que orientam a sua implementação na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Sampaio et al., 2014). Trata-se de uma intervenção organizada de forma estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial, realizada por um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e

fundamentada em um ou mais referenciais teóricos da psicoterapia (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Esta intervenção decorre da identificação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da saúde mental, pressupondo a participação ativa da pessoa no processo terapêutico, bem como um nível mínimo de consciência de si que permita o envolvimento nas dinâmicas propostas (Sampaio et al., 2014). Assenta na relação terapêutica e na comunicação interpessoal como elementos centrais (Peplau, 1991; Ordem dos Enfermeiros, 2019), sendo operacionalizada através de um número delimitado de sessões, geralmente compreendido entre três e doze (Sampaio et al., 2014). O seu objetivo centra-se na promoção de mudança ou na redução de um estado percebido como negativo pela pessoa, sendo esse processo orientado pela definição prévia de metas terapêuticas partilhadas entre o enfermeiro e o cliente (Sampaio et al., 2014).

Para além das intervenções psicoterapêuticas, o enfermeiro especialista recorre também a intervenções psicoeducativas, que complementam o processo terapêutico. Estas constituem intervenções estruturadas que visam fornecer informação à pessoa com doença mental, à sua família ou a grupos-alvo acerca da sua condição de saúde, nomeadamente no que se refere ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e direitos associados à doença (Martins et al., 2021). Para além da transmissão de informação, a psicoeducação assume um papel ativo na reconfiguração do significado atribuído à doença mental, contribuindo para a redução do estigma e para a promoção de uma compreensão mais adaptativa da experiência de adoecimento (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste sentido, integra-se como parte essencial do plano terapêutico, promovendo o desenvolvimento de competências que permitem à pessoa lidar de forma mais eficaz com a sua condição, nomeadamente através da aprendizagem de estratégias de coping, da melhoria da adesão terapêutica e do reforço da autonomia e da autoeficácia (Sequeira & Sampaio, 2020). Deste modo, as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas assumem-se como pilares fundamentais da atuação do enfermeiro especialista, sendo particularmente relevantes na promoção da esperança e no suporte ao processo de *recovery* (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sequeira & Sampaio, 2020).

Para além da sua conceptualização teórica, torna-se fundamental compreender de que forma a esperança pode ser operacionalizada na prática clínica de enfermagem. Querido (2020) enquadra a promoção da esperança em enfermagem de saúde mental a partir da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, evidenciando a sua pertinência enquanto referencial

orientador da intervenção terapêutica. A autora articula as intervenções promotoras de esperança com as diferentes fases da relação interpessoal, bem como com os papéis desempenhados pelo enfermeiro, demonstrando que a esperança pode ser intencionalmente trabalhada ao longo de todo o processo relacional.

Na fase de orientação, caracterizada pelo primeiro contacto e pela construção inicial da relação, o enfermeiro assume uma posição ainda desconhecida para a pessoa, sendo fundamental desenvolver uma abordagem sensível e gradual. Neste momento, a promoção da esperança ocorre de forma implícita, centrando-se sobretudo na identificação de indicadores de esperança presentes no discurso do cliente e na recolha de informação através de instrumentos de avaliação que permitam compreender o seu posicionamento face ao futuro (Querido, 2020).

À medida que a relação evolui para as fases de identificação e exploração, criam-se condições mais favoráveis para uma intervenção terapêutica mais ativa. Nestes momentos, o enfermeiro acompanha a pessoa na descoberta e valorização dos seus recursos internos, facilitando a identificação de forças pessoais e de significados atribuídos à experiência vivida. A promoção da esperança assume aqui uma dimensão mais explícita, sendo operacionalizada através de intervenções que visam fortalecer a perceção de competência, estimular a redefinição de pensamentos e apoiar o desenvolvimento de estratégias de coping mais adaptativas. Neste contexto, os papéis de pessoa de recurso e de conselheiro revelam-se particularmente relevantes, permitindo ao enfermeiro orientar, apoiar e sustentar o processo de mudança (Querido, 2020).

Por fim, na fase de resolução, verifica-se a progressiva autonomização da pessoa e a consolidação das aprendizagens desenvolvidas ao longo da relação terapêutica. A promoção da esperança nesta etapa centra-se no reforço do percurso realizado, podendo ser facilitada através de estratégias que promovam a integração das experiências vividas e o reconhecimento das conquistas alcançadas, como a utilização de instrumentos terapêuticos de síntese. Este momento permite à pessoa reorganizar o seu projeto de vida, sustentado numa perspetiva mais positiva e orientada para o futuro (Querido, 2020).

No âmbito da prática de enfermagem, a esperança assume igualmente relevância enquanto foco de atenção clínica. A “Esperança” em Enfermagem e, em contrapartida, a “Falta de Esperança” ou mesmo o “Desespero”, são considerados, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), focos de atenção relevantes para a prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Segundo a OE (2016), a “Esperança” é

definida como “emoção com as características específicas: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (p.57), o que está em concordância com os autores atrás referidos. A “Falta de Esperança”, por sua vez, é descrita enquanto “emoção negativa” (OE, 2016, p.58), podendo ser também um diagnóstico de Enfermagem. O foco “Desespero” é descrito como “emoção negativa: sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.53).

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume, neste contexto, particular relevância na promoção da esperança enquanto processo terapêutico central à recuperação. Estes profissionais intervêm em diferentes contextos de cuidado, desde serviços hospitalares até unidades comunitárias, sendo que a sua prática abrange atividades como a avaliação diagnóstica, a implementação de intervenções psicoterapêuticas, a psicoeducação, a gestão de crises e o apoio às famílias. A sua atuação, sustentada em modelos teóricos de enfermagem e em perspectivas psicossociais e neurobiológicas, permite um acompanhamento individualizado e precoce, centrado na pessoa e nas suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sufrate-Sorzano et al., 2022; Sundin et al., 2022).

Perante estas lacunas, torna-se pertinente avançar na sistematização e na avaliação das práticas de enfermagem dirigidas à promoção da esperança em pessoas com doença mental. Este esforço pode contribuir para consolidar a prática baseada na evidência, orientar o desenvolvimento de intervenções de enfermagem consistentes e promover cuidados em saúde mental mais eficazes, humanos e centrados na pessoa. Desta forma, o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do presente relatório corresponde a uma *scoping review* que visa mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão, tendo a escolha sido motivada pela pertinência da temática e pelo meu interesse pessoal na mesma.

Dado o impacto marcante dos contextos comunitário e de internamento na área da saúde mental, bem como a relevância da intervenção de enfermagem em ambos, torna-se fundamental que, no âmbito da formação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), sejam desenvolvidas competências que permitam uma intervenção especializada, sustentada numa prática baseada na evidência científica. Neste sentido, os presentes estágios foram desenvolvidos com o propósito de promover a aquisição e

consolidação dessas competências. O presente relatório constitui, assim, um instrumento de análise crítica do percurso formativo realizado, permitindo refletir sobre as experiências de aprendizagem desenvolvidas e sobre a integração do conhecimento científico na prática clínica em saúde mental.

2 - Estágio em contexto comunitário

2.1 - Caracterização do contexto clínico

O primeiro estágio foi realizado numa UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), de 15 de Setembro a 14 de Novembro de 2025.

As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuam, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Serviço Nacional de Saúde, s/d.)

A UCC encontra-se integrada na estrutura organizacional e funcional da ULS-VDL, sendo, no entanto, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica.

A UCC presta cuidados de saúde de proximidade à população, famílias e comunidade. A sua missão é “prestar cuidados de saúde de domínio biopsicossocial (numa lógica de prestação de cuidados integrada e de proximidade) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/psíquica e funcional. Atua ainda na literacia em saúde e na integração em redes de apoio à família, garantindo sempre a continuidade, a acessibilidade, a satisfação dos clientes, o rigor e a excelência na prestação de cuidados, contribuindo para a obtenção de incontestáveis ganhos em saúde”. À UCC, compete também a constituição da equipa de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), conforme previsto no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho.

A UCC apresenta uma vasta carteira de serviços e parcerias, destacando-se na vertente da Saúde Mental: Estatuto do Cuidador Informal (ECI), Projeto Mais Contigo, Projeto Dormir sobre o Assunto, Projeto Sexualmente, Núcleo Local de Inserção de Viseu, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Viseu, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco/Equipa de prevenção da Violência em adultos, Projeto Cognitivamente.

2.2 - Atividades desenvolvidas em contexto comunitário

Para o desenvolvimento das competências objetivadas, foi fulcral conhecer a estrutura física, dinâmica, organização e funcionamento do Serviço e integração na Equipa. Esta integração foi indubitavelmente facilitada pela disponibilidade e ajuda da equipa, bem pelo fornecimento de um manual de acolhimento no qual constavam informações de relevo para a integração. Considero que demonstrei interesse na aprendizagem e que aproveitei as oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Também a realização de uma sessão de relaxamento destinada aos profissionais de saúde foi fundamental, promovendo a autorreflexão sobre o meu próprio equilíbrio emocional e o impacto do stress na prática profissional, fomentando o autocuidado e a consciência de mim própria como instrumento terapêutico. Para além disso, é indubitavelmente vantajoso ter momentos que permitam praticar intervenções psicoterapêuticas, que são um dos pilares da minha futura intervenção enquanto EEESMP. Esta atividade possibilitou refletir sobre o papel do enfermeiro enquanto promotor do autocuidado e da regulação emocional. Ao conduzir a sessão, foi necessário um exercício de autoconhecimento, consciência corporal e gestão das próprias emoções, reconhecendo o impacto do equilíbrio pessoal na relação terapêutica e na qualidade dos cuidados prestados. Para além dos benefícios pessoais, considero também ter sido um momento promotor da saúde mental da equipa de enfermagem. Configurou-se uma atividade promotora da diminuição do stress e sobrecarga, que são problemáticas que carecem de extrema atenção na classe profissional de enfermagem, quer pela natureza dos cuidados, quer pelo desgaste emocional e físico a que estão sujeitos. Antes da sessão de relaxamento, foi apresentada uma pequena introdução, que pode ser consultada no Apêndice I.

Realizei também a atualização do protocolo interno de prevenção do *stress* do prestador de cuidados, tendo realizado uma revisão narrativa da literatura. Avaliando as necessidades da população, a evidência científica e os recursos disponíveis, optámos por criar um grupo de ajuda mútua. Esta protocolização foi realizada com o intuito de padronizar a prestação de cuidados e, assim sendo, melhorar a sua qualidade, visando o cumprimento dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Esta atividade, bem como a Intervenção dirigida ao cuidador informal, no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal, vêm reforçar a necessidade de uma abordagem holística, centrada não só na pessoa, mas também na família, grupos e comunidade. Os cuidadores informais são uma população vulnerável que, para

além de estarem a atravessar a difícil transição inerente à dependência de alguém em relação a si, têm também outros fatores de sobrecarga como falta de literacia em saúde inerente ao cuidar da pessoa dependente, falta de tempo para o autocuidado, dificuldades financeiras, revolta com os serviços sociais e de saúde, entre outros (Areias, 2023). A intervenção dos EEESMP, com destaque em contexto comunitário por serem elos de proximidade aos doentes e cuidadores em contexto domiciliário, tem um papel de relevo na diminuição da sobrecarga do cuidador e no facilitar das transições consequentes. As intervenções de enfermagem encontram-se explanadas no Apêndice II.

Desenvolvi também uma ação de educação para a saúde através da publicação de um artigo num jornal local, no âmbito do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de Outubro). Esta atividade revelou-se uma estratégia relevante de promoção da saúde mental junto da comunidade. Através deste meio de comunicação, foi possível divulgar informação fidedigna e acessível, sensibilizando a população para a importância do autocuidado e da saúde mental positiva, contribuindo para a redução do estigma associado à doença mental. Para além do impacto informativo, a atividade possibilitou uma aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, reforçando o papel do enfermeiro enquanto agente de educação, sensibilização e transformação social. A publicação no jornal constituiu, assim, um meio eficaz de promover a literacia em saúde mental e de fomentar uma cultura de maior compreensão, aceitação e valorização da saúde psicológica na sociedade. O artigo poderá ser consultado no Apêndice III.

Ainda relativo ao Dia Mundial da Saúde Mental, realizei ainda Educação para a Saúde e Intervenções Psicoeducacionais aos clientes das USF's. A componente educativa foi materializada através da elaboração e afixação de pósteres e cartazes (Apêndice IV e Apêndice V) distribuídos pelo edifício, nos quais se apresentava o Decálogo da Saúde Mental Positiva (Lluch-Canut, 2011), com o objetivo de sensibilizar a comunidade para a importância do autocuidado, da gestão emocional e da promoção do bem-estar psicológico. Paralelamente, procedeu-se à distribuição de “prescrições” simbólicas que, em vez de medicação, continham estratégias de autocuidado e de promoção da saúde mental, incentivando a reflexão sobre hábitos saudáveis e a responsabilização pela própria saúde (Apêndice VI). Durante o dia 10 de outubro, foi também realizada intervenção psicoeducacional aos clientes das USF, abordando temas como o reconhecimento de sinais de sofrimento psicológico, o recurso a estratégias de coping e a importância da procura de ajuda especializada quando necessário. A experiência revelou-se profundamente enriquecedora, não só pela adesão positiva das pessoas,

mas também pela percepção do impacto que ações simples, mas humanizadas, podem ter na valorização da saúde mental.

Foi também realizada uma ação de Educação para a Saúde através das redes sociais, com o objetivo de sensibilizar a comunidade para a importância da saúde mental. A publicação, com a mensagem “Cuidar da mente é cuidar da vida”, reforçou a necessidade de valorizar a saúde mental tanto quanto a física, promovendo a prevenção, o bem-estar e o acesso a cuidados adequados. A mensagem apelava ainda à procura de ajuda e à solidariedade, lembrando que “ninguém está sozinho”. O combate ao estigma é também uma missão do EEESMP, sendo fundamental este tipo de intervenção na comunidade. Esta intervenção revelou-se uma forma eficaz de divulgar informação fidedigna e positiva, alcançando um público alargado e contribuindo para a redução do estigma e a promoção da literacia em saúde mental (Apêndice VII).

Tive a oportunidade de participar em reunião da equipa nuclear e também na reunião da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Estes momentos permitiram-me observar e participar na articulação do trabalho entre pares, compreender a organização dos cuidados de enfermagem e a importância da comunicação efetiva dentro da equipa. Durante estas reuniões, foi possível refletir sobre casos clínicos, partilhar experiências e alinhar estratégias de intervenção, o que contribuiu para o reforço do raciocínio clínico, da tomada de decisão fundamentada e da prática colaborativa. Através desta participação, aprofundei o sentido de pertença à equipa e a consciência da importância de um trabalho coeso e articulado, orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Estas reuniões possibilitam a sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com a equipa de saúde.

Desenvolvi ainda uma ação de educação para a saúde através da realização de uma formação no serviço, relativa à temática “Estatuto do cuidador informal”. A sessão teve como objetivo sensibilizar os profissionais para a importância do reconhecimento e apoio ao cuidador informal, promovendo a reflexão crítica sobre a intervenção de enfermagem junto dos cuidadores e o impacto que o seu acompanhamento tem na saúde mental e bem-estar familiar. A experiência permitiu ainda consolidar a percepção de que o enfermeiro especialista deve assumir um papel ativo na formação contínua dos colegas, contribuindo para uma prática mais informada, humanizada e centrada na pessoa e no contexto familiar. (Apêndice VIII)

Outra das atividades contributivas para a aquisição de competências foi a Intervenção psicoeducacional realizada no Dia Mundial de Combate ao Bullying. Nas escolas, foi colocada uma moldura alusiva ao tema, para as crianças desenharem a mão e escreverem dentro palavras de incentivo e encorajamento contra o *bullying*. Foi ainda realizada uma atividade em que se solicitou às crianças que amassassem uma folha e, posteriormente, tentassem endireitá-la, observando que, mesmo após alisada, as marcas permaneciam. Esta metáfora serviu para ilustrar os efeitos duradouros das palavras e comportamentos agressivos, promovendo a reflexão sobre o impacto emocional do *bullying* e o valor do respeito e da empatia nas relações interpessoais. Esta atividade evidenciou a importância da intervenção precoce na promoção de competências socioemocionais, contribuindo para o desenvolvimento de relações mais empáticas e respeitadoras. Reforçou ainda o papel central que o EEESMP exerce na prevenção da doença mental e na promoção do bem estar psicológico desde a infância.

Participei ainda numa ação de formação interna com a temática “Estratégias de gestão de comportamento e regulação emocional no autismo”. Considero que a aquisição e aprofundamento de conhecimentos devem constar do percurso profissional, o que é corroborado pela Ordem dos Enfermeiros quando afirma que "o avanço no conhecimento requer que o EEESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, (...) que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.1). Esta sessão permitiu-me aprofundar conhecimentos relativos às características comportamentais e emocionais associadas ao autismo, bem como identificar estratégias práticas de comunicação, gestão de comportamento e promoção da autorregulação emocional. Estes conhecimentos serão uma mais valia para a minha intervenção especializada enquanto futura EEESMP.

Realização de Plano de Saúde Individual (PSI) de crianças com necessidades de saúde especiais. A Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE), perante a referenciação de crianças ou jovens com necessidades de saúde especiais (por exemplo: epilepsia ou diabetes), articula com outros serviços de saúde, a família e a escola, com as quais elabora um Plano de Saúde Individual (PSI), apoiando a sua implementação, monitorização e eventual revisão, de acordo com o estabelecido pelo Programa Nacional de Saúde escolar (2015). Participei na realização de três PSI's, que constituíram uma experiência particularmente enriquecedora, permitindo-me compreender a importância da articulação entre os diferentes contextos de vida da criança: família, escola e serviços de saúde. A participação neste processo contribuiu também para o reforço da visão holística da pessoa, reconhecendo a influência dos fatores emocionais,

familiares e sociais na gestão da doença crónica. Esta atividade reforçou, assim, o valor da colaboração intersetorial e do planeamento antecipado de cuidados, promovendo uma prática mais humanizada, centrada na criança e na sua rede de suporte. A elaboração destes planos, que visam garantir uma resposta integrada, segura e individualizada às necessidades específicas, possibilitou-me desenvolver competências de planeamento, comunicação e trabalho interdisciplinar, essenciais para a prestação de cuidados de qualidade.

Realizei, também Educação para a saúde destinada a pais de crianças do ensino pré- escolar e ensino básico, com a temática “Higiene do sono”. A sessão teve como principal objetivo sensibilizar os pais para a importância dos hábitos de sono saudáveis no desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças, abordando estratégias práticas para a criação de rotinas consistentes e ambientes propícios ao descanso. Esta intervenção permitiu-me desenvolver competências de comunicação e de educação em saúde, bem como reforçar a capacidade de adaptar a linguagem e os conteúdos ao público-alvo, tornando a mensagem acessível, clara e pertinente. A atividade contribuiu ainda para uma maior compreensão do impacto do sono na regulação emocional e no comportamento infantil, destacando o papel do EEESMP enquanto facilitador da relação entre saúde, família e escola, e promotor do bem-estar mental desde a infância. A sessão pode ser consultada no Apêndice IX.

Por fim, a realização do projeto de estágio (Apêndice X) também foi uma ferramenta promotora da reflexão e crescimento pessoal e profissional. Para facilitar a sua execução e potenciar a adequação das atividades realizadas à aquisição de competências, contribuiu também a Reunião com o Enfermeiro Tutor e Professora Orientadora para apresentação/discussão do Projeto de Estágio, bem como a Avaliação intermédia. Por último, para avaliação dos resultados, foi realizada a Avaliação final. Para além destes momentos formais e agendados, foi fundamental a orientação e tutoria ao longo de todo o estágio, a quem se agradece todo o apoio e disponibilidade demonstrada.

3. Estágio em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda

3.1. Caracterização do contexto clínico

O segundo estágio foi realizado num DPSM (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental) do distrito de Viseu entre o dia 17 de Novembro de 2025 a 30 de Janeiro de 2026.

Foi inaugurado a 23 de Maio de 1973. Os internamentos eram maioritariamente de doentes de evolução prolongada e, face à incapacidade de técnica de resposta perante o elevado número de clientes, colocaram-se algumas pessoas no domicílio com deslocação mensal, tendo assim surgido o serviço comunitário. O Hospital Dia abriu posteriormente a 13 de dezembro de 1988 (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS Viseu, 2018).

O DPSM inclui, atualmente, os serviços de internamento de doentes agudos (setor masculino e setor feminino), Consulta externa, Serviço Comunitário, Hospital de Dia e Pedopsiquiatria.

As funções desempenhadas pela equipa do DPSM vão vastas. O serviço de internamento tem como objetivo prestar cuidados de saúde mental ao cliente e família, tendo em vista a sua reinserção social. Na consulta externa, objetiva-se prestar assistência em ambulatório aos clientes, família e comunidade com problemas psiquiátricos. O serviço comunitário tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem diretamente ou delegando-os à família de forma a atuar como função terapêutica, colaborando com todos os técnicos. O Hospital de Dia tem como objetivo fornecer cuidados de saúde diferenciados aos clientes em regime de permanência parcial, mantendo tanto quanto possível a pessoa integrada no seu meio (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS Viseu, 2018).

3.2 Atividades desenvolvidas em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda

Para o desenvolvimento das competências previstas no estágio em contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação aguda da doença mental, foi fundamental conhecer a estrutura física, dinâmica, organização e funcionamento do serviço, bem como integrar progressivamente a equipa multidisciplinar. Esta integração foi facilitada pela disponibilidade e acolhimento da equipa, bem como pela possibilidade de observação inicial das atividades desenvolvidas, permitindo compreender os fluxos assistenciais, os processos de tomada de decisão clínica e a dinâmica de funcionamento da unidade. Este processo revelou-se essencial para a adaptação a um contexto caracterizado por situações de crise e elevada complexidade clínica.

Durante o período de estágio, a observação estruturada das atividades da equipa de enfermagem e restantes profissionais possibilitou compreender a articulação do trabalho interdisciplinar, bem como a importância da comunicação eficaz na garantia da continuidade e qualidade dos cuidados. Esta experiência permitiu reconhecer o papel de cada profissional no cuidado à pessoa em fase aguda da doença mental, reforçando a importância de uma abordagem integrada e colaborativa.

Ao longo do estágio, procurei aprofundar a compreensão dos processos psicopatológicos e da sintomatologia expressa pelos clientes e respetivas famílias, bem como das abordagens terapêuticas utilizadas. O contacto direto com pessoas em situação de descompensação aguda possibilitou o desenvolvimento do raciocínio clínico e da capacidade de observação do estado mental, permitindo identificar alterações no comportamento, pensamento, humor e percepção, fundamentais para o planeamento das intervenções de enfermagem.

No âmbito das intervenções psicoterapêuticas grupais, tive oportunidade de dinamizar sessões de relaxamento dirigidas às pessoas internadas, com o objetivo de promover a redução da ansiedade e favorecer a regulação emocional. A condução destas intervenções permitiu desenvolver competências ao nível da comunicação terapêutica, condução de grupos e utilização de técnicas psicoterapêuticas. Para além disso, evidenciou a importância do enfermeiro especialista na promoção do equilíbrio emocional e na criação de espaços terapêuticos seguros, facilitadores da expressão emocional.

Participei igualmente em intervenções grupais de estimulação cognitiva, com o objetivo de estimular funções como a atenção, memória e concentração. Estas atividades revelaram-se relevantes na manutenção da atividade mental, na promoção da interação social e na redução da apatia, frequentemente associada a determinadas patologias psiquiátricas.

A participação na reunião comunitária constituiu também uma experiência significativa, permitindo aos clientes expressar opiniões, partilhar experiências e refletir sobre o funcionamento do grupo. Este espaço terapêutico revelou-se fundamental para promover a participação ativa no processo terapêutico, reforçar o sentimento de pertença e desenvolver competências relacionais.

A dinamização destas intervenções evidenciou a importância do grupo enquanto contexto terapêutico, favorecendo a partilha de experiências e o desenvolvimento de competências sociais, essenciais no processo de recuperação em saúde mental. Contribuiu igualmente para a minha construção enquanto futura EEESMP, uma vez que a intervenção grupal exige competências avançadas de comunicação, nomeadamente escuta ativa, assertividade e gestão de conflitos. Estes momentos permitiram operacionalizar, em contexto real, os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, reforçando a importância da articulação entre teoria e prática na construção da prática especializada.

No âmbito das intervenções psicoterapêuticas individuais, tive oportunidade de realizar entrevistas motivacionais (EM), explorando ambivalências e promovendo a reflexão sobre comportamentos e objetivos terapêuticos. Esta intervenção é definida pelos seus autores Miller e Rollnick (2002, p.25) como “um método centrado no cliente, directivo, para intensificar a motivação intrínseca para a mudança, explorando e resolvendo a ambivalência”. Assim, sendo um método centrado no cliente, este torna-se o pivô da própria mudança. Mais do que um conjunto de técnicas, a EM é um método de comunicação (Miller & Rollnick, 2002). Esta abordagem revelou-se particularmente relevante na promoção do insight e da adesão ao tratamento, reforçando a importância da comunicação terapêutica, da escuta ativa e da validação emocional enquanto instrumentos centrais da intervenção do EEESMP.

Foram igualmente realizadas intervenções psicoeducativas, com o objetivo de promover a compreensão da doença mental e das estratégias de gestão da sintomatologia. Estas intervenções evidenciaram a importância da psicoeducação na promoção da literacia em saúde mental e na capacitação da pessoa para a gestão da sua condição. Permitiu-me desenvolver competências de adaptação da linguagem ao público-alvo e de transmissão de informação de

forma clara, acessível e cientificamente fundamentada. Compreendi que a psicoeducação não se limita à transmissão de informação, sendo um processo que promove a reflexão, a autonomia e a mobilização de estratégias de coping mais adaptativas.

Tive ainda oportunidade de integrar um programa de consciencialização para a doença mental, orientado para o aumento do *insight* e compreensão da experiência de doença. Este programa integrou diversas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, nomeadamente entrevista motivacional, relaxamento terapêutico, estimulação cognitiva, reestruturação cognitiva e resolução de problemas.

A participação neste programa permitiu compreender que o desenvolvimento de insight constitui um elemento central no processo de recuperação, facilitando a aceitação da doença e promovendo a adesão ao tratamento. Foi possível observar que, à medida que os clientes adquiriam maior compreensão da sua condição, demonstravam maior capacidade de reflexão e envolvimento no plano terapêutico. Esta experiência reforçou a importância da relação terapêutica enquanto facilitadora do processo de consciencialização e da adaptação à doença. Adicionalmente, a intervenção com a família revelou-se essencial na promoção da compreensão da doença, na redução do estigma e no reforço das estratégias de suporte, contribuindo para uma abordagem mais integrada e eficaz. Esta experiência reforçou a importância da relação terapêutica enquanto facilitadora do processo de consciencialização e da adaptação à doença.

O facto de as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas serem dirigidas não só ao cliente, mas também à família, constitui também uma valiosa oportunidade de aprendizagem. A inclusão da família no processo terapêutico permitiu uma compreensão mais abrangente da experiência de doença, facilitando a identificação de necessidades, recursos e dinâmicas relacionais com impacto na saúde mental do cliente.

Para além das atividades assistenciais, participei em ações de formação interna, que contribuíram para a atualização de conhecimentos e reforçaram a importância da aprendizagem contínua e da incorporação da evidência científica na prática profissional.

No âmbito da componente de investigação, desenvolvi uma *scoping review* com o objetivo de mapear intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com diagnóstico de depressão. Este trabalho permitiu aprofundar conhecimentos científicos e reforçar a importância da prática baseada na evidência.

Na sequência desta revisão, que evidenciou a necessidade de intervenções estruturadas de promoção de esperança, desenvolvi e implementei um programa de promoção da esperança em contexto de internamento, com o objetivo de estimular a definição de objetivos pessoais e a construção de uma perspetiva de futuro. Este programa pode ser consultado no Apêndice XI.

No âmbito da implementação do programa de promoção da esperança, desenvolvi um conjunto de intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sustentadas no processo de enfermagem e orientadas para a promoção da esperança, da autonomia e da recuperação da pessoa.

Inicialmente, realizei uma avaliação do estado clínico, emocional e funcional da pessoa, recorrendo à entrevista clínica semiestruturada e à aplicação de instrumentos validados, nomeadamente a Escala de Esperança de Herth (validada para a população portuguesa por Viana, Querido, Dixe & Barbosa, 2010), o termómetro da esperança (Ana Querido, 2020), a Hospital Anxiety and Depression Scale / HADS (validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2007) e a Connor-Davidson Resilience Scale / CD-RISC (validada para a população portuguesa por Faria Anjos et al., 2019). Esta avaliação permitiu-me identificar diagnósticos de enfermagem relevantes, como “Falta de Esperança” e “Humor depressivo”, bem como reconhecer fatores de risco e de proteção, necessidades prioritárias e recursos disponíveis, fundamentais para a planificação da intervenção.

Ao longo das sessões, desenvolvi intervenções psicoterapêuticas centradas na relação terapêutica, assumindo esta como o principal instrumento de cuidado, em linha com a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1991). Procurei estabelecer um ambiente seguro e de confiança, utilizando técnicas de comunicação terapêutica como a escuta ativa, a validação emocional, a reformulação e a clarificação, facilitando a expressão emocional e a exploração da experiência subjetiva da pessoa. Estas intervenções permitiram promover o insight, apoiar a reorganização de pensamentos disfuncionais e intervir diretamente na desesperança enquanto foco de atenção em enfermagem.

Paralelamente, desenvolvi intervenções psicoeducativas dirigidas à compreensão da doença mental e ao papel da esperança no processo de recuperação. Promovi a normalização da desesperança enquanto sintoma associado a quadros depressivos, explorei a relação entre esperança, adesão terapêutica e *recovery*, e clarifiquei a diferença entre esperança realista e expectativas irreais. Procurei, ainda, capacitar a pessoa para a autogestão da sua saúde, através da transmissão de informação estruturada e do ensino de estratégias de coping adaptativo.

No decurso da intervenção, foquei-me na promoção ativa da esperança, apoiando a pessoa na identificação de metas pessoais significativas e realistas, bem como no reforço da percepção de agência e de controlo sobre o seu processo de recuperação. Facilitei a definição de objetivos a curto prazo e estimulei a motivação para a mudança, promovendo o desenvolvimento de um sentido de propósito e de direção.

Simultaneamente, desenvolvi intervenções dirigidas ao fortalecimento das estratégias de coping e à resolução de problemas, incentivando a identificação de estratégias previamente utilizadas e a construção de novas respostas adaptativas face a dificuldades. Apoiei a antecipação de obstáculos e a elaboração de soluções práticas, promovendo a regulação emocional e a capacidade de enfrentamento.

Promovi, ainda, a identificação e mobilização de recursos internos e externos, facilitando o reconhecimento das forças pessoais e o mapeamento da rede de suporte social e familiar. Sempre que pertinente, incentivei a valorização destes recursos enquanto elementos facilitadores do processo de recuperação e manutenção da esperança.

Em colaboração com a pessoa, desenvolvi um plano terapêutico individualizado, estruturado em pequenas ações concretas e alcançáveis, orientadas para a promoção de ganhos progressivos. Este planeamento permitiu reforçar a percepção de progresso e consolidar a esperança enquanto processo dinâmico.

No final da aplicação do programa de promoção de esperança no estudo de caso, procedi à avaliação dos resultados da intervenção, através da reaplicação dos instrumentos utilizados inicialmente e da análise da percepção subjetiva da pessoa relativamente ao seu processo de mudança. Esta avaliação permitiu monitorizar a evolução clínica, identificar ganhos em saúde mental e ajustar a intervenção sempre que necessário.

O estudo de caso será apresentado na segunda parte do presente relatório.

De forma global, estas intervenções permitiram-me desenvolver uma prática especializada centrada na pessoa, sustentada na evidência e orientada para a promoção da esperança enquanto elemento central no processo de *recovery*.

A aplicação deste programa no âmbito de um estudo de caso permitiu aprofundar a análise de uma situação clínica específica, integrando conhecimentos teóricos e práticos e reforçando o desenvolvimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão fundamentada.

A articulação entre a *scoping review*, o desenvolvimento do programa de promoção da esperança e o estudo de caso permitiu estabelecer uma ligação consistente entre a evidência científica e a prática clínica. Este percurso evidenciou a importância da integração da evidência na prática do EEESMP, promovendo intervenções mais fundamentadas, individualizadas e centradas na pessoa.

Foi possível consolidar a compreensão de que a prática especializada em saúde mental exige uma abordagem reflexiva, crítica e baseada na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a promoção da recuperação. Este processo contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências de mestre, nomeadamente na análise crítica da evidência, tomada de decisão fundamentada e integração do conhecimento científico na prática clínica.

Por fim, a realização de reuniões com os enfermeiros tutores e professora orientadora permitiu alinhar objetivos formativos e refletir sobre o percurso desenvolvido, contribuindo para a consolidação das aprendizagens (o projeto de estágio poderá ser consultado no Apêndice XVI).

Globalmente, este estágio constituiu uma experiência determinante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo integrar conhecimento científico com a prática clínica e consolidar competências essenciais para o exercício enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4. Competências desenvolvidas

O conceito de competência refere-se à capacidade de mobilizar e integrar conhecimentos, experiências, aptidões, valores e atitudes, de forma a garantir um desempenho profissional eficaz e orientado para a concretização dos objetivos estabelecidos (Oliveira & Lisboa, 2021).

No contexto da enfermagem, a competência traduz-se na capacidade do profissional para aplicar o conhecimento científico e técnico de forma crítica, ética e reflexiva, respondendo de forma adequada às necessidades das pessoas, famílias e comunidades.

As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios possibilitaram o desenvolvimento e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018, 2019).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019), estas competências organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1. **Responsabilidade profissional ética e legal:** O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal refere-se ao exercício autónomo, responsável e eticamente fundamentado da prática de enfermagem, assegurando o respeito pela dignidade humana, pelos direitos da pessoa e pelos princípios deontológicos da profissão.

Durante os estágios, esta competência esteve presente de forma transversal em todas as intervenções realizadas, particularmente no contacto com pessoas em situação de descompensação aguda da doença mental em contexto de internamento psiquiátrico, frequentemente caracterizadas por elevados níveis de vulnerabilidade emocional e social. A prestação de cuidados exigiu uma postura profissional baseada na empatia, no respeito pela individualidade da pessoa e na promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança.

Neste contexto, a observação e avaliação do estado mental, a realização de intervenções psicoterapêuticas individuais e grupais e a interação contínua com os clientes implicaram uma

atenção permanente à confidencialidade da informação, ao respeito pela privacidade e à promoção da autonomia da pessoa, sempre que clinicamente possível.

Também em contexto comunitário esta competência se revelou fundamental, nomeadamente na realização de intervenções educativas e psicoeducativas dirigidas à comunidade, nas quais foi necessário assegurar a transmissão de informação clara, fidedigna e respeitadora da diversidade cultural e social das populações envolvidas.

2. **Melhoria contínua da qualidade:** A melhoria contínua da qualidade traduz-se no compromisso com a avaliação sistemática da prática profissional, na identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de estratégias que promovam a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Ao longo dos estágios, esta competência foi desenvolvida através da incorporação de evidência científica na prática clínica e da reflexão crítica sobre as intervenções realizadas. Destaca-se, neste âmbito, a realização de uma *scoping review* com o objetivo de mapear intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com diagnóstico de depressão.

A realização deste trabalho permitiu aprofundar o conhecimento científico sobre a temática da esperança em saúde mental e contribuiu para a implementação de um programa de promoção da esperança em contexto de internamento psiquiátrico. A integração do conhecimento científico na prática clínica reforçou a importância da investigação enquanto ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A dinamização da ação de formação no âmbito do “Estatuto do Cuidador Informal” constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento desta competência, ao implicar a identificação de uma necessidade formativa na equipa e a implementação de uma estratégia estruturada de intervenção. Esta atividade permitiu promover a atualização de conhecimentos, a reflexão crítica sobre as práticas e a uniformização da intervenção junto dos cuidadores informais, favorecendo a prestação de cuidados mais consistentes e centrados nas necessidades da pessoa e da família. Simultaneamente, reforçou a importância do papel do enfermeiro especialista enquanto agente dinamizador da melhoria contínua, através da capacitação dos profissionais e da integração da evidência científica na prática clínica, com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Paralelamente, em contexto comunitário, foi realizada a atualização de um protocolo interno de prevenção do stress do prestador de cuidados, com base numa revisão narrativa da literatura, contribuindo para a padronização de práticas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cuidadores informais.

3. **Gestão de cuidados:** A gestão de cuidados refere-se à capacidade de planear, coordenar e supervisionar cuidados de enfermagem especializados, articulando recursos e profissionais de forma a garantir respostas adequadas às necessidades da pessoa, família e comunidade.

Durante os estágios, esta competência foi desenvolvida através da participação em reuniões de equipa multidisciplinar, tanto em contexto comunitário como em contexto hospitalar. Estes momentos permitiram compreender a importância da articulação entre os diferentes profissionais de saúde, bem como o papel do enfermeiro na organização e coordenação dos cuidados.

A participação em reuniões de equipa nuclear e reuniões de ECCI permitiu observar a discussão de casos clínicos, a definição de estratégias de intervenção e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Estes momentos contribuíram para o desenvolvimento do raciocínio clínico e para uma melhor compreensão da importância da colaboração interdisciplinar na prestação de cuidados de saúde mental.

A participação na elaboração de Planos de Saúde Individual (PSI) em contexto de saúde escolar constituiu também uma oportunidade relevante para compreender a importância da articulação intersetorial entre saúde, família e escola, evidenciando o papel do enfermeiro na coordenação de cuidados e na adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada criança.

A elaboração de um estudo de caso em contexto de internamento constituiu também uma oportunidade de aprofundar a análise clínica e o planeamento de cuidados individualizados, integrando dados provenientes da avaliação do estado mental, do contexto familiar e social do cliente da evolução clínica observada ao longo do internamento.

4. **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:** O desenvolvimento das aprendizagens profissionais corresponde à capacidade de atualização contínua de conhecimentos e competências, promovendo uma prática profissional reflexiva e sustentada na evidência científica.

Ao longo dos estágios, procurei adotar uma postura de aprendizagem ativa e reflexiva, valorizando as oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional proporcionadas pelas experiências vivenciadas nos diferentes contextos de cuidados.

A participação em ações de formação interna contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos em áreas relevantes da prática em saúde mental, nomeadamente no domínio das estratégias de gestão comportamental e regulação emocional.

Paralelamente, os momentos de supervisão com os enfermeiros tutores e com a professora orientadora constituíram espaços privilegiados de reflexão crítica sobre a prática clínica, permitindo identificar pontos fortes, reconhecer áreas de melhoria e consolidar aprendizagens essenciais para o desenvolvimento profissional.

A elaboração do relatório de estágio representou igualmente um importante instrumento de reflexão e integração de conhecimentos, possibilitando analisar as experiências vivenciadas e consolidar aprendizagens fundamentais para o exercício da enfermagem especializada em saúde mental.

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista, o percurso realizado permitiu igualmente desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, fundamentais para a intervenção especializada junto da pessoa, família, grupos e comunidade:

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

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018, p.2), esta competência descreve-se como a *“capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados”*.

Considero fulcral o trabalho de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal no exercício da enfermagem de saúde mental. Cuidar o outro exige que olhemos para ele mas exige

também que olhemos para o nosso “eu” em profundidade. O enfermeiro e, neste caso, o EEESMP, deve procurar aprender a identificar e lidar com as suas próprias emoções, valores, crenças, objetivos, motivações, gatilhos emocionais, etc. A aquisição desta competência pressupõe um trabalho contínuo de compromisso com o crescimento pessoal e profissional, usando as vivências e experiências para uma reflexão crítica e consequente aprendizagem inerente.

O desenvolvimento do autoconhecimento constitui uma competência essencial do enfermeiro especialista em saúde mental, uma vez que a consciência das próprias emoções, valores e atitudes influencia diretamente a qualidade da relação terapêutica estabelecida com a pessoa cuidada.

Durante o estágio, esta competência foi desenvolvida através de momentos de reflexão pessoal e profissional decorrentes da interação com pessoas em sofrimento psicológico, bem como através da condução de intervenções terapêuticas, nomeadamente sessões de relaxamento destinadas a profissionais de saúde.

A dinamização destas sessões exigiu um processo de consciência corporal, gestão emocional e reflexão sobre o papel do enfermeiro enquanto instrumento terapêutico. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma maior consciência das próprias emoções e da importância do equilíbrio pessoal na qualidade da relação terapêutica e na prestação de cuidados de saúde mental.

Esta competência foi igualmente mobilizada em contexto de internamento, através da condução de intervenções psicoterapêuticas grupais e individuais, nas quais se tornou necessário recorrer à autorregulação emocional, à consciência das próprias reações e à utilização da relação terapêutica como instrumento de cuidado.

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

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018, p.2), esta competência descreve-se como a *“Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação,*

sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”.

A assistência à pessoa, família e comunidade na otimização da saúde mental implica a realização de intervenções de promoção da saúde mental e de prevenção da doença mental ao longo do ciclo de vida. Esta competência pressupõe que o cliente seja avaliado holisticamente em todos os níveis de cuidados (promoção, prevenção e reabilitação).

Durante os estágios, esta competência foi desenvolvida sobretudo em contexto comunitário, através da realização de diversas intervenções de educação para a saúde e promoção da literacia em saúde mental. Entre estas atividades destacam-se a publicação de um artigo num jornal local no âmbito do Dia Mundial da Saúde Mental, a realização de intervenções psicoeducativas dirigidas a clientes de unidades de saúde familiar, a divulgação de conteúdos informativos através das redes sociais e a implementação de atividades educativas em contexto escolar.

Estas intervenções tiveram como objetivo sensibilizar a população para a importância do autocuidado, da gestão emocional e da procura de ajuda especializada quando necessário, contribuindo para a promoção da saúde mental positiva e para a redução do estigma associado à doença mental.

Incluem-se ainda neste domínio a realização de uma sessão de educação para a saúde dirigida a pais de crianças do ensino pré-escolar e básico sobre a temática da higiene do sono, bem como a intervenção psicoeducacional desenvolvida em contexto escolar no âmbito do Dia Mundial de Combate ao *Bullying*, que teve como objetivo sensibilizar crianças para o impacto emocional dos comportamentos agressivos e promover valores de respeito e empatia nas relações interpessoais. A participação na elaboração de Planos de Saúde Individual (PSI) para crianças com necessidades de saúde especiais constituiu igualmente uma experiência relevante, permitindo compreender a importância da articulação entre família, escola e serviços de saúde na promoção do bem-estar psicológico e na adaptação à doença crónica.

Em contexto de internamento, a participação no programa de consciencialização para a doença mental, que integrou intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas dirigidas não só ao cliente, mas também à família, constitui um exemplo concreto do desenvolvimento da competência de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. A inclusão da família no processo terapêutico permitiu uma compreensão mais abrangente da experiência de doença, facilitando a identificação de

necessidades, recursos e dinâmicas relacionais com impacto na saúde mental do cliente. Esta abordagem vai ao encontro do descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2018), ao implicar a recolha de informação pertinente e a mobilização de competências comunicacionais, de observação e de avaliação holística, considerando não apenas o indivíduo, mas também os sistemas que o envolvem. A intervenção desenvolvida possibilitou atuar ao nível da promoção da saúde mental, da prevenção de recaídas e do reforço das estratégias de suporte familiar, contribuindo para uma abordagem integrada e centrada na pessoa e no seu contexto. Deste modo, a experiência reforçou a importância da intervenção do enfermeiro especialista numa perspetiva sistémica e contínua ao longo do ciclo de vida, evidenciando o papel da família enquanto elemento facilitador do processo de adaptação à doença, de desenvolvimento de insight e de adesão ao regime terapêutico.

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

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018, p.2), esta competência descreve-se como a *“Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente”*.

A ajuda à pessoa no processo de recuperação da saúde mental implica a mobilização de estratégias terapêuticas que promovam a adaptação à situação de doença, o desenvolvimento de insight e a melhoria da qualidade de vida.

Em contexto de internamento psiquiátrico, esta competência foi desenvolvida através da realização de intervenções psicoterapêuticas individuais, nomeadamente entrevistas motivacionais, bem como através da participação em intervenções psicoeducativas dirigidas a pessoas com diferentes diagnósticos psiquiátricos.

Estas intervenções permitiram apoiar as pessoas na compreensão da sua condição de saúde, promover o desenvolvimento de estratégias de coping e incentivar a participação ativa no processo terapêutico.

Esta competência foi igualmente desenvolvida através da integração no programa de consciencialização para a doença mental, o qual permitiu trabalhar o insight, a compreensão da experiência de doença e a adaptação ao processo terapêutico. Paralelamente, a implementação de intervenções focadas na promoção da esperança contribuiu para apoiar as pessoas na reconstrução de objetivos pessoais e na mobilização de recursos internos para o processo de recuperação.

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

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018, p.4), esta competência descreve-se como “A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”.

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais constitui uma das competências centrais do enfermeiro especialista em saúde mental.

Durante os estágios, esta competência foi desenvolvida através da realização de diversas intervenções terapêuticas individuais e grupais em contexto de internamento psiquiátrico, incluindo sessões de relaxamento terapêutico, intervenções de estimulação cognitiva, reuniões comunitárias e intervenções psicoeducativas.

Estas atividades tiveram como objetivo promover a regulação emocional, estimular funções cognitivas, favorecer a interação social e apoiar as pessoas na compreensão e gestão da sua condição de saúde mental.

Destaca-se ainda o desenvolvimento e implementação de um programa de promoção da esperança dirigido a pessoas com doença mental em contexto de internamento, elaborado no âmbito do presente estágio. Este programa teve como objetivo estimular a identificação de objetivos pessoais, reforçar a perceção de possibilidades futuras e promover a mobilização de recursos internos para lidar com as dificuldades vivenciadas.

A aplicação deste programa no contexto de um estudo de caso permitiu aprofundar a análise de uma situação clínica específica e refletir sobre o impacto das intervenções de enfermagem na promoção da esperança e no processo de recuperação da pessoa com doença mental.

Para além do contexto de internamento, esta competência foi também mobilizada em contexto comunitário através da realização de intervenções psicoeducativas dirigidas à comunidade, aos clientes das unidades de saúde familiar, aos cuidadores informais e a grupos em contexto escolar. Estas intervenções permitiram adaptar estratégias psicossociais e educativas às necessidades específicas de diferentes populações, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida.

De forma global, o percurso desenvolvido ao longo dos estágios possibilitou a aquisição e consolidação de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, integrando conhecimento científico, reflexão crítica e experiência prática em diferentes contextos de cuidados.

A articulação entre o contexto comunitário e o contexto de internamento permitiu compreender a importância de uma abordagem integrada da saúde mental, centrada na pessoa, na família e na comunidade, e orientada para a promoção da saúde mental, prevenção da doença e apoio ao processo de recuperação.

Este percurso contribuiu para o desenvolvimento de uma prática profissional mais consciente, fundamentada e humanizada, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em sofrimento psicológico.

Simultaneamente, permitiu consolidar a identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, reconhecendo o valor da intervenção especializada na promoção da esperança, na recuperação da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

PARTE II: Componente de investigação

A componente de investigação assume um papel central no desenvolvimento de competências avançadas no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo a articulação entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica. Neste sentido, esta parte do relatório visa evidenciar a integração da evidência científica na prática de enfermagem especializada, com enfoque na promoção da esperança em pessoas com humor depressivo.

A presente componente encontra-se estruturada em dois capítulos complementares e interdependentes. O primeiro capítulo corresponde a uma *scoping review*, desenvolvida com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão, contribuindo para a sistematização do conhecimento existente e para a fundamentação da prática baseada na evidência.

As *scoping reviews* correspondem a um tipo de síntese de evidência que tem como objetivo explorar e sistematizar o conhecimento disponível sobre um determinado tema ou fenómeno, permitindo mapear a extensão, natureza e características da evidência existente. Este tipo de revisão possibilita, ainda, clarificar conceitos, identificar lacunas no conhecimento e analisar fatores associados ao objeto de estudo, recorrendo a diferentes tipos de fontes, independentemente da sua natureza metodológica (Munn et al., 2022; Aromataris & Munn, 2024).

A partir dos resultados da *scoping review*, foi desenvolvido um programa estruturado de promoção da esperança, apresentado no Apêndice XI, concebido para aplicação em contexto clínico por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O segundo capítulo corresponde a um estudo de caso, no qual foi implementada uma intervenção de enfermagem especializada, através da aplicação do programa estruturado previamente desenvolvido, numa pessoa com humor depressivo. Este capítulo visa descrever, analisar e refletir criticamente sobre o processo de cuidados, evidenciando a mobilização de competências especializadas e o impacto da intervenção na promoção da esperança.

O estudo de caso consiste numa abordagem metodológica que permite a análise detalhada e contextualizada de uma situação clínica específica, possibilitando a compreensão aprofundada dos processos de cuidados, das intervenções realizadas e dos resultados obtidos. Esta metodologia é particularmente útil em contextos de prática clínica, ao permitir a integração entre conhecimento teórico e intervenção, através da exploração intensiva de um caso num contexto real (Yin, 2018).

Deste modo, a articulação entre a *scoping review* e o estudo de caso permite demonstrar a translação do conhecimento científico para a prática clínica, evidenciando uma abordagem fundamentada, intencional e centrada na pessoa, em consonância com os princípios da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica baseada na evidência.

5. Intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão: uma *scoping review*

Resumo

A depressão constitui uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. A esperança tem sido identificada como um fator protetor essencial na recuperação, estando associada a melhor adesão terapêutica, maior resiliência e melhor prognóstico clínico. Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume um papel central na promoção da esperança.

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear as intervenções de enfermagem promotoras da esperança em pessoas com diagnóstico de depressão, de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). A revisão foi conduzida segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute e as diretrizes PRISMA-ScR, com pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Library e PubMed.

Foram incluídos quatro estudos, que evidenciaram a utilização de intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais. Estas intervenções demonstraram impacto positivo na promoção da esperança, na redução da sintomatologia depressiva e no fortalecimento da autonomia e resiliência.

Conclui-se que a esperança constitui um recurso terapêutico central na intervenção do enfermeiro especialista, contribuindo para a recuperação da pessoa com depressão. Contudo, persistem lacunas na evidência, nomeadamente a escassez de estudos experimentais e a ausência de protocolos padronizados, evidenciando a necessidade de investigação futura.

Introdução

A depressão é uma das perturbações mentais mais prevalentes e incapacitantes a nível mundial, afetando cerca de 280 milhões de pessoas, o que representa aproximadamente 5% da população adulta global. Esta condição compromete significativamente a qualidade de vida, o funcionamento social e a saúde física dos indivíduos, sendo uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2021). Os sintomas depressivos, como tristeza persistente, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, alterações no sono e apetite, bem como dificuldades de concentração, podem conduzir ao isolamento social, diminuição da produtividade e aumento do risco de comorbilidades físicas e psicológicas (Chen et al., 2025; Zhang et al., 2023; Cui et al., 2024).

O termo “depressão” foi adotado ao longo da presente revisão por refletir a terminologia mais frequentemente utilizada na literatura científica, embora se refira a indivíduos com diagnóstico clínico de perturbação depressiva, de acordo com o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023).

A esperança tem sido identificada como um fator protetor essencial na promoção da saúde mental e na recuperação de pessoas com depressão. Evidência científica demonstra que níveis mais elevados de esperança estão associados a melhor adesão ao tratamento, maior resiliência e melhor prognóstico clínico (Snyder, 2002; Sun et al., 2023). Enquanto constructo psicológico, a esperança permite aos indivíduos projetar um futuro positivo, estabelecer objetivos e mobilizar estratégias para os alcançar, mesmo perante adversidades (Snyder, 2002).

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume um papel central na promoção da esperança, intervindo em múltiplos contextos, incluindo hospitais, unidades comunitárias e cuidados de saúde primários. A sua prática integra avaliação, intervenção terapêutica, psicoeducação, apoio à família e articulação com equipas multidisciplinares, sustentada por modelos teóricos e evidência científica que orientam uma abordagem centrada na pessoa (Diário da República, 2011; Sufrate-Sorzano et al., 2022).

Apesar da existência de diversas intervenções dirigidas à promoção da esperança — nomeadamente programas psicoeducativos, intervenções psicoterapêuticas e estratégias psicossociais — persistem lacunas na literatura, incluindo a ausência de sistematização das práticas, a heterogeneidade das intervenções e a limitada evidência sobre a sua aplicação em diferentes contextos clínicos (Mota et al., 2024; Yosep et al., 2025).

Neste sentido, a presente *scoping review* tem como objetivo mapear as intervenções de enfermagem promotoras da esperança em pessoas com depressão, de acordo com a mnemónica PCC, considerando a população (pessoas com depressão), o conceito (intervenções de enfermagem promotoras de esperança) e o contexto (diferentes cenários de cuidados em saúde mental e psiquiátrica), de forma a identificar padrões de intervenção e lacunas na evidência científica.

5.1 - Metodologia

Este capítulo descreve detalhadamente a abordagem metodológica utilizada para a realização desta *scoping review*, cujo objetivo principal foi mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com diagnóstico de depressão. O foco da revisão centra-se na identificação, categorização e sistematização de práticas clínicas fundamentadas em evidência científica, permitindo compreender como estas intervenções são implementadas, em que contextos e com que resultados.

A revisão foi conduzida seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) for Scoping Reviews e as diretrizes da extensão PRISMA-ScR, reconhecidas internacionalmente como referência para revisões de escopo (Peters et al., 2024; Tricco et al., 2018). Este rigor metodológico assegura transparência, reprodutibilidade e fiabilidade na identificação e síntese da evidência científica.

Neste capítulo, são detalhados o protocolo adotado, os critérios de elegibilidade definidos com base na mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto), as fontes de informação consultadas, a estratégia de pesquisa, o processo de seleção dos estudos, a extração de dados e a síntese dos resultados. A população inclui pessoas com diagnóstico de depressão; o conceito abrange intervenções de enfermagem direcionadas à promoção da esperança; e o contexto envolve diferentes cenários de cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

Esta abordagem metodológica permitiu assegurar a identificação rigorosa da evidência disponível, garantindo que a seleção e análise dos estudos fossem diretamente orientadas pelo objetivo da revisão e pela estrutura conceptual definida pela mnemónica PCC.

5.1.1. Protocolo e registo

A presente *scoping review* foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) for Scoping Reviews, que fornece diretrizes para a identificação, seleção e síntese de evidência em *scoping reviews* (Peters et al., 2024). A extensão PRISMA-ScR foi utilizada para orientar a elaboração do relatório, assegurando transparência e rigor metodológico (Tricco et al., 2018).

O protocolo desta *scoping review* foi registado na plataforma Open Science Framework (<https://osf.io/zxm5q>), assegurando transparência, reprodutibilidade e rigor metodológico.

5.1.2. Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão desta *scoping review* foram definidos com base na mnemónica PCC (Peters et al., 2024).

A população incluiu pessoas com diagnóstico de depressão, independentemente da faixa etária, considerando a diversidade de manifestações clínicas e o impacto funcional desta perturbação (WHO, 2021; Carvalho et al., 2016). O conceito abrangeu intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental e psiquiátrica direcionadas à promoção da esperança, incluindo ações psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, com ou sem envolvimento familiar ou comunitário. O contexto contemplou diferentes cenários de cuidados em saúde mental e psiquiátrica, incluindo hospitais, unidades comunitárias, consultas ambulatoriais, programas de prevenção e cuidados primários.

Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2025, sem restrição de idioma, desde que apresentassem resumo em inglês, garantindo a inclusão de evidência recente e relevante para a prática clínica.

5.1.3. Fontes de informação

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Library, através da plataforma EBSCOhost®, bem como na PubMed®, reconhecidas pela sua relevância na área da enfermagem e saúde mental.

Adicionalmente, foi consultada literatura cinzenta através do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), não tendo sido identificados estudos que cumprissem os critérios de inclusão definidos.

5.1.4. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa combinou termos de pesquisa relevantes, conjugados com operadores booleanos, incluindo: *psychiatric nursing*, *mental health nursing*, *psychological nursing*, *psychosocial nursing*, *hope*, *hope-inspiring interventions*, *depression* e *depressive disorder*. Para otimizar a sensibilidade e especificidade da pesquisa, a estratégia foi adaptada de acordo com as características de cada base de dados consultada (Werlen et al., 2019; Cibralic et al., 2025).

Tabela 1: Estratégias de pesquisa e expressões booleanas utilizadas nas diferentes bases de dados

Expressões de pesquisa	
Base de dados	Expressão booleana
CINAHL MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection Cochrane Library (via EBSCOhost®)	(AB (psychiatric) OR AB (mental health) OR AB (nurs* OR nurses OR nursing) OR AB (interventions OR strategies OR best practices)) AND (AB (hope OR hopefulness OR meaning of hope)) AND (AB (depression))
PubMed®	((psychiatric [Title/Abstract] OR mental health [Title/Abstract]) OR nurs* [Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract]) AND (hope [Title/Abstract]) AND (depression [Title/Abstract])

5.1.5. Processo de seleção dos estudos

A seleção dos estudos ocorreu em duas fases: inicialmente, procedeu-se à triagem dos títulos e resumos; posteriormente, foi realizada a leitura integral dos artigos potencialmente relevantes.

Foi realizada a triagem, sendo que foram excluídos estudos que não abordassem intervenções de enfermagem promotoras da esperança, que não incluíssem pessoas com diagnóstico de depressão ou que não se enquadrassem no contexto definido.

Após aplicação rigorosa dos critérios de inclusão definidos segundo o modelo PCC, foram incluídos quatro estudos na análise final, garantindo a coerência metodológica da revisão.

5.1.6. Extração de dados

A extração de dados foi padronizada e realizada com recurso a um instrumento de recolha estruturado – a tabela de evidências – organizada de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). Esta tabela incluiu os seguintes campos: referência do estudo, objetivo, tipo de estudo, população, metodologia, intervenção, resultados e conclusão. A utilização deste

instrumento permitiu comparar intervenções, contextos e resultados, garantindo consistência e transparência na recolha de informação, bem como facilitando a análise temática subsequente.

5.1.7. Síntese e apresentação dos resultados

Os resultados foram apresentados de forma descritiva e narrativa, tendo em conta os objetivos da revisão, com particular enfoque nos tipos de intervenções de enfermagem identificadas, nos contextos de aplicação e nos efeitos associados à promoção da esperança em pessoas com depressão.

A análise permitiu ainda identificar padrões, lacunas na evidência existente e áreas prioritárias para investigação futura, contribuindo para o desenvolvimento da prática baseada na evidência em enfermagem de saúde mental.

5.1.8. Seleção dos estudos

O processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos seguiu a metodologia PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). A pesquisa inicial foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Library (EBSCOhost®) e PubMed®, resultando num número significativo de registos. Após a remoção de duplicados, procedeu-se à análise de títulos e resumos, excluindo-se os artigos que não correspondiam aos critérios definidos pelo modelo PCC. A etapa seguinte consistiu na leitura integral dos artigos potencialmente elegíveis, permitindo excluir trabalhos que não descrevessem de forma explícita intervenções de enfermagem. O fluxograma detalha cada uma das fases do processo, documentando o número de estudos identificados, triados, excluídos e incluídos na análise final, garantindo a transparência e rastreabilidade da revisão (Peters et al., 2015; Tricco et al., 2018).

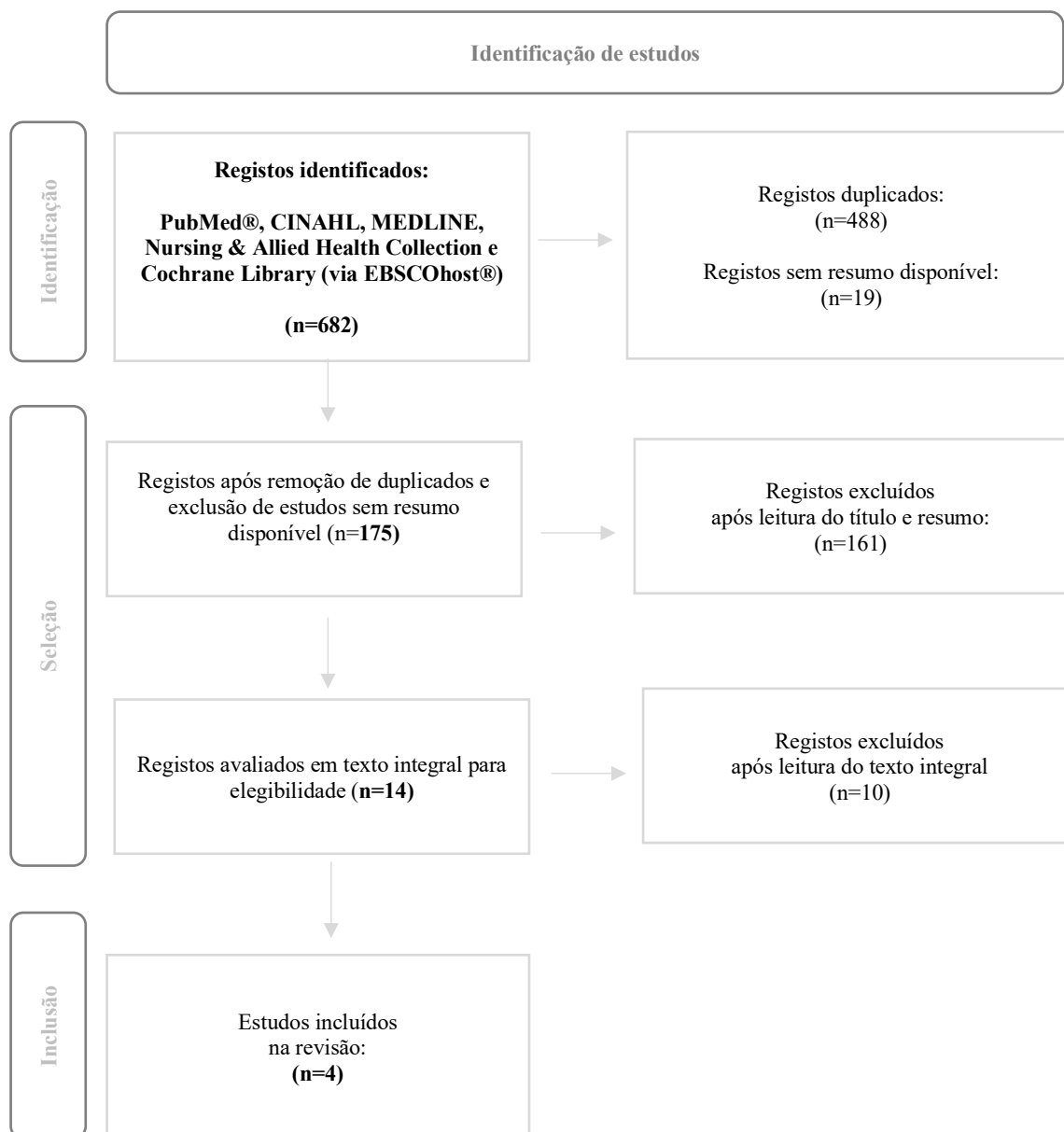


Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos, segundo o modelo PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), realizada na PubMed®, CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Library (via EBSCOhost®)

5.2. Resultados

Este capítulo apresenta os principais resultados decorrentes da *scoping review*, seguindo as etapas de seleção, caracterização e análise dos estudos incluídos. Os resultados são organizados em quatro vertentes: o processo de identificação e triagem dos estudos, sintetizado através do fluxograma PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018; Peters et al., 2024); as características gerais dos trabalhos selecionados; as categorias temáticas emergentes da análise; e, por fim, as lacunas identificadas na literatura. Esta organização permite uma compreensão sistematizada da evidência disponível e facilita a identificação de implicações para a prática clínica e investigação futura.

Os resultados da *scoping review* incluíram um total de quatro estudos, após aplicação dos critérios de elegibilidade definidos, conforme apresentado no fluxograma PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) na figura 1.

A caracterização detalhada dos estudos encontra-se sistematizada na Tabela 2.

Os estudos incluídos apresentam diversidade metodológica, englobando uma revisão narrativa com painel de experiência vivida (Berry et al., 2022), um estudo qualitativo analítico (Querido et al., 2021), um ensaio clínico randomizado (Tay et al., 2022) e um estudo quantitativo experimental comparativo (Wang et al., 2025). Relativamente à distribuição temporal, os estudos concentram-se entre 2021 e 2025, refletindo a atualidade do interesse científico na promoção da esperança em pessoas com depressão.

Geograficamente, os estudos distribuem-se por diferentes contextos, incluindo Europa e Ásia, evidenciando a relevância internacional da temática.

A população analisada inclui pessoas com diagnóstico de depressão em diferentes fases do ciclo de vida e em distintos contextos clínicos, nomeadamente contexto comunitário, académico e hospitalar, reforçando a transversalidade desta problemática.

A análise da literatura permitiu identificar que as intervenções de enfermagem direcionadas à promoção da esperança se organizam em quatro grandes categorias: intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais.

As intervenções psicoeducativas evidenciam um papel relevante na promoção da esperança, sobretudo através do aumento da literacia em saúde mental, do reconhecimento de sintomas e

do desenvolvimento de estratégias de coping. A evidência sugere que estas intervenções contribuem para a redução do estigma associado à doença mental e para o aumento da autoeficácia, fatores que se relacionam diretamente com o reforço da esperança e da adesão ao tratamento (Berry et al., 2022; Tay et al., 2022). Adicionalmente, a inclusão da família nestes processos parece potenciar os efeitos positivos, reforçando a rede de suporte e facilitando a adaptação à doença. No entanto, os estudos incluídos evidenciam alguma heterogeneidade na implementação destas intervenções, o que limita a sua padronização e replicabilidade.

No domínio das intervenções psicoterapêuticas, destaca-se a utilização de abordagens estruturadas orientadas para a promoção da esperança, nomeadamente aquelas baseadas em modelos teóricos como a teoria da esperança de Snyder. A evidência sugere que a integração destas abordagens na prática de enfermagem contribui para a redução da sintomatologia depressiva, aumento da resiliência psicológica e melhoria da qualidade de vida (Wang et al., 2025). Para além disso, intervenções centradas na relação terapêutica, na definição de objetivos e na mobilização de recursos internos revelam-se fundamentais no processo de reconstrução da esperança (Berry et al., 2022). Contudo, os estudos incluídos apontam para a necessidade de maior robustez metodológica, nomeadamente através do desenvolvimento de estudos experimentais e longitudinais que permitam avaliar a sustentabilidade dos efeitos.

As intervenções socioterapêuticas, particularmente aquelas desenvolvidas em contexto grupal, demonstram um impacto significativo na promoção da esperança. A participação em grupos terapêuticos proporciona espaços de partilha, validação emocional e construção de sentido, contribuindo para a diminuição do isolamento e para o reforço do sentimento de pertença. A evidência qualitativa evidencia que a interação com pares e a regularidade das sessões constituem elementos centrais na reconstrução da esperança e na redefinição do projeto de vida (Querido et al., 2021). Estes resultados reforçam a importância do grupo enquanto contexto terapêutico privilegiado na intervenção em saúde mental.

Relativamente às intervenções psicossociais, estas incluem estratégias de apoio individual e familiar, com foco na adaptação à doença, na gestão de dificuldades e na mobilização de recursos externos. Os estudos sugerem que estas intervenções contribuem para o aumento da perceção de controlo, da segurança e da previsibilidade, fatores que favorecem o desenvolvimento da esperança (Berry et al., 2022; Tay et al., 2022). A articulação com a rede de suporte e a adaptação das intervenções às necessidades individuais emergem como elementos centrais para a eficácia destas práticas.

De forma transversal, os estudos analisados evidenciam que a promoção da esperança não depende exclusivamente da aplicação de técnicas específicas, mas resulta da integração de diferentes intervenções no contexto de uma relação terapêutica significativa. A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica assume, neste contexto, um papel central, pela sua capacidade de articular dimensões biológicas, psicológicas e sociais do cuidado, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e orientada para a recuperação.

A relação terapêutica surge como um elemento estruturante na promoção da esperança, sendo descrita como um facilitador essencial da mudança, da motivação e da adesão ao tratamento. A capacidade do enfermeiro especialista para estabelecer uma relação baseada na empatia, escuta ativa e validação da experiência subjetiva da pessoa revela-se determinante para o desenvolvimento de intervenções eficazes (Berry et al., 2022; Querido et al., 2021).

Apesar dos resultados positivos identificados, a análise evidencia importantes lacunas na literatura. Destaca-se a escassez de estudos focados especificamente em intervenções de enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão, bem como a limitação do número de estudos com desenho metodológico robusto. A heterogeneidade das intervenções, a ausência de protocolos padronizados e a falta de estudos longitudinais dificultam a comparação de resultados e a generalização das evidências.

Adicionalmente, verifica-se a necessidade de maior investimento na avaliação da eficácia das intervenções ao longo do tempo, bem como na exploração de diferentes contextos culturais e clínicos. A integração sistemática da família e da rede de suporte, embora reconhecida como relevante, nem sempre é operacionalizada de forma consistente nos estudos analisados.

Em síntese, a evidência disponível sugere que a esperança constitui um recurso terapêutico central no processo de recuperação da pessoa com depressão, sendo influenciada por intervenções de enfermagem que integram componentes psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais. A atuação do enfermeiro especialista revela-se determinante na promoção deste recurso, através de uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e sustentada numa relação terapêutica significativa.

Contudo, a consolidação desta área exige o desenvolvimento de investigação adicional, nomeadamente estudos experimentais, longitudinais e multicêntricos, que permitam aprofundar o conhecimento sobre a eficácia das intervenções e reforçar a integração da esperança como dimensão central na prática clínica em enfermagem de saúde mental.

Tabela 2: Tabela de resultados

Ref.	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	População	Metodologia	Intervenção	Resultados	Conclusão
Berry et al., 2022	Explorar como aumentar a esperança no tratamento da depressão juvenil grave ou complexa.	Revisão narrativa combinada com painel de experiência vivida.	Jovens de 14 a 25 anos (N=15 no painel).	Revisão de 31 estudos (13 qualitativos, 13 quantitativos, 5 métodos mistos) e insights do painel.	Psicoterapias específicas, terapias de conversação e atividade, cuidados de saúde mental padrão	Terapias de conversação e atividade têm efeitos moderados a grandes na esperança; cuidados padrão também podem aumentar esperança; efeitos variam entre estudos.	Esperança é sustentada por ambientes relacionais positivos, suporte a objetivos pessoais e motivacionais em atividades significativas; atua como ingrediente ativo na recuperação.
Querido et al. (2021)	Compreender as percepções de esperança de pessoas com depressão no contexto de um grupo terapêutico.	Estudo analítico	7 mulheres com depressão integradas em um grupo terapêutico em uma unidade psiquiátrica de atendimento diurno.	: Entrevista semiestruturada em profundidade e questionário de autorrelato; análise dos dados utilizando triangulação de fontes.	Participação em grupo terapêutico mediado por terapeuta.	Esperança fundamentada em experiências positivas do passado, com forte componente de afiliação; gestão da esperança ocorre por meio das relações interpessoais estabelecidas no grupo e padrões comunicacionais regulares mediados pelo terapeuta	O grupo terapêutico reforça a esperança em pessoas com depressão e serve como motivação para lidar com as implicações da doença no projeto de vida e saúde dos participantes.

Tay et al. (2022)	Avaliar a eficácia da intervenção HOPE na melhoria da literacia em depressão e ansiedade, bem-estar psicológico e redução do estigma pessoal e níveis de stress entre jovens adultos universitários.	Ensaio clínico randomizado (ECR), com base em dois estudos piloto.	174 participantes com idades entre 18 e 24 anos, recrutados através de plataformas de redes sociais em Singapura.	Grupo intervenção HOPE recebeu quatro sessões online ao longo de duas semanas; grupo de controlo recebeu citações inspiradoras online. Avaliação através de questionários de autorrelato no início, pós-intervenção e acompanhamento 2 meses.	Programa HOPE online, focado em literacia em saúde mental, especificamente em depressão e ansiedade.	O grupo de intervenção apresentou aumento significativo na literacia em depressão e ansiedade no pós-intervenção e no acompanhamento de dois meses. Houve redução do estigma pessoal para depressão no pós-intervenção. Não se verificaram alterações estatisticamente significativas no bem-estar psicológico nem nos níveis de stress entre os grupos.	A intervenção HOPE mostrou eficácia na melhoria da literacia em depressão e ansiedade e na redução do estigma pessoal, mas não afetou o bem-estar psicológico nem os níveis de stress. Estudos longitudinais com amostras maiores são necessários para confirmar e expandir estes resultados
-------------------	--	--	---	---	--	--	--

Wang et al. (2025).	Analisar o valor da aplicação da educação orientada a problemas combinada com intervenções de enfermagem baseadas na teoria da esperança de Snyder em pacientes deprimidos após intervenção coronária percutânea (ICP).	Quantitativo, comparativo, experimental.	150 pacientes com depressão pós-operatória de ICP devido a doença arterial coronária, entre fevereiro de 2022 e fevereiro de 2024	Os participantes foram divididos em dois grupos: grupo controle (n=75) recebeu educação orientada para problemas; grupo de observação (n=75) recebeu intervenções de enfermagem combinadas baseadas na teoria da esperança de Snyder. Avaliação do estado depressivo, resiliência psicológica, capacidade de autocuidado e qualidade de vida antes e após as intervenções.	Intervenção: Educação orientada a problemas combinada com intervenções de enfermagem baseadas na teoria da esperança de Snyder.	Antes da intervenção não houve diferenças significativas entre os grupos. Após a intervenção, o grupo de observação apresentou diminuição significativa do score de depressão e aumento significativo da resiliência psicológica, capacidade de autocuidado e qualidade de vida em comparação com o grupo controle ($P < 0,05$).	A combinação de educação orientada a problemas e intervenções de enfermagem baseadas na teoria da esperança de Snyder alivia efetivamente a depressão, aumenta a resiliência psicológica, melhora as competências de autocuidado e eleva a qualidade de vida em pacientes após ICP
---------------------	---	--	---	--	---	--	--

5.3. Discussão

A presente *scoping review* permitiu mapear e analisar as intervenções de enfermagem promotoras da esperança em pessoas com depressão (População), identificando os principais tipos de intervenção, os contextos de aplicação (Conceito e Contexto) e as lacunas existentes na evidência científica, cumprindo os objetivos definidos.

Os resultados evidenciam que a promoção da esperança emerge como um componente central na intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, sendo operacionalizada através de abordagens psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais. Estas intervenções demonstram impacto positivo na redução da sintomatologia depressiva, no aumento da resiliência e no reforço da autonomia da pessoa, corroborando a literatura incluída (Berry et al., 2022; Wang et al., 2025; Tay et al., 2022; Querido et al., 2021).

As intervenções psicoeducativas assumem um papel relevante ao promoverem literacia em saúde mental, reconhecimento de sintomas e desenvolvimento de estratégias de coping. A evidência sugere que estas intervenções contribuem para a diminuição do estigma e para o aumento da autoeficácia, fatores que potenciam a esperança enquanto recurso terapêutico (Berry et al., 2022; Tay et al., 2022). Para além disso, a integração da família surge como elemento facilitador, reforçando a rede de suporte e contribuindo para a continuidade do cuidado. No entanto, observa-se variabilidade na estrutura e implementação destas intervenções, o que limita a sua padronização e comparabilidade entre contextos.

No domínio psicoterapêutico, destaca-se a relevância de intervenções estruturadas orientadas para a construção de objetivos, mobilização de recursos internos e reconstrução de significados. A evidência aponta que intervenções baseadas na teoria da esperança, quando integradas na prática de enfermagem, contribuem para melhorias significativas ao nível da sintomatologia depressiva, resiliência e qualidade de vida (Wang et al., 2025). Paralelamente, a relação terapêutica assume um papel determinante, funcionando como mediadora do processo de mudança e facilitadora da emergência da esperança (Berry et al., 2022). Ainda assim, a escassez de estudos com desenho experimental robusto limita a generalização destes resultados.

As intervenções socioterapêuticas, particularmente em contexto grupal, revelam-se fundamentais na promoção da esperança, ao proporcionarem espaços de partilha, reconhecimento e pertença. A evidência qualitativa demonstra que a interação interpessoal e a validação das experiências vividas contribuem significativamente para a reconstrução da

esperança e para a redefinição do projeto de vida (Querido et al., 2021). Estes resultados reforçam a importância dos contextos grupais enquanto dispositivos terapêuticos relevantes na prática do enfermeiro especialista.

No que se refere às intervenções psicossociais, estas incluem apoio individual e familiar, gestão de crises e articulação com recursos comunitários. Os estudos analisados sugerem que estas estratégias promovem a percepção de controlo, segurança e previsibilidade, facilitando a adaptação à doença e o desenvolvimento da esperança (Berry et al., 2022; Tay et al., 2022). A personalização das intervenções e a articulação com a rede de suporte emergem como fatores determinantes para a sua eficácia.

De forma transversal, os resultados sugerem que a esperança não deve ser entendida apenas como um desfecho, mas como um processo dinâmico e relacional, construído na interação entre a pessoa e o enfermeiro. Neste sentido, a relação terapêutica assume-se como eixo estruturante da intervenção, sendo através dela que se potenciam as restantes estratégias. A capacidade do enfermeiro especialista para estabelecer uma relação empática, validar a experiência da pessoa e co-construir objetivos revela-se central na promoção da esperança e no processo de recuperação (Berry et al., 2022; Querido et al., 2021).

Apesar dos contributos identificados, esta revisão evidencia limitações importantes na literatura. Destaca-se o reduzido número de estudos específicos sobre intervenções de enfermagem centradas na esperança em pessoas com depressão, bem como a predominância de desenhos metodológicos heterogêneos e, em alguns casos, com amostras reduzidas. A ausência de protocolos estruturados dificulta a replicabilidade das intervenções e a comparação entre estudos. Adicionalmente, verifica-se escassez de estudos longitudinais que permitam avaliar a sustentabilidade dos efeitos ao longo do tempo.

Importa ainda salientar que a integração da família e da rede de suporte, embora reconhecida como relevante, nem sempre é sistematicamente operacionalizada, podendo ser condicionada por fatores institucionais e organizacionais. Esta limitação evidencia a necessidade de reforçar abordagens centradas na família e na comunidade no âmbito da prática de enfermagem em saúde mental.

Face a estas lacunas, a investigação futura deverá privilegiar o desenvolvimento de estudos experimentais e longitudinais, bem como a criação de protocolos de intervenção claros, estruturados e replicáveis. A inclusão de diferentes contextos culturais e clínicos permitirá

aprofundar a compreensão da aplicabilidade das intervenções e reforçar a base de evidência nesta área.

Em síntese, os resultados desta revisão reforçam o papel estratégico do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na promoção da esperança em pessoas com depressão. Através da integração de múltiplas abordagens terapêuticas e da centralidade da relação terapêutica, o enfermeiro contribui de forma significativa para a recuperação, autonomia e qualidade de vida da pessoa, evidenciando a esperança como um recurso clínico fundamental, ainda que careça de maior consolidação científica.

5.4. Conclusão

A presente *scoping review* permitiu mapear e sistematizar as intervenções de enfermagem promotoras da esperança em pessoas com depressão, evidenciando o papel central do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na operacionalização deste constructo em diferentes contextos clínicos. À luz da mnemónica PCC, foi possível analisar de forma integrada a população em estudo, o conceito de intervenções promotoras de esperança e os contextos de aplicação, cumprindo os objetivos propostos.

Os resultados demonstram que a promoção da esperança é concretizada através de um conjunto articulado de intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, aplicadas em contextos hospitalares, comunitários e de cuidados primários. As intervenções psicoeducativas contribuem para o aumento da literacia em saúde mental, reconhecimento de sintomas e desenvolvimento de estratégias de coping, potenciando a autoeficácia e a adesão terapêutica (Berry et al., 2022; Tay et al., 2022). Paralelamente, as intervenções psicoterapêuticas, particularmente aquelas orientadas por modelos estruturados de promoção da esperança, demonstram impacto na redução da sintomatologia depressiva, no aumento da resiliência e na melhoria da qualidade de vida (Wang et al., 2025).

As intervenções socioterapêuticas, com destaque para os contextos grupais, revelam-se fundamentais na reconstrução da esperança, ao promoverem pertença, partilha e validação da experiência vivida, enquanto as intervenções psicossociais asseguram suporte contínuo, integração da rede de apoio e adaptação às necessidades individuais, contribuindo para a manutenção da esperança ao longo do percurso de doença (Querido et al., 2021; Berry et al., 2022).

De forma transversal, os resultados reforçam que a esperança não constitui apenas um desfecho das intervenções, mas um processo dinâmico e relacional, fortemente mediado pela qualidade da relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro especialista. A capacidade de estabelecer uma relação empática, centrada na pessoa e orientada para a co-construção de objetivos emerge como um elemento estruturante na promoção da esperança e no processo de recuperação.

Não obstante os contributos identificados, esta revisão evidencia limitações importantes na literatura, nomeadamente o reduzido número de estudos específicos sobre intervenções de

enfermagem promotoras de esperança em pessoas com depressão, a heterogeneidade metodológica e a ausência de protocolos estruturados que permitam replicabilidade e comparação entre estudos. Adicionalmente, a escassez de estudos longitudinais limita a compreensão da sustentabilidade dos efeitos das intervenções ao longo do tempo.

As implicações para a prática clínica decorrentes desta revisão são particularmente relevantes para o exercício do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A evidência analisada sustenta a necessidade de integrar, de forma intencional e sistemática, a promoção da esperança como componente central do cuidado, não apenas como resultado esperado, mas como estratégia terapêutica ativa. Neste sentido, torna-se fundamental que os enfermeiros especialistas desenvolvam competências específicas na utilização de intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, adaptadas às necessidades individuais da pessoa, promovendo a definição de objetivos realistas, o reforço da autoeficácia e a mobilização de recursos internos e externos. A valorização da relação terapêutica como instrumento clínico, a integração da família e da rede de suporte e a articulação com equipes multidisciplinares assumem-se como elementos essenciais para a eficácia das intervenções. Adicionalmente, a incorporação de programas estruturados promotores de esperança na prática clínica e a monitorização contínua dos seus resultados poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a consolidação de práticas baseadas em evidência nesta área.

No que concerne à investigação futura, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos experimentais, longitudinais e multicêntricos, bem como a construção de protocolos de intervenção claros e replicáveis, que permitam consolidar a evidência científica nesta área e reforçar a integração da esperança como dimensão estruturante da prática baseada em evidência.

Em síntese, esta *scoping review* confirma que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel estratégico na promoção da esperança, integrando múltiplas dimensões do cuidado e contribuindo de forma significativa para a recuperação global da pessoa com depressão, cumprindo o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos diferentes contextos de cuidados.

A realização desta *scoping review* contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica,

nomeadamente ao nível da análise crítica da evidência científica, da capacidade de síntese de informação e da aplicação do modelo PCC na organização do conhecimento. Este processo permitiu aprofundar a compreensão das intervenções promotoras de esperança e a sua relevância na prática clínica do enfermeiro especialista, reforçando a importância da integração da evidência científica na tomada de decisão e na prestação de cuidados centrados na pessoa.

6. Estudo de caso

Introdução

No contexto da prática clínica em enfermagem de saúde mental, particularmente em situações de internamento psiquiátrico, torna-se fundamental compreender os processos subjacentes à descompensação e recuperação da pessoa com doença mental. O internamento constitui uma resposta terapêutica essencial em situações de crise aguda, sobretudo quando a pessoa apresenta dificuldades em ser acompanhada exclusivamente em contexto comunitário. Para além do controlo da sintomatologia, este contexto visa garantir segurança, promover a estabilização emocional e criar condições para a continuidade dos cuidados, inserindo-se num modelo de intervenção progressivo e articulado (Nathan et al., 2021).

Neste enquadramento, a compreensão do processo de recuperação assume particular relevância. O conceito de *recovery* enfatiza a natureza individual, subjetiva e dinâmica deste processo, através do qual a pessoa reconstrói significado na sua experiência, redefine objetivos e desenvolve competências que lhe permitem viver de forma autónoma, apesar da presença de doença mental. Esta abordagem valoriza a pessoa numa perspetiva holística, centrada nas suas potencialidades, recursos e experiências, promovendo o empoderamento e a participação ativa no processo de cuidados (Alves, 2023).

Entre os diversos fatores associados ao *recovery*, a esperança emerge como um elemento central. Evidências científicas demonstram que níveis mais elevados de esperança se associam a maior resiliência, melhor adesão terapêutica e melhores resultados em saúde mental (Snyder, 2002; Sun et al., 2023). De acordo com a Teoria da Esperança de Snyder, este constructo corresponde a um estado motivacional positivo, orientado para o futuro, que integra a capacidade de definir objetivos significativos, identificar caminhos para os alcançar e manter a motivação necessária para agir, mesmo perante obstáculos (Snyder, 2002).

Para além da sua dimensão cognitiva, a esperança integra componentes emocionais e existenciais, estando associada à confiança, ao sentido de vida e à capacidade de enfrentar adversidades. É influenciada pelo suporte social e pela relação terapêutica, assumindo-se como um elemento facilitador do processo de recuperação (Schränk et al., 2008; Elliott & Olver, 2002). A evidência sugere ainda que níveis mais elevados de esperança se relacionam com menor sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como com maior bem-estar e funcionamento global (Boreham & Schutte, 2023; Gallagher et al., 2025). Assim, a esperança pode ser compreendida como um processo dinâmico, orientado para o futuro, mas construído a partir das

experiências passadas e vivido no presente, implicando a definição e concretização de objetivos com significado pessoal (Querido, 2018).

No âmbito da prática de enfermagem, a esperança assume particular relevância enquanto foco de atenção clínica. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a “Esperança”, a “Falta de Esperança” e o “Desespero” constituem focos relevantes para a intervenção de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A esperança é definida como uma emoção positiva associada à percepção de possibilidades, confiança no futuro e mobilização de energia para alcançar objetivos, enquanto a falta de esperança e o desespero correspondem a estados emocionais negativos que podem comprometer o processo de recuperação e o envolvimento no tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Na taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) (Herdman et al., 2021), a esperança é enquadrada no domínio da autopercepção, mais concretamente na classe do autoconceito, que se refere à forma como a pessoa se percebe a si própria de modo holístico, corroborando a conceptualização da esperança enquanto um atributo pessoal; neste domínio são reconhecidos os diagnósticos de enfermagem “Desesperança” e “Disposição para a esperança melhorada”. O diagnóstico “Desesperança” é definido como um *“estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias em benefício próprio”* (Herdman et al., 2021, p. 341), podendo a pessoa manifestar sinais de ausência ou diminuição da esperança, tais como desânimo, sentimentos de incerteza, motivação inadequada face ao futuro, expectativas negativas relativamente a si própria ou ao futuro, percepção de incompetência no cumprimento de metas, descuido no autocuidado e evidência de comportamentos suicidários, entre outros. Por sua vez, numa perspetiva positiva e promotora da saúde mental, o diagnóstico “Disposição para a esperança melhorada” é descrito como um *“padrão de expectativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que pode ser melhorado”* (Herdman et al., 2021, p. 343), manifestando-se através de verbalizações e atitudes positivas associadas à manutenção da esperança, constituindo um foco privilegiado para a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A referência às taxonomias CIPE e NANDA evidencia a relevância da esperança enquanto foco central dos cuidados de Enfermagem. Para além da identificação de um diagnóstico de enfermagem relativo a um problema atual associado à esperança, nomeadamente “Falta de Esperança”, segundo a taxonomia CIPE (OE, 2016, p. 58), a utilização da taxonomia

NANDA-I permite igualmente reconhecer um diagnóstico orientado para a promoção da saúde e do bem-estar, designado “Disposição para a esperança melhorada” (Herdman et al., 2021, p. 343). O reconhecimento deste diagnóstico possibilita o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem mais abrangentes e ajustadas à singularidade da pessoa com doença mental, ao considerar a natureza dinâmica da esperança e a sua variabilidade ao longo do processo de recuperação, não apenas quando se encontra em níveis diminuídos, mas também quando a pessoa evidencia predisposição para a sua melhoria e fortalecimento. Neste sentido, a esperança constitui um foco passível de ser continuamente promovido e potenciado no âmbito da intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança, foi realizada uma *scoping review*. Com base nos resultados obtidos, foi desenvolvido um programa estruturado de promoção da esperança (Apêndice XI), que serviu de base à intervenção implementada no presente estudo de caso.

O objetivo da intervenção planeada incidia no diagnóstico de enfermagem “Humor depressivo”; contudo, na pesquisa bibliográfica foi utilizado o descritor “Depressão”. Esta opção prendeu-se com o facto de a utilização do termo “humor depressivo” ter produzido um número muito reduzido de resultados relevantes nas bases de dados consultadas, limitando a identificação de evidência científica pertinente.

Importa salientar que a cliente do presente estudo de caso apresenta diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), encontrando-se, no momento da intervenção, em fase depressiva, sendo esta caracterizada predominantemente por sintomatologia depressiva e alterações persistentes do humor. Na literatura científica, estas manifestações são maioritariamente enquadradas sob o termo mais abrangente de depressão, o que justifica a utilização deste descritor como forma de captar intervenções e modelos conceptuais transversais aos diferentes quadros depressivos.

Deste modo, a utilização do termo “depressão” permitiu incluir estudos relevantes para a compreensão e promoção da esperança em pessoas com sintomatologia depressiva associada à PAB, assegurando simultaneamente a pertinência clínica dos resultados para a fase específica da doença vivenciada pela doente.

A PAB integra o grupo das perturbações do humor caracterizadas por flutuações marcadas entre estados de humor elevados (mania ou hipomania) e estados de humor depressivo. Estes episódios afetam de forma significativa os processos cognitivos, o

comportamento, as relações interpessoais e o funcionamento social e ocupacional da pessoa, configurando um padrão recorrente ao longo da vida (American Psychiatric Association, 2022). A PAB é considerada uma condição crônica e recidivante, com início tipicamente na adolescência ou início da idade adulta, embora possa manifestar-se em qualquer faixa etária.

Os episódios depressivos na PAB partilham, em grande medida, características com a depressão unipolar — incluindo humor deprimido persistente, anedonia, sensação de desesperança, alterações do sono e do apetite e diminuição da energia — mas são distinguidos pela presença histórica ou atual de episódios maníacos ou hipomaníacos, que são essenciais para a classificação diagnóstica (American Psychiatric Association, 2022).

A Perturbação Bipolar Tipo I é definida pela ocorrência de pelo menos um episódio maníaco completo na vida da pessoa, que pode ser precedido ou seguido por episódios depressivos maiores ou episódios hipomaníacos. A presença de episódios maníacos é mandatória para este subtipo e distingue-o claramente das outras formas de perturbação bipolar. Os episódios maníacos envolvem um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com aumento da atividade dirigida a objetivos, diminuição da necessidade de sono, autoestima inflada e outros sintomas associados, causando prejuízo funcional significativo ou exigindo hospitalização (American Psychiatric Association, 2022).

Na Perturbação Bipolar Tipo I, os episódios maníacos frequentemente levam a alterações no funcionamento social, ocupacional e familiar, podendo incluir características psicóticas em casos graves. Os episódios depressivos podem não ser necessários para estabelecer o diagnóstico, mas são altamente prevalentes e contribuem de forma substancial para o impacto global da perturbação (Grande, Berk, Birmaher & Vieta, 2016).

A Perturbação Bipolar Tipo II diferencia-se do Tipo I pela ausência de episódios maníacos plenos e pela presença de episódios hipomaníacos juntamente com pelo menos um episódio depressivo maior. A hipomania é uma forma menos grave de elevação do humor do que a mania, não causa prejuízo tão severo no funcionamento e não requer hospitalização. Apesar disso, os episódios depressivos no Tipo II podem ser intensos e recorrentes, implicando um elevado risco de sofrimento emocional, prejuízo funcional e impacto na qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2022).

Em contraste com o Tipo I, a Perturbação Bipolar Tipo II tende a mostrar um curso clínico onde a depressão constitui a fase mais longa e incapacitante, apesar de a hipomania poder ocorrer em múltiplos episódios ao longo da vida (Vieta & Suppes, 2008).

No caso específico da minha cliente, o diagnóstico de Perturbação Bipolar Tipo I indica que ela experienciou, em algum momento da sua história clínica, um episódio maníaco característico, o qual define este subtipo conforme os critérios do DSM-5-TR. Atualmente, ela encontra-se em fase depressiva, durante a qual predominam sintomas tais como humor deprimido, diminuição da esperança, fadiga, anedonia e baixa motivação — fatores centrais para a avaliação e intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (American Psychiatric Association, 2023; Murray et al., 2019).

A fase depressiva associada à Perturbação Bipolar Tipo I pode ser clinicamente complexa, pois, apesar de partilhar características com a depressão unipolar, a história de episódios maníacos requer uma abordagem terapêutica diferenciada, tanto farmacológica como psicológica, e uma vigilância contínua do risco suicida e de disfunções psicossociais (Grande et al., 2016; Murray et al., 2019).

Foi assumido o compromisso com a cliente de garantir sempre o respeito pela sua privacidade e a confidencialidade das informações por si fornecidas, assegurando o anonimato durante a recolha, tratamento e análise dos dados (OE, 2015; Regulamento nº 140/2019, 2019). As informações serão utilizadas exclusivamente para fins de aprendizagem e investigação, essenciais ao desenvolvimento deste relatório.

6.1. História pessoal

Foi realizada uma avaliação da cliente, com base na entrevista semiestruturada realizada; Observação direta durante sessões de Enfermagem; Registos clínicos e relatórios de urgência e internamento; Informação de familiares e equipa multidisciplinar (com consentimento).

A recolha de dados e todas as intervenções subsequentes foram posteriores ao consentimento da cliente.

A entrevista clínica iniciou-se com a criação de um ambiente seguro, explicação do objetivo da entrevista, garantia de confidencialidade e respeito e consentimento da cliente.

6.1.1. Dados sociodemográficos

A cliente será denominada “Senhora T” por questões de confidencialidade. Tem 64 anos, é do sexo feminino e é solteira. Leucodérmica. Está reformada por motivos de doença desde os 54 anos. A pessoa de referência é a mãe. Usufrui do serviço de apoio domiciliário para auxílio nas AVD’s.

6.1.2. Motivo do internamento

A senhora T foi internada por ingestão medicamentosa voluntária (IMV). Ingeriu 60 comprimidos de Lorazepam 2,5mg, tendo sido as auxiliares do apoio domiciliário a ativar os meios de emergência.

No serviço de urgência, segundo o relatório de urgência: *“Aspeto muito descuidado, com cabelo oleoso. Traja bata hospitalar e casaco de penas comprido. Calma e colaborante. Dificuldade em fornecer história e responder a questões. Marcada lentificação psicomotora com causa iatrogénica. Discurso provocado, mas coerente. Humor depressivo. Não se apuram alterações do pensamento e sensopercepção. Sem prejuízo do instinto de conservação. Sono e apetite mantido.”*

Face ao exposto, foi proposto internamento, que a cliente aceitou voluntariamente.

Quando questionada à cerca do motivo de internamento diz *“Tive um desgosto amoroso. Os meus problemas sempre vieram muito do coração partido. Sinto muito quando me apaixono. Pensei que ia ser o amor da minha vida, que ia viver uma vida normal e ter uma família. Um dia cansei-me de esperar. Estava separada e estava muito em baixo e queria adormecer, não sentir nada. Mas não queria fazê-lo, só queria chamar à atenção. Sentir que cuidavam de mim.”* (sic).

Apresenta como sintomatologia principal:

- Humor depressivo: *“Sinto-me triste a maior parte do tempo.”* (sic)
- Desesperança: *“Não vejo grande forma de as coisas melhorarem.”* (sic)
- Anedonia: *“Antes gostava de sair com amigos ou expressar-me através da arte mas ultimamente não sinto vontade de fazer nada.”* (sic)
- Fadiga: *“Sinto-me cansada mesmo depois de passar o dia na cama.”* (sic)

Sem alterações do sono ou do apetite.

6.1.3. Antecedentes pessoais

A senhora T tem como antecedente pessoal de saúde Hipotireoidismo. Nega alergias.

Tem como diagnóstico Perturbação Bipolar tipo I. Já teve 5 internamentos prévios do DPSM, tendo sido 3 por episódios maníacos e 2 por episódios depressivos.

Segundo a cliente: *“Fui seguida a vida toda por depressão, corri vários médicos e ninguém me disse que era bipolar. Parecia que era só um bocadinho extravagante. Entretanto lá descobriram.”* (sic).

Teve um internamento por ideação suicida há 4 anos, tendo tentado asfixiar-se com um saco de plástico e pegado numa faca, sendo que foi impedida pela sua mãe. Segundo o relatório de urgência *“Com estas ideias, embora vagas, não se apura estruturação de plano suicida. Associa-se a marcada clinofilia, auto descuido, apatia, avolia, isolamento e lentificação funcional global. Admitidamente exausta, sobressaindo sentimentos de desesperança. Atribui a sua inatividade e o cenário pandémico como fatores de agravamento, atribuindo uma distorção negativista do futuro, portanto, triade cognitiva de Beck evidente. Demonstra*

sentimentos de desesperança”. Apresenta, portanto, histórico comprovado de desesperança, realçando a importância de uma intervenção especializada com este foco.

É acompanhada em Consulta externa de Psiquiatria, tendo já apresentado períodos de abandono do regime terapêutico aos quais se seguiram períodos de internamento. Quando questionado o motivo de abandono do regime terapêutico nessa fase diz *“Sabe, é difícil porque vivi a vida toda sendo eu. Toda a minha personalidade foi construída com as minhas excentricidades que um dia me dizem que são uma doença. Chegou a um momento em que não sabia quem era e precisava de me voltar a sentir eu”* (sic).

Quando questionada relativamente a outros tratamentos que não o tratamento farmacológico diz *“cheguei a tentar ir ao psicólogo, mas não acredito nisso. Parece-me que não intervêm com grande base científica, não tem resultados para mim.”* (sic).

Nega consumos de substâncias.

Nega outros fatores de relevo.

6.1.4. Genograma

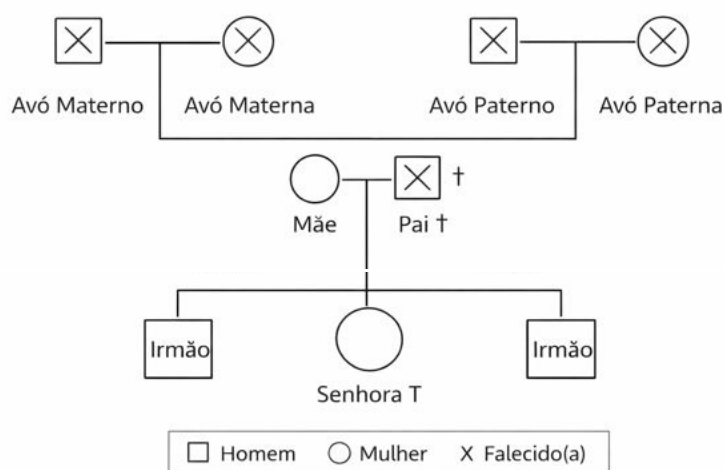


Figura 2: Genograma da Senhora T

6.1.5. Ecomapa da senhora T

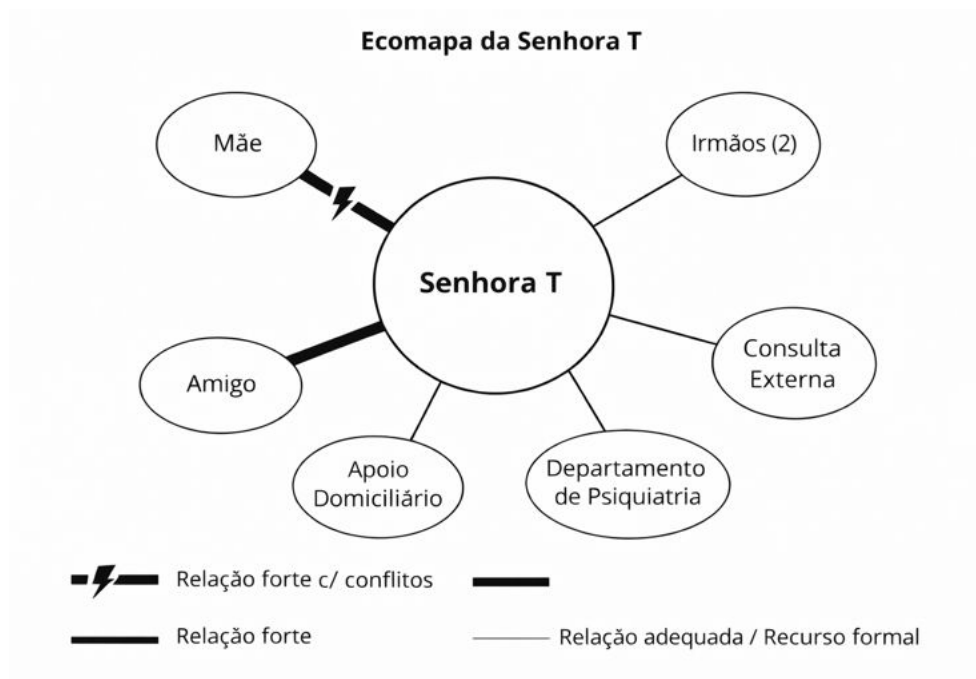


Figura 3: Ecomapa da senhora T

6.1.6. História do desenvolvimento

A senhora T refere que a gravidez da sua conceção foi planeada e fruto de um desejo dos pais.

Relativamente à primeira infância e idade pré escolar, refere “Fui uma criança muito feliz. Os meus pais davam-se bem, cuidavam bem de mim, foram os únicos anos verdadeiramente felizes da minha vida” (sic).

No que diz respeito à idade escolar e adolescência, a cliente descreve um contexto familiar marcado por instabilidade emocional e relacional, associado a dificuldades no funcionamento parental e a períodos de instabilidade financeira. Relata ter assumido, desde cedo, um papel de proteção dos irmãos, vivenciando uma responsabilidade emocional precoce no seio familiar. Segundo a própria: *“Aí é que começaram os problemas. O meu pai era um pai incrível e uma pessoa com muito bom coração, mas era muito instável. Bebia. Nunca foi mau para nós, mas não era muito bom para a minha mãe. Tivemos altos e baixos a nível financeiro e parecia que com a instabilidade financeira vinha a instabilidade emocional do meu pai. Eu queria proteger os meus irmãos do mal do mundo. Queria que eles não sentissem a dor que eu*

sentia. A minha mãe pedia-me ajuda, era como se ela fosse a única vítima. Quem é que pede ajuda a uma criança? Mas eu sentia mesmo que tinha que os proteger, ainda para mais um dos meus irmãos também tem problemas psicológicos” (sic).

Teve uma professora de Língua Portuguesa que a inspirou no ensino secundário: *“ela inspirava-me. Eu já adorava ler e ela não só ensinava como nos tocava no coração. Eu soube que queria ser como ela e tocar no coração dos outros” (sic).* A cliente emocionou-se ao relembrar esta fase da vida, evidenciando a importância desta figura significativa no seu percurso identitário e vocacional. Durante este momento, manifestou desconforto perante a expressão emocional, verbalizando que *“já não chorava há meses” (sic)* e que não gostava de se sentir daquela forma, associando o choro a uma sensação de fragilidade e perda de controlo. Perante esta reação, foi assegurado um ambiente terapêutico seguro, validando a experiência emocional da cliente e reforçando que a expressão de emoções é uma resposta humana legítima e adaptativa, sobretudo em contextos de sofrimento psíquico. Foi igualmente promovida a normalização do sentir e a aceitação da expressão emocional enquanto parte integrante do processo de autoconhecimento e recuperação, respeitando o ritmo e os limites da cliente.

Inspirada pela professora, decidiu então licenciar-se em Literatura, o que implicou a mudança de cidade. Refere que *“foi um alívio, mas ao mesmo tempo senti que abandonei os meus irmãos naquela casa onde não éramos felizes. Mas eu estava encantada, tanto conhecimento e tanta gente estimulante, foi um mundo” (sic).* Esta fase é descrita como vivida de forma ambivalente, refletindo simultaneamente a experiência de libertação e de contacto com novos estímulos intelectuais, bem como sentimentos de culpa associados ao afastamento do contexto familiar. Ao terminar o curso, a cliente refere ter trabalhado em inúmeros contextos profissionais, sendo a idade adulta marcada por mudanças frequentes, o que poderá traduzir um percurso de procura e ajustamento às exigências da vida adulta.

Num dos contextos profissionais em que trabalhou, a cliente refere ter conhecido um homem por quem se apaixonou, descrevendo-o também como alguém com problemas de saúde mental, relatando que *“achava que nos íamos salvar um ao outro” (sic).* A cliente investiu afetivamente nesta relação, acreditando que seria duradoura, referindo que *“achei mesmo que ia ficar com ele para o resto da vida”* e que, pela primeira vez, sentiu a possibilidade de *“ser normal, casar, ter filhos, ter uma família como as outras pessoas” (sic).* Com o passar do tempo, apercebeu-se de que o projeto relacional idealizado não era partilhado, referindo que *“depois percebi que afinal era tudo uma mentira”* e que o companheiro *“nunca quis realmente uma família” (sic).* Esta tomada de consciência foi vivenciada como profundamente

desorganizadora, sendo descrita como a perda de uma possibilidade de futuro significativo, verbalizando que *“parecia que me estavam a tirar a única coisa que eu achava que podia ser minha”* (sic). A rutura da relação surge, assim, como um momento crítico na sua história de vida, associada a uma crise emocional intensa, referindo que *“foi quando nos separámos que tive o meu primeiro internamento. Os meus problemas vieram todos de um coração partido”* (sic). Este episódio evidencia o impacto da rutura afetiva na construção da identidade, do sentido de pertença e da esperança da cliente, constituindo um marco relevante para a compreensão do seu percurso emocional e do seu funcionamento atual.

Após este episódio, a cliente refere ter sido acompanhada ao longo do restante percurso da vida adulta com diagnóstico de depressão, tendo, mais tarde, sido reformulado para Perturbação Bipolar, à luz da evolução clínica e da história de episódios afetivos. Ao longo deste período, manteve atividade profissional, embora marcada por múltiplas mudanças de contexto laboral, até que, face ao impacto da doença no seu funcionamento global, acabou por ser reformada. A vida adulta da cliente é descrita como um percurso oscilante, caracterizado por períodos de melhoria clínica intercalados com recaídas, com impacto significativo na sua estabilidade emocional, funcional e relacional. Atualmente, a cliente encontra-se numa fase de desesperança, evidenciada por dificuldades em projetar o futuro, diminuição da motivação e fragilização do sentido de propósito, aspetos centrais para a compreensão do momento clínico atual e para a definição das intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

6.1.7. História educacional e ocupacional

No que respeita ao percurso educacional, a cliente refere ter tido um bom desempenho académico ao longo da escolaridade, destacando um particular interesse pela leitura e pelas áreas humanísticas. Durante o ensino secundário, identifica uma professora de Língua Portuguesa como figura significativa e inspiradora, experiência que influenciou de forma determinante a sua escolha vocacional. Motivada por este interesse e pelo desejo de aprofundar conhecimentos na área, a cliente decidiu prosseguir estudos superiores em Literatura, o que implicou a mudança para outra cidade, vivenciada como uma etapa de crescimento pessoal, autonomia e estímulo intelectual, ainda que acompanhada por sentimentos ambivalentes relacionados com o afastamento do contexto familiar.

Após a conclusão da licenciatura, a cliente integrou o mercado de trabalho, tendo desenvolvido atividade profissional em diversos contextos laborais, sem permanência prolongada num único local. O seu percurso ocupacional na idade adulta foi marcado por mudanças frequentes de emprego, associadas tanto à procura de realização pessoal como às dificuldades decorrentes da instabilidade emocional ao longo do tempo. Apesar das oscilações do seu estado de saúde mental, a cliente manteve-se ativa profissionalmente durante vários anos, demonstrando capacidade de adaptação e envolvimento laboral nos períodos de maior estabilidade clínica.

Com a progressão da doença e o impacto cumulativo das recaídas no seu funcionamento emocional e ocupacional, tornou-se progressivamente mais difícil manter uma atividade profissional regular, culminando, posteriormente, na reforma por incapacidade. Este momento é descrito como significativo na sua trajetória de vida, implicando reajustamentos identitários e emocionais, com repercussões no sentido de utilidade, autonomia e esperança face ao futuro.

6.1.8. História familiar

A cliente descreve um contexto familiar marcado por instabilidade emocional e relacional ao longo de várias gerações. O pai, já falecido, é descrito como uma figura afetivamente presente, mas com consumo abusivo de álcool, associado a oscilações significativas da estabilidade emocional e financeira do agregado familiar. A cliente refere que estas flutuações tiveram impacto relevante no clima familiar, contribuindo para um ambiente imprevisível durante a infância e adolescência. O falecimento do pai ocorreu já numa fase em que a cliente se encontrava a trabalhar fora do contexto familiar.

Relativamente à mãe, a cliente relata uma relação próxima, porém emocionalmente exigente, referindo que desde cedo lhe eram solicitadas responsabilidades acrescidas, tanto no apoio à mãe como no cuidado dos irmãos. A cliente descreve que a mãe recorria frequentemente a si enquanto figura de suporte emocional, exigindo-lhe um papel de maturidade e responsabilidade superior ao esperado para a sua idade. A própria mãe verbalizava sentimentos de revolta em relação à sua própria progenitora, descrita como uma figura exigente e pouco validante, reconhecendo-se, segundo a perceção da cliente, a repetição de padrões intergeracionais de exigência emocional.

No que respeita à família alargada, a cliente refere que o pai da mãe apresentava igualmente problemas de alcoolismo, reforçando a presença de padrões transgeracionais associados ao consumo de álcool e instabilidade emocional. Por outro lado, descreve os pais do pai como figuras emocionalmente distantes e superficiais, referindo nunca ter sentido uma ligação afetiva significativa com estes. Em contraste, destaca de forma positiva o papel dos tios maternos, que constituíram importantes figuras de suporte ao longo da infância, quer ao nível financeiro, quer enquanto referências afetivas e de estabilidade.

No âmbito da saúde mental familiar, a cliente refere que um dos irmãos apresenta diagnóstico de Perturbação Bipolar, condição que reconhece ter impacto na dinâmica familiar. Em registos clínicos consultados, nomeadamente em relatório de urgência, é igualmente referida suspeita de patologia psiquiátrica no pai, embora tal não tenha sido explicitamente verbalizado pela cliente. No seu conjunto, a história familiar evidencia a coexistência de fatores de risco transgeracionais, como alcoolismo, instabilidade emocional e sobrecarga precoce de responsabilidades, e fatores protetores, nomeadamente a presença de figuras de suporte na família alargada, elementos fundamentais para a compreensão do percurso de vida, da vulnerabilidade emocional e da situação clínica atual da cliente.

6.1.9. História clínica

A cliente apresenta diagnóstico médico de Perturbação Bipolar Tipo I, com historial de múltiplos internamentos psiquiátricos ocorridos em contexto de episódios maníacos e depressivos. O seu percurso clínico foi marcado por diagnóstico tardio, tendo sido acompanhada durante vários anos como depressão, o que condicionou a compreensão da doença, a integração do diagnóstico e a adesão terapêutica ao longo do tempo.

Ao longo da vida adulta, evidenciou um funcionamento oscilante, com períodos de maior estabilidade intercalados com recaídas afetivas, impacto significativo no funcionamento pessoal, social e ocupacional e necessidade de internamentos recorrentes. A cliente apresentou episódios maníacos que motivaram internamentos, caracterizados por desorganização comportamental, comprometimento do juízo crítico e repercussões relevantes na funcionalidade global. Paralelamente, apresenta historial de episódios depressivos graves, associados a ideação e comportamento suicidário, bem como a sentimentos persistentes de

desesperança, apatia, isolamento e lentificação funcional. A alternância entre polos maníacos e depressivos evidencia a natureza cíclica da doença e o elevado risco clínico associado.

A cliente é acompanhada em Consulta Externa de Psiquiatria, apresentando antecedentes de interrupções do regime terapêutico, seguidas de descompensações clínicas, refletindo dificuldades na aceitação da doença e na integração desta na identidade pessoal. Nega consumos de substâncias psicoativas e outros antecedentes clínicos relevantes.

O presente internamento ocorre em contexto de descompensação depressiva, caracterizada por humor deprimido, marcada desesperança, diminuição da motivação e fragilização do sentido de propósito, com impacto no funcionamento global. Este quadro justifica a necessidade de internamento para estabilização clínica e intervenção especializada, destacando-se a pertinência de uma abordagem de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica centrada na promoção da esperança, enquanto eixo estruturante do processo de recuperação.

6.1.10. Vivência da doença

A cliente vivencia a sua condição de saúde mental de forma complexa e ambivalente, marcada por um percurso prolongado de sofrimento emocional, diagnóstico tardio e dificuldades na integração da doença na sua identidade pessoal. Ao longo do tempo, a experiência de ter sido acompanhada maioritariamente como depressão contribuiu para sentimentos de incompreensão e confusão relativamente ao seu funcionamento emocional, referindo que durante muitos anos sentiu que *“andava perdida, sem perceber o que se passava comigo”* (sic). Esta vivência reforçou a perceção de imprevisibilidade da doença e a dificuldade em atribuir significado às oscilações do humor.

A transição para o diagnóstico de Perturbação Bipolar Tipo I foi experienciada de forma ambígua. Por um lado, a cliente reconhece que o diagnóstico permitiu compreender melhor o seu percurso clínico; por outro, manifesta dificuldades em integrar a doença na sua identidade pessoal, verbalizando que *“foi muito difícil perceber onde acabava a doença e onde começava quem eu era”* (sic). Esta ambivalência traduz um conflito entre o desejo de preservar um sentido de identidade pessoal e a necessidade de aceitar a doença enquanto condição crónica, com impacto direto na forma como se relaciona com o tratamento e com o seu projeto de vida.

Os episódios de descompensação, particularmente os de polaridade depressiva, são descritos como momentos de esvaziamento emocional, perda de esperança e diminuição significativa da motivação, nos quais a cliente refere sentir que *“nada faz sentido e o futuro fica completamente fechado”* (sic). Nestes períodos, evidencia dificuldade em mobilizar recursos pessoais, comprometimento da capacidade de projetar objetivos e fragilização do sentido de propósito, condicionando o seu funcionamento global e a percepção de continuidade da vida.

No que respeita ao insight sobre a doença, a cliente revela uma consciência parcial e flutuante do seu quadro clínico. Reconhece a existência de uma doença mental e a necessidade de acompanhamento, contudo manifesta dificuldades em aceitar plenamente a natureza crónica da perturbação e o impacto desta na sua identidade, referindo que *“sei que tenho uma doença, mas custa-me aceitar que aquilo que eu sempre fui afinal não era só a minha personalidade”* (sic). Em fases de maior estabilidade clínica, demonstra maior capacidade reflexiva e compreensão das implicações da doença; contudo, em períodos de descompensação depressiva, o insight tende a fragilizar-se, associando-se a sentimentos de desesperança e a uma visão negativista do futuro, verbalizando que *“quando fico assim parece que já não vale a pena lutar”* (sic). Esta oscilação do insight ajuda a compreender as dificuldades previamente observadas na adesão terapêutica e a vulnerabilidade a recaídas.

No momento atual, a cliente encontra-se numa fase de desesperança, caracterizada por fragilização do sentido de propósito, dificuldade em acreditar na possibilidade de recuperação e limitação da capacidade de projetar o futuro.

6.1.11. Exame físico

Cliente hemodinamicamente estável, sem alterações relevantes dos sinais vitais no momento da observação. O estado geral é conservado, sem sinais de compromisso físico agudo.

A postura é adequada, observando-se ligeira lentificação psicomotora, compatível com o estado depressivo atual. A marcha é autónoma e segura, sem necessidade de apoio. O contacto ocular é mantido, embora por vezes diminuído em momentos de maior carga emocional.

No que respeita à aparência geral, apresenta higiene e cuidado pessoal adequados, sem sinais de negligência no momento da avaliação. Relativamente às funções biológicas, a cliente refere sono e apetite mantidos, sem alterações significativas recentes.

Nega dor física relevante e outros sintomas somáticos de relevo. Não se observam alterações neurológicas evidentes à observação clínica. Encontra-se sob terapêutica farmacológica psicotrópica, sem sinais aparentes de efeitos adversos físicos relevantes no momento da avaliação.

De forma global, o exame físico não evidencia alterações orgânicas significativas, sendo as observações compatíveis com o quadro clínico atual.

6.1.12. Exame do estado mental

A cliente apresenta-se consciente e lúcida, embora com aspeto cansado, mantendo-se vígil durante a entrevista. Encontra-se orientada no tempo, no espaço, bem como autopsiquicamente (reconhece-se a si própria) e alopsiquicamente (identifica os outros e compreende a situação clínica em que se encontra).

Ao nível da atenção, consegue focalizar-se no assunto de acordo com o estímulo, mantendo atenção adequada ao longo da entrevista, apesar de ligeira fatigabilidade. A memória imediata, recente e remota encontra-se preservada, demonstrando capacidade de evocação e reconhecimento de pessoas, acontecimentos e experiências passadas.

Não se observam alterações ao nível da percepção, negando a cliente a presença de alucinações ou outros fenómenos percetivos.

Relativamente ao humor, manifesta humor depressivo, com vivência persistente de tristeza e desesperança. O afeto apresenta-se congruente com o humor descrito, com expressividade diminuída, mas adequado ao conteúdo do discurso.

O pensamento, quanto ao processo, apresenta-se lógico, coerente e organizado, sendo fácil de acompanhar. Não se observam alterações formais do pensamento. Ao nível do conteúdo, reflete adequadamente a realidade interna e externa, não se apurando ideias delirantes nem outro conteúdo psicótico ativo. Predominam pensamentos de teor negativista, centrados no futuro e associados a sentimentos de desesperança.

O discurso é espontâneo, coerente e compreensível, com ritmo e volume ligeiramente diminuídos, sem pressão da fala ou fuga de ideias.

Relativamente ao juízo crítico, a cliente demonstra capacidade de reconhecer o seu estado emocional atual e a necessidade de acompanhamento clínico. O insight encontra-se parcial, reconhecendo a existência de uma doença mental, embora manifeste dificuldades na aceitação plena da natureza crónica da perturbação e na integração desta na sua identidade pessoal, sobretudo em fases de maior descompensação depressiva.

No momento da avaliação, não se apura ideação suicida ativa, embora exista historial prévio de ideação e comportamento suicidário, fator clinicamente relevante a considerar no acompanhamento.

De forma global, o exame do estado mental é compatível com um quadro depressivo no contexto de Perturbação Bipolar Tipo I, sem evidência atual de psicose ou desorganização grave, mas com presença significativa de desesperança.

6.1.13. Avaliação da cognição

A cliente apresenta funcionamento cognitivo globalmente preservado, com capacidade adequada de atenção, compreensão e raciocínio lógico durante a interação. A memória imediata, recente e remota encontra-se preservada, não se observando défices cognitivos significativos.

Contudo, em períodos de maior desesperança, evidencia dificuldade na tomada de decisão e na capacidade de planear o futuro, com tendência para pensamento negativista e reduzida perceção de alternativas. Este padrão cognitivo interfere na mobilização de estratégias orientadas para objetivos e na perceção de agência pessoal, sendo consistente com o quadro depressivo atual.

6.1.14. Avaliação da emoção

Ao nível emocional, a cliente evidencia predomínio de sentimentos de tristeza, desânimo e desesperança. Demonstra dificuldade em contactar e expressar emoções, particularmente emoções negativas, manifestando desconforto perante a expressão emocional, como o choro, o qual associa a fragilidade e perda de controlo.

Observa-se igualmente a presença de sentimentos de culpa e autoexigência, bem como ambivalência emocional face à sua condição de saúde mental, oscilando entre momentos de maior aceitação e períodos de maior sofrimento emocional. A capacidade de regulação emocional encontra-se comprometida em fases de descompensação depressiva, reforçando a necessidade de intervenções centradas na validação emocional e promoção da esperança.

6.1.15. Avaliação do comportamento

Durante a entrevista e no contexto do internamento, a cliente apresenta comportamento globalmente cooperante, demonstrando disponibilidade para a interação e adesão às propostas de avaliação, ainda que com iniciativa reduzida.

Não se observam sinais de agitação psicomotora, mantendo-se calma ao longo da interação. O comportamento é predominantemente passivo, com tendência para responder às questões colocadas sem iniciativa espontânea para aprofundar temas, compatível com o estado depressivo atual.

Não se evidenciam comportamentos de agressividade, verbal ou física, nem atitudes hostis dirigidas a si própria ou a terceiros no momento da avaliação.

A postura é adequada ao contexto, embora algo contida, com tendência para posição fechada em momentos de maior carga emocional. O contacto visual é mantido de forma intermitente, sendo por vezes diminuído, mas adequado à interação, aumentando à medida que se estabelece relação terapêutica.

6.1.16. Rede de apoio e recursos disponíveis

A cliente dispõe de uma rede de apoio composta por recursos informais e formais. Ao nível informal, destaca-se a mãe como figura de suporte significativo, com a qual, apesar de ter conflitos constantes, tem uma relação percebida como forte. Tem também um amigo próximo que constitui um recurso relevante, tanto a nível de apoio emocional como em termos de apoio nas AVD's e cumprimento terapêutico, sendo que é ele que lhe compra e gere a medicação, detetando por vezes os primeiros sinais de incumprimento terapêutico. Mantém ainda relação adequada com os dois irmãos.

Relativamente aos recursos formais, a cliente encontra-se acompanhada em Consulta Externa de Psiquiatria e dispõe do Departamento de Psiquiatria como recurso em situações de descompensação. Beneficia igualmente de apoio domiciliário, que contribui para a manutenção do funcionamento diário e da segurança no contexto comunitário.

Apesar da existência destes recursos, a cliente apresenta dificuldade em mobilizá-los de forma ativa em períodos de maior desesperança, evidenciando a importância de intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica orientadas para o reforço da perceção de suporte e da capacidade de recorrer à rede disponível.

6.2.Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Com base na avaliação global da cliente previamente apresentada, foram identificados os diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica prioritários, de acordo com a CIPE/NANDA, conforme apresentado na tabela 3. As intervenções foram planejadas com base nas classificações NIC e NOC, articulando com um programa estruturado de promoção da esperança, que deve ser consultado no Apêndice XI.

Importa salientar que, no âmbito da implementação do programa, a seleção das intervenções foi ajustada às características, preferências e contexto da pessoa, em consonância com uma abordagem centrada no cliente. A intervenção integrou predominantemente componentes psicoterapêuticas e psicoeducativas, consideradas mais ajustadas às necessidades identificadas e ao contexto clínico.

As intervenções psicoterapêuticas foram orientadas para a construção da relação terapêutica, definição de objetivos e mobilização de recursos internos, enquanto as intervenções psicoeducativas incidiram na compreensão da experiência da pessoa, na promoção da literacia em saúde mental e no desenvolvimento de estratégias de coping.

Paralelamente, foram integradas dimensões psicossociais ao longo do processo terapêutico, nomeadamente através da exploração do contexto de vida da pessoa, da identificação de recursos disponíveis e da promoção da autonomia, em alinhamento com uma abordagem orientada para o *recovery*.

Tabela 3: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Falta de Esperança (CIPE) Desesperança (NANDA-I)	• Esperança aumentada • Motivação melhorada • Autoeficácia reforçada • Capacidade de estabelecer objetivos realistas	Promoção da esperança Apoio emocional Escuta ativa Definição de metas Reforço positivo Identificação e mobilização de recursos

		Clarificação de valores pessoais Promoção da percepção de controlo pessoal Facilitação da expressão de sentimentos Reestruturação cognitiva (apoio à identificação e questionamento de pensamentos negativos) Promoção da autoeficácia Educação para o processo de recuperação Facilitação da tomada de decisões Validação da experiência subjetiva Estabelecimento de relação terapêutica
Humor Depressivo (CIPE / NANDA-I)	• Humor estabilizado • Redução da tristeza e anedonia • Aumento da iniciativa	Avaliação sistemática do humor Apoio emocional Incentivo à verbalização emocional Promoção de atividades significativas Monitorização de sinais de agravamento depressivo Promoção do envolvimento em atividades estruturadas Promoção da regulação emocional Promoção do autocuidado Educação para o reconhecimento de sinais precoces de recaída Facilitação da adaptação à doença Promoção da esperança realista Estimulação da iniciativa gradual Promoção da continuidade terapêutica

Fontes:

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC) (7th ed.) . Elsevier.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification, 2021–2023. Thieme.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). Nursing Outcomes Classification (NOC) (6th ed.). Elsevier.

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

6.3. Avaliação do resultado das intervenções

A avaliação dos resultados foi realizada de forma contínua ao longo da implementação do programa estruturado de promoção da esperança, considerando a evolução clínica da cliente, a sua participação nas sessões e os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação aplicados. Para efeitos de sistematização e clareza, a avaliação dos resultados é apresentada por sessão, evidenciando as mudanças observadas ao longo do processo de intervenção.

6.3.1. Sessão 0

A sessão zero teve como objetivo conhecer a senhora T, compreender o contexto clínico e emocional, identificar necessidades prioritárias e preparar o início do programa de promoção da esperança.

Foi realizada uma entrevista clínica semiestruturada com vista à recolha da história pessoal, clínica e familiar, bem como à identificação dos sintomas atuais, preocupações e expectativas. Procedeu-se ainda à explicação do programa de promoção da esperança, incluindo os seus objetivos e a estrutura das sessões subsequentes, promovendo o estabelecimento de um vínculo terapêutico e a criação de um ambiente de confiança e segurança. Nesta sessão foram também aplicados os instrumentos de avaliação inicial.

A cliente mostrou-se colaborante e aceitou a intervenção sugerida.

Na Escala de Esperança de Herth – PT (validada para a população portuguesa por Viana, Querido, Dixe & Barbosa, 2010), a senhora T apresentou uma pontuação global de 22 pontos (num intervalo possível de 12 a 48), indicativa de níveis baixos de esperança. A análise dos itens revelou maior fragilidade nos domínios relacionados com a capacidade de projetar o futuro, a perceção de controlo pessoal sobre a própria vida e a confiança na possibilidade de mudança, traduzindo uma vivência marcada por desesperança e reduzida perceção de agência pessoal. Estes resultados são consistentes com o quadro depressivo atual e sustentam o diagnóstico de Enfermagem Falta de Esperança, constituindo um ponto de partida relevante para a implementação da intervenção estruturada de promoção da esperança.

Na Escala Numérica de avaliação da esperança - o termómetro da esperança (Ana Querido, 2020), a senhora T atribuiu um valor de 3 numa escala de 0 a 10, refletindo uma vivência subjetiva de esperança muito diminuída no momento da avaliação inicial. Este valor traduz uma perceção limitada de possibilidades futuras e reduzida confiança na capacidade de mudança, sendo coerente com o discurso verbalizado ao longo da entrevista e com os resultados obtidos na Escala de Esperança de Herth - PT.

Relativamente à Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007), a senhora T apresentou uma pontuação de 16 pontos na subescala de depressão (HADS-D), correspondente a sintomatologia depressiva grave, e 12 pontos na subescala de ansiedade (HADS-A), indicativa de ansiedade moderada. Estes resultados evidenciam um impacto significativo do estado emocional no funcionamento global da cliente, com predomínio da sintomatologia depressiva, em consonância com o episódio depressivo atual no contexto da Perturbação Bipolar Tipo I.

Na Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), validada para a população portuguesa por Faria Anjos et al. (2019), obteve uma pontuação global de 38 pontos (num intervalo possível de 0 a 100), sugerindo uma capacidade de resiliência reduzida. Este resultado traduz dificuldades na adaptação perante situações adversas, limitada perceção de eficácia pessoal e reduzida confiança na capacidade de enfrentar desafios, aspetos frequentemente associados a quadros depressivos e a vivências prolongadas de desesperança.

De forma global, os resultados obtidos na avaliação inicial evidenciam níveis baixos de esperança e resiliência, associados a sintomatologia depressiva clinicamente significativa, sustentando os diagnósticos de Enfermagem Falta de Esperança, Humor Depressivo e Risco de Suicídio, bem como a pertinência da implementação de uma intervenção estruturada de promoção da esperança.

6.3.2. Sessão 1

A sessão 1 teve como objetivo conhecer a cliente, explorar as suas expectativas face à intervenção e introduzir o conceito de esperança enquanto processo dinâmico e realista, promovendo a normalização da desesperança enquanto sintoma associado ao quadro depressivo.

A intervenção centrou-se na psicoeducação sobre a esperança, abordando a sua relação com o processo de recuperação e com a adesão terapêutica, bem como na diferenciação entre esperança realista e expectativas irreais no contexto da doença mental. Como recurso pedagógico, foi utilizado o PowerPoint de apoio apresentado no Apêndice XII, permitindo estruturar os conteúdos e apoiar a exposição teórica.

Durante a introdução do conceito de esperança, a cliente revelou dificuldade em estabelecer ligação com o tema, verbalizando “*neste momento não consigo pensar muito nisso, parece-me uma conversa bonita, mas longe da minha realidade*” (sic). Quando questionada sobre o significado pessoal de esperança, referiu “*acho que já tive esperança vezes demais e depois correu sempre mal*” (sic), evidenciando uma associação da esperança a experiências de frustração e perda.

No momento de normalização da desesperança enquanto sintoma associado ao quadro depressivo, a cliente manteve uma postura ambivalente, afirmando “*percebo o que está a dizer, mas custa-me acreditar que isto seja só a doença*” (sic). Esta verbalização sugere dificuldade em dissociar a vivência atual da sua identidade e história de vida, mantendo um discurso de autoculpabilização e rigidez cognitiva.

Relativamente à diferenciação entre esperança realista e expectativas irreais, a cliente demonstrou alguma resistência, referindo “*tenho medo que isso seja só baixar a fasquia para depois não me desiludir tanto*” (sic). Apesar disso, conseguiu reconhecer que metas excessivamente idealizadas lhe têm trazido sofrimento, acrescentando “*talvez seja por isso que depois fico tão mal quando não consigo*” (sic), ainda que sem demonstrar disponibilidade imediata para redefinir expectativas.

Ao longo da sessão, a cliente manteve uma atitude colaborante, embora predominantemente passiva, respondendo às questões colocadas de forma breve e com expressão afetiva congruente com humor deprimido. Observou-se envolvimento cognitivo com os conteúdos, sem tradução imediata em mudança emocional ou motivacional.

De forma global, a avaliação qualitativa dos resultados desta sessão indica que a psicoeducação para a esperança permitiu iniciar um contacto com o conceito, sem produzir ainda mudanças significativas ao nível da esperança percebida. A sessão contribuiu essencialmente para a instalação de um espaço de reflexão, para a validação da vivência subjetiva da cliente e para o fortalecimento gradual da relação terapêutica, constituindo uma base necessária para o trabalho subsequente de definição de metas e mobilização de recursos.

6.3.3. Sessão 2

A sessão 2 teve como objetivo explorar desejos, valores e forças pessoais da senhora T, aprofundar o significado atribuído à esperança no seu processo de recuperação e iniciar a definição de metas pessoais realistas a curto prazo, promovendo a percepção de agência pessoal.

A intervenção decorreu em contexto individual, com exploração orientada das áreas da vida afetadas pelo episódio depressivo e reflexão conjunta sobre aspetos que, apesar das dificuldades vivenciadas, poderiam ser passíveis de mudança. Foram retomados os conceitos abordados na sessão anterior, nomeadamente a diferenciação entre esperança realista e expectativas irreais, recorrendo-se, como recurso pedagógico de apoio, ao PowerPoint apresentado no Apêndice XIII, que permitiu estruturar a reflexão em torno de metas, valores e pequenos passos concretos.

Inicialmente, a senhora T demonstrou resistência ao tema das metas, verbalizando *“tenho algum medo disso... sempre que faço planos acabo por falhar”* (sic), associando a definição de objetivos a experiências prévias de frustração e desilusão. Quando questionada sobre desejos ou vontades atuais, referiu *“neste momento não sei bem o que quero, só sei o que não quero sentir”* (sic), evidenciando dificuldade em aceder a uma perspetiva orientada para o futuro.

Ao longo da sessão, e após validação destas dificuldades, conseguiu reconhecer que a ausência total de metas contribuía para uma sensação de estagnação, afirmando *“também é verdade que assim fico parada, como se nada valesse a pena”* (sic). Esta verbalização marcou um primeiro momento de inflexão, permitindo avançar, de forma cautelosa, para a definição de metas de curto prazo.

Com apoio, conseguiu definir duas metas pessoais, formuladas de modo deliberadamente simples e realista:

- Identificar um pensamento negativo recorrente sobre o futuro que surja ao longo do dia e conseguir questioná-lo ou adiá-lo, mesmo que por poucos minutos, verbalizando *“os pensamentos vêm logo como certezas, mas talvez não tenham que mandar em mim o tempo todo”* (sic).
- Reconhecer e nomear, para si própria, uma emoção predominante sentida durante o dia, sem recorrer ao evitamento emocional, referindo *“normalmente tento não sentir nada, mas posso tentar perceber melhor o que está lá”* (sic). Apesar de

definir estas metas, manteve uma postura ambivalente, acrescentando “*não prometo nada, isto é só uma tentativa*” (sic), refletindo a coexistência de esperança incipiente e medo do fracasso. Ainda assim, a aceitação de experimentar pequenas ações concretas representa um primeiro movimento de agência, sem idealização do resultado.

Ao longo da sessão, observou-se maior envolvimento da senhora T na reflexão sobre o seu papel ativo no processo de recuperação, ainda que sem alterações expressivas no humor ou na esperança percebida. A definição das metas foi acompanhada de validação emocional e reforço da ideia de que o valor do processo reside na tentativa e não exclusivamente no resultado.

De forma global, a avaliação qualitativa dos resultados desta sessão indica a ocorrência de um primeiro sinal incipiente de flexibilização da vivência de desesperança, expressa pela capacidade da cliente em identificar e aceitar duas metas realistas a curto prazo. Este momento constitui um passo fundamental no processo terapêutico, criando condições para o trabalho subsequente de mobilização de recursos e desenvolvimento de vias alternativas para a concretização das metas definidas.

6.3.4. Sessão 3

A sessão 3 teve como objetivo mapear recursos internos e externos da cliente, explorar estratégias de coping previamente utilizadas e desenvolver vias alternativas para a concretização das metas definidas na sessão anterior, bem como identificar obstáculos potenciais e estratégias para lidar com momentos de maior vulnerabilidade emocional.

A intervenção decorreu em contexto individual, com exploração orientada dos recursos internos e externos da cliente e reflexão conjunta sobre possíveis vias para a concretização das metas definidas, bem como sobre obstáculos e a necessidade de flexibilidade no processo de recuperação. Recorreu-se, como recurso pedagógico de apoio, ao PowerPoint da Sessão 3, apresentado no Apêndice XIV, que permitiu estruturar e facilitar a abordagem destes conteúdos.

No início da sessão, ao explorar a concretização das metas estabelecidas anteriormente, a senhora T apresentou um discurso ambivalente, referindo “*não fiz isto de forma certinha como tínhamos falado*” (sic). Relativamente à identificação de pensamentos negativos recorrentes, verbalizou “*dei por mim a pensar que nada vai mudar, mas depois lembrei-me do*

que falámos e pensei que talvez fosse só mais um pensamento” (sic), acrescentando que este questionamento ocorreu apenas uma vez, mas que *“já foi diferente do habitual”* (sic).

No que respeita à meta de reconhecimento e nomeação de emoções, a cliente demonstrou dificuldade inicial, referindo *“sinto um bloco, como se não soubesse bem o que estou a sentir”* (sic). Contudo, conseguiu identificar momentos de tristeza e ansiedade ao longo da semana, afirmando *“houve um dia em que percebi que estava mais triste do que irritada”* (sic), o que representou um avanço ao nível da consciência emocional, ainda que frágil.

Na exploração de recursos internos, a cliente revelou resistência em reconhecer qualidades pessoais, verbalizando *“neste estado parece que não tenho recursos nenhuns”* (sic). Com apoio do enfermeiro, conseguiu identificar alguns recursos internos, nomeadamente a capacidade de reflexão, a persistência e a responsabilidade, referindo *“se não tivesse alguma força, já tinha desistido há muito tempo”* (sic). Este reconhecimento foi trabalhado como um recurso disponível, mesmo nos períodos de maior sofrimento.

Relativamente aos recursos externos, a cliente identificou o apoio da mãe, dos irmãos e da equipa de saúde como elementos significativos, reconhecendo que *“mesmo quando não peço ajuda, sei que há pessoas atentas”* (sic). A partir desta identificação, foram discutidas vias alternativas para lidar com momentos de maior vulnerabilidade, como verbalizar dificuldades à equipa, recorrer a estratégias de distração simples ou permitir-se reduzir exigências internas.

Ao longo da sessão, foram igualmente identificados obstáculos à concretização das metas, nomeadamente a fadiga, a tendência para a autocrítica e o medo de falhar. Estes obstáculos foram trabalhados no sentido de promover uma postura mais flexível, reforçando-se a ideia de que o processo de recuperação não é linear. A cliente mostrou-se recetiva a esta abordagem, ainda que com reservas, afirmando *“talvez assim seja menos pesado do que tentar fazer tudo bem feito”* (sic).

De forma global, a avaliação qualitativa dos resultados desta sessão indica um aumento gradual da consciência emocional e cognitiva da cliente, bem como uma maior identificação de recursos internos e externos, ainda que coexistindo com insegurança e autocrítica. A sessão contribuiu para o reforço da autoeficácia incipiente e para a consolidação da ideia de que a recuperação pode ocorrer através de múltiplas vias, mesmo na presença de dificuldades, preparando o terreno para a fase final de consolidação e reavaliação da esperança.

6.3.5. Sessão 4

A sessão 4 teve como objetivo consolidar as aprendizagens desenvolvidas ao longo do programa de promoção da esperança, reforçar a percepção de progresso, promover a autoeficácia e reavaliar os níveis de esperança, sintomatologia emocional e resiliência, bem como elaborar um plano pessoal de manutenção da esperança.

A intervenção decorreu em contexto individual, com reflexão integrativa sobre o percurso realizado nas sessões anteriores. Recorreu-se, como recurso pedagógico de apoio, ao PowerPoint apresentado no presente trabalho como Apêndice XV, que permitiu estruturar a consolidação das aprendizagens, normalizar as flutuações da esperança ao longo do processo de recuperação e apoiar a identificação de estratégias para lidar com momentos futuros de maior vulnerabilidade emocional.

No início da sessão, a cliente demonstrou alguma dificuldade em reconhecer alterações significativas, verbalizando *“não sinto que esteja muito diferente”* (sic). Contudo, à medida que a reflexão foi aprofundada e comparado o momento atual com a fase inicial do programa, conseguiu identificar mudanças subtis no seu funcionamento cognitivo e emocional, referindo *“agora consigo perceber melhor quando estou a ir para o pior cenário”* (sic) e *“já não acredito logo em tudo o que a minha cabeça diz”* (sic). Estas verbalizações evidenciam uma maior capacidade de distanciamento face aos pensamentos automáticos negativos.

No âmbito da consolidação das aprendizagens, foi trabalhada a ideia de que a esperança pode oscilar ao longo do processo de recuperação sem que tal signifique retrocesso. A cliente demonstrou integração deste conceito, afirmando *“acho que percebi que não preciso de estar sempre bem para haver alguma esperança”* (sic), traduzindo uma redução da rigidez cognitiva e da autoexigência associadas à vivência de desesperança.

Na fase final da sessão, foi elaborado um plano pessoal de manutenção da esperança, no qual a cliente identificou sinais de alerta pessoais, nomeadamente a rigidez do pensamento, o aumento da autocritica e a tendência para o isolamento emocional. Foram igualmente identificadas estratégias de coping ajustadas, como o questionamento de pensamentos automáticos negativos, a aceitação das oscilações emocionais e o recurso ao apoio da equipa de saúde em momentos de maior vulnerabilidade.

Apesar de verbalizar receio relativamente à manutenção dos ganhos após o internamento, afirmando *“tenho medo de perder isto quando sair daqui”* (sic), a cliente

conseguiu reconhecer a existência de recursos pessoais, acrescentando, *“mas agora sinto que tenho pelo menos algumas ferramentas para lidar melhor”* (sic), traduzindo uma maior percepção de autoeficácia.

Foram reaplicados os instrumentos de avaliação aplicados na sessão 0, sendo que:

- Na Escala de Esperança de Herth – PT, a cliente apresentou uma pontuação global de 27 pontos, comparativamente aos 22 pontos obtidos na avaliação inicial, traduzindo um aumento moderado dos níveis de esperança. A melhoria foi particularmente observada nos itens relacionados com a capacidade de admitir possibilidades futuras e com a definição de pequenos objetivos, mantendo-se fragilidades ao nível da confiança plena na mudança a longo prazo.
- No Termómetro da Esperança, a cliente atribuiu um valor de 5 numa escala de 0 a 10, refletindo uma melhoria gradual da vivência subjetiva da esperança face ao valor inicial de 3. Este resultado sugere uma maior abertura à possibilidade de esperança, ainda que vivida de forma cautelosa, sendo verbalizado que *“não estou bem, mas já não sinto que esteja tudo completamente fechado”* (sic).
- Relativamente à Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), observou-se uma redução da sintomatologia depressiva, com uma pontuação de 12 pontos na subescala de depressão (HADS-D), correspondente a sintomatologia depressiva moderada, face aos valores iniciais. Contudo, a subescala de ansiedade (HADS-A) manteve-se inalterada, com 12 pontos, indicando ansiedade moderada persistente. A manutenção destes valores poderá relacionar-se com fatores contextuais associados ao internamento e com a natureza flutuante da ansiedade no processo de recuperação, não tendo constituído o foco principal da intervenção.
- Na Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), a cliente obteve uma pontuação global de 44 pontos, evidenciando um ligeiro aumento da percepção de capacidade de adaptação face à avaliação inicial. A melhoria observada relaciona-se sobretudo com maior tolerância ao desconforto emocional e maior confiança na utilização de estratégias aprendidas, mantendo-se vulnerabilidades em situações de maior exigência emocional.

Com o objetivo de sintetizar a evolução observada ao longo da intervenção, apresenta-se de seguida uma tabela comparativa entre os resultados obtidos na avaliação inicial (Sessão 0) e na reavaliação final (Sessão 4).

Tabela 4: Comparação dos resultados das escalas na Sessão 0 e Sessão 4

Instrumento de avaliação	Sessão 0	Sessão 4	Interpretação
Escala de Esperança de Herth – PT	22	27	Aumento moderado dos níveis de esperança
Termómetro da Esperança	3	5	Melhoria gradual da vivência subjetiva da esperança
HADS – Depressão	16	12	Redução da sintomatologia depressiva (grave → moderada)
HADS – Ansiedade	12	12	Manutenção de ansiedade moderada
CD-RISC	38	44	Ligeiro aumento da perceção de resiliência

A análise integrada dos resultados apresentados evidencia uma evolução diferenciada entre os vários domínios avaliados. Observa-se uma melhoria moderada nos níveis de esperança, expressa tanto nos instrumentos específicos como na vivência subjetiva da cliente, acompanhada por uma redução da sintomatologia depressiva e por um ligeiro aumento da perceção de resiliência. Em contraste, os níveis de ansiedade mantiveram-se estáveis, sem alteração da categoria de gravidade, o que se revela coerente com o contexto de internamento e com o foco da intervenção, centrado prioritariamente na promoção da esperança e não na redução direta da ansiedade.

A ausência de melhorias uniformes em todas as dimensões reforça o carácter gradual e não linear do processo de recuperação, particularmente em contextos de perturbação bipolar em fase depressiva. Os resultados quantitativos encontram-se em consonância com os dados qualitativos recolhidos ao longo das sessões, nos quais a cliente evidenciou maior capacidade de questionamento de pensamentos negativos, reconhecimento emocional e perceção de agência, ainda que mantendo ambivalência e receio relativamente ao futuro. Esta convergência entre indicadores quantitativos e qualitativos sustenta a relevância clínica da intervenção e a adequação das estratégias utilizadas.

6.4. Conclusões

O presente estudo de caso permitiu aprofundar a compreensão da vivência da esperança em contexto de Perturbação Bipolar tipo I, em fase depressiva, evidenciando a sua relevância enquanto foco central da intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A implementação de um programa estruturado de promoção da esperança, construído com base na evidência científica previamente mapeada, possibilitou uma abordagem centrada na pessoa, ajustada ao seu contexto clínico e às suas necessidades prioritárias, integrando dimensões cognitivas, emocionais e relacionais do processo de recuperação.

A análise dos resultados evidenciou uma evolução positiva e gradual nos níveis de esperança e de resiliência, bem como uma redução clinicamente relevante da sintomatologia depressiva, ainda que sem alterações significativas ao nível da ansiedade. Esta diferenciação entre domínios reforça a natureza não linear do processo de recuperação em saúde mental e sublinha a importância de intervenções focadas, realistas e ajustadas ao momento clínico da pessoa. A manutenção dos níveis de ansiedade, sem agravamento, constitui igualmente um resultado relevante, considerando o contexto de internamento e a fase do percurso terapêutico.

A integração de dados quantitativos e qualitativos revelou-se fundamental para uma compreensão mais abrangente do impacto da intervenção, permitindo articular as alterações observadas nas escalas com mudanças subtis, mas significativas, no discurso, na consciência emocional e na perceção de agência pessoal da cliente. A capacidade de questionar pensamentos automáticos negativos, reconhecer emoções e admitir a possibilidade de esperança, ainda que de forma cautelosa, constituiu um passo relevante no seu processo de recuperação.

Este estudo reforça o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto facilitador de processos de mudança, promotor de esperança realista e mediador da construção de sentido, assumindo uma intervenção fundamentada, ética e centrada na singularidade da pessoa. A promoção da esperança emerge, assim, não como uma expectativa idealizada de cura, mas como um processo dinâmico, passível de ser trabalhado mesmo em contextos de sofrimento intenso, contribuindo para o fortalecimento da autonomia, da autoeficácia e do envolvimento ativo da pessoa no seu percurso terapêutico.

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações associadas à implementação da intervenção. Apesar da evidência científica apontar para a relevância de intervenções socioterapêuticas na promoção da esperança, estas não foram operacionalizadas no presente

estudo, atendendo às características da pessoa, nomeadamente a baixa adesão a dinâmicas grupais, bem como às condicionantes do contexto de internamento.

Relativamente às intervenções psicossociais, estas foram parcialmente integradas no processo terapêutico, nomeadamente através da consideração do contexto de vida da pessoa, da identificação de recursos disponíveis e da promoção da autonomia. Contudo, não envolveram diretamente a rede de suporte, devido à sua limitada disponibilidade para participação no contexto de internamento.

Estas considerações reforçam a importância da individualização das intervenções de enfermagem e da sua adaptação ao contexto clínico e às preferências da pessoa. Paralelamente, evidenciam a necessidade de, em futuras intervenções, integrar de forma mais sistemática estas dimensões, particularmente em contextos que permitam maior continuidade de cuidados e envolvimento da rede de apoio.

Por fim, este trabalho evidencia a importância da utilização de programas estruturados e de instrumentos de avaliação validados, não apenas como meios de monitorização de resultados, mas como ferramentas que sustentam o raciocínio clínico e a tomada de decisão em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A reflexão desenvolvida ao longo deste estudo de caso contribuiu igualmente para o aprofundamento das competências do enfermeiro especialista, reforçando a necessidade de práticas baseadas na evidência, articuladas com uma leitura sensível e humanizada da experiência subjetiva da pessoa com doença mental.

Considerações finais

O presente relatório de estágio evidencia um percurso formativo progressivo e consistente, marcado pelo desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), sustentado na integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica.

Ao longo dos dois contextos de estágio, foi possível consolidar uma prática de cuidados altamente diferenciada, centrada na pessoa e orientada para a promoção da recuperação, mobilizando competências ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme preconizado para o enfermeiro especialista. A atuação foi pautada pela tomada de decisão clínica fundamentada, pela reflexão sistemática sobre a prática e pela adaptação das intervenções às necessidades individuais, evidenciando autonomia e pensamento crítico.

No domínio das competências específicas do EEESMP, destaca-se a capacidade de avaliação especializada em saúde mental, com recurso a uma abordagem compreensiva da pessoa, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais. A intervenção desenvolvida privilegiou a relação terapêutica como instrumento central do cuidado, promovendo a aliança terapêutica, a comunicação terapêutica e a validação da experiência subjetiva da pessoa, elementos fundamentais na prática em saúde mental.

A implementação de intervenções de enfermagem diferenciadas, nomeadamente psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, permitiu promover a adaptação à doença, o desenvolvimento de competências de coping e o reforço de recursos internos, com particular enfoque na esperança enquanto dimensão central do processo de recuperação. A integração da família e da rede de suporte, bem como a articulação com a equipa multidisciplinar, evidenciaram competências ao nível da coordenação e continuidade dos cuidados, essenciais na prática do EEESMP.

No âmbito das competências de mestre, destaca-se a capacidade de mobilizar e produzir conhecimento científico, evidenciada através da realização de uma *scoping review*, que permitiu mapear as intervenções de enfermagem promotoras da esperança em pessoas com diagnóstico de depressão. Este trabalho constituiu um contributo relevante para a prática

baseada na evidência, sustentando a tomada de decisão clínica e evidenciando competências ao nível da análise crítica da literatura, da sistematização do conhecimento e da sua aplicação em contexto clínico.

Paralelamente, o desenvolvimento de um programa de intervenção promotor de esperança, fundamentado nos resultados da *scoping review*, e a sua aplicação no âmbito de um estudo de caso, permitiram não só operacionalizar o conhecimento científico produzido, como também testar a sua aplicabilidade em contexto clínico real. Este processo evidenciou a articulação entre investigação e prática, traduzindo-se no desenvolvimento de competências avançadas de planeamento, implementação e avaliação de intervenções complexas.

A aplicação do programa numa pessoa com humor depressivo possibilitou a análise dos ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da esperança, da resiliência e do estado emocional, reforçando a relevância clínica da intervenção de enfermagem especializada e o papel do EEESMP na promoção de processos de recuperação.

Ao longo do percurso, foi ainda possível desenvolver competências ao nível da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente através da identificação de necessidades, da reflexão sobre práticas e da incorporação de estratégias inovadoras e baseadas na evidência. A experiência nos diferentes contextos de estágio contribuiu para uma visão integrada dos cuidados em saúde mental, reforçando a importância da continuidade, da acessibilidade e da adequação das intervenções às diferentes fases do percurso de doença.

Este percurso formativo permitiu consolidar uma identidade profissional mais diferenciada, reflexiva e sustentada na evidência, evidenciando a capacidade de atuar de forma autónoma, ética e responsável, em consonância com o perfil do enfermeiro especialista e do mestre em enfermagem. A centralidade da esperança enquanto foco de intervenção revelou-se particularmente relevante, sendo integrada de forma intencional na prática clínica como recurso terapêutico essencial.

Não obstante os ganhos alcançados, reconhecem-se áreas de desenvolvimento futuro, nomeadamente ao nível da avaliação sistemática dos resultados das intervenções, da implementação de programas estruturados em diferentes contextos e da produção contínua de conhecimento científico. A continuidade deste percurso permitirá aprofundar o contributo do enfermeiro especialista na promoção da saúde mental e na melhoria da qualidade dos cuidados.

Em síntese, o presente relatório evidencia a aquisição e mobilização integrada de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como de competências de nível avançado inerentes ao grau de mestre, refletindo um percurso de aprendizagem significativo e orientado para uma prática clínica diferenciada, baseada na evidência e centrada na pessoa.

Referências bibliográficas

- Areias, C. S. C. C. (2023). *Diagnóstico das dificuldades do cuidador informal para promoção do bem-estar* [Trabalho de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=148756&codigo=107
- Alves, A. (2023). *Promoção da esperança no recovery da pessoa com doença mental*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstreams/4d4e1a4f-3e83-4f54-8c64-4125d1958f8b/download>
- American Psychiatric Association. (2023). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TR: Texto Revisto). Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-399-7.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>.
<https://doi.org/10.1007/s40894-021-00167-0>
- Berry, C., Hodgekins, J., Michelson, D., Chapman, L., Chelidoni, O., Crowter, L., Sacadura, C., & Fowler, D. (2022). A systematic review and lived-experience panel analysis of hopefulness in youth depression treatment. *Adolescent Research Review*, 7(2), 235–266
- Boreham, A., & Schutte, N. S. (2023). Hope, resilience, and mental well-being: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 205, 112060.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112060>
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2014). User involvement in community mental health services: Principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 289–297.

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
- Casimiro, A. C. J. F. G. (2023). *O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção da adesão terapêutica da pessoa com doença mental em contexto de internamento* (Relatório de estágio). Repositório RCAAP.
- Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal, P., Marta, F., Moita, M., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., & Lopes, I. (2016). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de aprendizagens socioemocionais em meio escolar*. Direção-Geral da Saúde.
- Carvalho, H. J. R. (2024). *Emoções em harmonia: Promover a regulação emocional com a pessoa com ansiedade — Da prevenção ao tratamento* [Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
- Chen, X., Liu, X., Li, F., He, H., Li, X., Qin, T., Jiang, B., Chen, Y., Wang, Y., Su, Y., Wang, X., Liang, L., Hua, H., Wu, J., Ma, J., Hu, F., & Qin, P. (2025). Depression and health outcomes: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Translational Psychiatry*, 15(1), 298. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03463-8>
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS Viseu. (2018). *Manual de prestação de cuidados: Guia orientador para enfermeiros*. ULS Viseu.

Elliott, J. A., & Olver, I. N. (2002). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Social Science & Medicine*, 55(2), 209–220. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00203-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00203-8)

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Acesso a cuidados de saúde mental nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*.

https://www.ers.pt/media/5oopoywj/estudo_saude_mental_20_12_23.pdf

Esteves, M. T. (2011). *Saúde mental comunitária: Rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)* [Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

<https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/4505/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Margarida%20Esteves.pdf>

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Herdman, T., Kamitsuro, S. & Lopes, C. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I – Definições e Classificação 2021-2023* (12a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Instituto Politécnico de Viseu. (2023). *Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Escola Superior de Saúde de Viseu.

<https://essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmesmp-2023/>

Lluch-Canut, M. T. (2011). *Salud mental positiva: Modelo teórico y evaluación*. Fórum de Investigación en Enfermería

Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P., & Renca, P. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Ordem dos Enfermeiros.

- Mendes, L. C. P. (2022). A esperança como foco de atenção em enfermagem na reabilitação psicossocial orientada para o recovery [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/32214>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). Nursing Outcomes Classification (NOC) (6th ed.). Elsevier.
- Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, T., Lourenço, H., Moreira, S., Martins, D., Horta, P., Quarenta, J., & Teixeira, T. (2024). Proposta de critérios de internamento em psiquiatria. *Acta Médica Portuguesa*, 37(3), 160–162.
<https://doi.org/10.20344/amp.20500>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Murray, G., Gonzalez, R., Harvey, A. G., et al. (2019). Bipolar depression: A major unsolved challenge. *World Psychiatry*, 18(3), 305–306. <https://doi.org/10.1002/wps.20652>
- Nathan, R., Gabbay, M., Boyle, S., Elliott, P., Giebel, C., O'Loughlin, C., Wilson, P., & Saini, P. (2021). Use of acute psychiatric hospitalisation: A study of the factors influencing decisions to arrange acute admission to inpatient mental health facilities. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 696478.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.696478>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – Versão portuguesa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Guia orientador de boas práticas: Intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Organisation for Economic Co-operation and Development, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Portugal: Country health profile 2023*. OECD Publishing.

<https://doi.org/10.1787/069af7b1-en>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organização Mundial da Saúde. (2025). *Mental health: Strengthening our response*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organização Mundial da Saúde. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO.

Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal Relations In Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146.
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>

Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M., & Alencar, A. B. (2019). *Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental*. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 64–69.
<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>

Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. Em Sequeira, C. & Sampaio, F., *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 243-245). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Querido, A. I. F., Laranjeira, C. A., & Dixe, M. D. A. C. R. (2021). Hope in a depression therapeutic group: A qualitative case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), e20201309. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1309>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapéuticas de enfermería. In Asociación Española de Nomenclatura. Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (Ed.), X Symposium AENTDE “Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad” (pp. 718-721). Sevilla: AENTDE
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Unidades de cuidados na comunidade (UCC)*.
<https://www.sns.gov.pt>
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>
- Smith, M.C. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice*, (5th ed). F.A. Davis Company.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (s.d.). *Termos em saúde/perturbação mental*.
<https://www.sppsm.org/informemente/termos-em-saudeperturbacao-mental-2/>
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., & Xavier, M. (2023). *Manual para a implementação e desenvolvimento de equipas comunitárias de saúde mental*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde.
<https://doi.org/10.34619/9afc-ceib>
- Sufrate-Sorzano, T., Juárez-Vela, R., Ramírez-Torres, C. A., Rivera-Sanz, F., Garrote-Camara, M. E., Roland, P. P., Gea-Sánchez, M., Del Pozo-Herce, P., Gea-Caballero,

- V., Angulo-Nalda, B., & Santolalla-Arnedo, I. (2022). Nursing interventions of choice for the prevention and treatment of suicidal behaviour: The umbrella review protocol. *Nursing open*, 9(1), 845–850. <https://doi.org/10.1002/nop2.1068>
- Sun, Y., Yu, H., Wu, X., & Ma, C. (2023). Sense of hope affects secondary school students' mental health: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 14, 1097894. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1097894>
- Sundin, E., Björkman, A., & Carlsson, G. (2022). Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(4), 282–289. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2034222>
- Tay, J. L., Goh, Y. S. S., Sim, K., & Klainin-Yobas, P. (2022). Impact of the HOPE intervention on mental health literacy, psychological well-being and stress levels amongst university undergraduates: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9772. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159772>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vieta, E., & Suppes, T. (2008). Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disorders*, 10(1 Pt 2), 163–178. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00561.x>

- Wang, X., Song, H. F., & Zhang, S. M. (2025). Nursing interventions based on Snyder's hope theory for depression following percutaneous coronary interventions: A clinical study. *World Journal of Psychiatry*, 15(2). <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i2.99316>
- Wasaya, F., Shah, Q., Shaheen, A., & Carroll, K. (2021). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: A Case Study. *Nursing Science Quarterly*, 368–371.
- Werlen, L., Gjukaj, D., Mohler-Kuo, M., & Puhan, M. A. (2019). Interventions to improve children's access to mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e58.
<https://doi.org/10.1017/S2045796019000544>
- World Health Organization. (2021). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage.
- Yosep, I., Hikmat, R., Mardhiyah, A., Zamroni, A. H., Pranata, Y., & Saputra, R. L. (2025). Nursing interventions to reduce mental health problems in nursing students: a scoping review. *BMC nursing*, 24(1), 780. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03329-w>
- Zhang, Z., Jackson, S. L., Gillespie, C., Merritt, R., & Yang, Q. (2023). Depressive symptoms and mortality among US adults. *JAMA Network Open*, 6(10), e2337011.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.37011>

APÊNDICES

APÊNDICE I: Powerpoint da sessão de relaxamento

Relaxamento

Uma estratégia de autocuidado



Maria Machado, aluna do CMESPM.
Sob a tutoria do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
Mauro Silva e a orientação da Professora Doutora Patrícia Alves

Relaxamento

O **relaxamento** é um **processo intencional de redução da tensão física, mental e emocional**, que permite ao organismo recuperar o equilíbrio e restaurar a homeostase. Envolve a **diminuição da ativação do sistema nervoso simpático**, promovendo um estado de **calma, tranquilidade e consciência corporal**.

Técnicas comuns: Respiração consciente, meditação, relaxamento muscular, mindfulness

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson



Criado por **Edmund Jacobson** (1930)

Baseado em **tensão e relaxamento muscular**



Desenvolve a **consciência corporal** e liberta tensões acumuladas



Etapas principais:

1. Contração muscular (5–10 segundos)
2. Relaxamento (20–30 segundos)
3. Percepção da diferença entre tensão e relaxamento

Benefícios do relaxamento

01

- Diminuição da ansiedade e do stress

02

- Regulação da pressão arterial e frequência cardíaca

03

- Prevenção do burnout

04

- Melhoria da concentração e do sono

05

- Aumento do bem-estar e da resiliência

06

- Fortalecimento do sistema imunitário

Como integrar no dia a dia?

- **Respiração diafragmática:** inspirar profundamente pelo nariz e expirar lentamente pela boca
- **Relaxamento muscular progressivo:** tensionar e relaxar grupos musculares do corpo, de cima para baixo
- **Meditação guiada:** ouvir instruções para relaxar a mente e o corpo
- **Mindfulness:** atenção plena a sensações, respiração e ambiente, sem julgamento



Como integrar no dia a dia?

- **Visualização positiva:** imaginar cenários calmos e agradáveis para induzir relaxamento
- **Alongamentos suaves:** movimentos lentos de pescoço, ombros e costas para aliviar tensão
- **Exercícios de yoga ou pilates:** posturas focadas na respiração e consciência corporal



Vamos praticar!



UCC Viseense

Referências bibliográficas

- Coelho, J., Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.). *Enfermagem em saúde mental, diagnósticos e intervenções*, (pp. 202-210). Lidel.
- Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. (n.d.). *APRENDER A RELAXAR: Ansiedade funcional e disfuncional*.
https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Aprender_a_relaxar.pdf
- Lima Junior, C. F. de, & Souza, J. C. P. de. (2021). RELAXATION TECHNIQUES TO REDUCE STRESS AND ANXIETY IN JIU-JITSU ATHLETES. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 7(1), 215-227. <https://doi.org/10.22289/2446-922x.v7n1a15>
- Wilhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

APÊNDICE II: Procedimento da sobrecarga/stress do cuidador

Nota: O procedimento entra em vigor no dia imediatamente a seguir à data de publicação da respetiva Ordem de Serviço, que deve acompanhar obrigatoriamente o documento, sempre que este for impresso.

IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Âmbito:	Este procedimento abrange todos os clientes referenciados para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).		
Responsabilidade pela implementação:	A correta aplicação do procedimento é da responsabilidade dos profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com especial ênfase para os elementos que intervêm na ECCI.		
Autor(es): Enfermeiro Mauro Silva e Maria Machado (aluna CMESMP)			

[colocar aqui as assinaturas digitais]

Revisor(es):

[colocar aqui as assinaturas digitais]

Aprovador(es):

Conselho de Administração

Nota:

[Mencionar se revoga algum documento anterior]

HISTÓRICO DE VERSÕES

Versão	Data	Alterações	Autor(es)
V1.0 [colocar Ref. Interna FileDoc]	Abril 2018	Versão Inicial	Enfermeira Emília Rodrigues

V2.0 [colocar Ref. Interna FileDoc]	Novembro 2025	Revisão da literatura; Criação de grupo de ajuda mútua para cuidadores com sobrecarga pelo EEESMP.	Enfermeiro Mauro Silva e Maria Machado (aluna CMESMP)
--	------------------	---	--

ABREVIATURAS

Sigla	Descrição
CI	Cuidador informal
ECI	Estatuto do Cuidador Informal
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
GAM	Grupo de Ajuda Mútua

1. Objetivo

Uniformizar práticas e definir estratégias de intervenção pela equipa de enfermagem na sobrecarga/stress do cuidador informal, assegurando assim a qualidade dos cuidados prestados.

2. Âmbito

Este procedimento abrange todos os clientes referenciados para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

3. Enquadramento

O cuidador informal (CI) é uma pessoa que cuida de forma regular ou permanente de outra(s) pessoa(s) que esteja(m) numa situação de dependência. (7)

A maioria dos cuidados a pessoas dependentes é prestado por cuidadores informais em contexto domiciliário. Estas tarefas variam das mais simples (supervisão) às mais complexas

(higiene pessoal), variando também na frequência, periodicidade, duração e intensidade relacionada com o grau de dependência de quem é cuidado. Por estas razões, os CI enfrentam no seu dia-a-dia enormes desafios, quer do ponto de vista físico, quer emocional, traduzindo-se estes em impactos diretos na saúde do próprio cuidador. (10)

A família ou cuidadores têm, muitas vezes, alterações significativas na vida e dinâmica familiar, tendo de se reestruturar e adaptar à situação de dependência, o que muitas vezes por escassez de conhecimentos, quer relacionada com os cuidados como com os recursos existentes na comunidade, os leva a experienciarem níveis de stress, ansiedade, depressão e até mesmo problemas de saúde, físicos, que de outra forma não existiriam. (5)

Para dar resposta a estas necessidades, designadamente a diversas tarefas para cuidar do cliente dependente no domicílio, o cuidador enfrenta uma realidade preocupante, pois as atividades realizadas pelo CI no domicílio são complexas e podem ser potenciadoras de isolamento físico, psicológico e social. (11)

É imperativo ter em consideração a personalidade e necessidade da pessoa a quem são prestados os cuidados e a evolução da sua condição, estando diretamente associado com o nível e natureza dos cuidados prestados. Assim, a motivação para a prestação de cuidados depende de vários fatores, nomeadamente: capacitação, informação, apoio psicológico, relação entre o trabalho e o cuidar, o apoio que dispõem a sua acessibilidade, adequação e se é prestado em tempo útil. (6)

Neste contexto, o cuidado familiar de pessoa dependente, tem sido conceptualizado como um evento vital stressante, com impacto negativo sobre o cuidador, que o sobrecarrega, afetando a sua saúde e qualidade de vida.

A sobrecarga do cuidador pode ser definida como um conjunto de problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e económicos que podem ser experienciados pela pessoa que cuida, associados a fatores como o grau de dependência do receptor dos cuidados, as atividades diárias da pessoa cuidadora e o apoio social com que esta pode contar. (4)

Torna-se de extrema importância identificar os fatores que são referentes à sobrecarga, pois urge a necessidade de serem definidas intervenções preventivas. Inúmeros autores têm descrito diversos fatores, relacionados com os cuidadores e fatores relacionados com a pessoa dependente que origina a sobrecarga. Os fatores reconhecidos foram o grau de dependência,

saúde psicológica e características sociodemográficas, tipo de necessidades, tempo despendido no cuidado, grau de parentesco e saúde psicológica do cuidador. (9)

Quando temos um diagnóstico de sobrecarga do cuidador, devemos ter especial atenção às variáveis como: a nível de necessidades de cuidados do cliente, o grau de dependência nas atividades de vida diárias, as dificuldades relacionadas com o cuidar, duração do cuidado e o número de horas diárias de cuidados, a capacidade do cuidador, no que concerne aos conhecimentos, estado de saúde, predisposição, recursos, competências/ habilidades, etc.). Portanto, os fatores de risco a ter em conta são: a codependência, carência de apoio social e/ou familiar, impossibilidade de descanso do cuidador, inexistência de atividades sociais e de distração, inexperiência na prestação de cuidados, estado de saúde do cuidador, o contexto e a interação, etc. (15)

A sobrecarga do cuidador é um conceito que se refere a desgaste por cansaço, ou seja, traduz a exposição do cuidador a fatores de Stress significativos, num espaço de tempo relativamente curto (cuidar de alguém com alterações comportamentais) ou a uma exposição prolongada a fatores de Stress pouco significativos, mas que ao longo do tempo originam consequências em termos de sobrecarga para quem cuida. Esta sobrecarga pode ser objetiva ou subjetiva. A Sobrecarga objetiva está relacionada com acontecimentos e atividades concretas e refere-se à alteração em parâmetros de vida do cuidador, potencialmente observáveis e quantificáveis (sobrecarga física, económica, etc.). A Sobrecarga subjetiva é entendida enquanto sentimentos, atitudes e reações emocionais face à experiência do cuidar, como cada um avalia a sobrecarga objetiva. (12)

Identificam-se inúmeras implicações nos CI, nomeadamente: Limitação do tempo; Custos económicos; Risco para a saúde; Impacto sobre as relações interpessoais; Sobrecarga física, psicológica e emocional do cuidador, que pode repercutir-se na atividade profissional, com redução do orçamento familiar e prejuízo do ambiente relacional intra e extrafamiliar.

A sobrecarga está associada a uma deterioração da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade, pelo que a sua caracterização é fundamental para uma prevenção efetiva. (14)

O stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que, perante a mesma, o indivíduo desencadeia. Uma situação indutora de stress, é aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos, prejudicando o seu bem-estar. (17)

Perante uma situação indutora de Stress, há diversas funções intelectuais que ficam alteradas, nomeadamente: A percepção do meio ambiente torna-se distorcida e a pessoa é levada a fazer interpretações incorretas, a respeito do que está a acontecer; A tolerância à frustração diminui, sendo aumentada a impaciência e a ansiedade; Ocorrência de erros e distrações, levando ao risco de acidentes; Dificuldade na tomada de decisão; Dificuldade em reter informação sobre factos recentes e em interpretar o significado dos acontecimentos, quando é necessário relembrar informação já armazenada; Diminuição da atenção e dificuldade em detetar erros nas tarefas. A qualidade de vida dos cuidadores é influenciada de forma negativa ou positiva dependendo das estratégias que estes adotam, ou seja, o modo como gerem situações face ao stress. (14)

Posto isto, há que repensar novas formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida da pessoa dependente e do cuidador informal.

O estudo da sobrecarga associada ao cuidar de pessoas com dependência, de causa “física” ou “mental”, constitui uma prioridade em termos de saúde pública, pelo facto de possibilitar a avaliação das consequências negativas no cuidador informal. (3)

Existem diversos instrumentos padronizados para avaliar a sobrecarga, sendo o mais utilizado em termos internacionais a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, adaptada e validada para a população portuguesa, por Sequeira, 2010. Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Com a soma das pontuações, obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa. (14)

De acordo com a avaliação efetuada da sobrecarga, assim devem ser orientadas as intervenções de enfermagem.

As intervenções devem ser planeadas de acordo com o diagnóstico das necessidades de cuidados de saúde e com os interesses específicos de cada cuidador, individualmente ou em grupo. O seu principal objetivo é apoiar na prestação de cuidados, prevenir ou resolver conflitos, e promover a autoestima e o sentido de vida das pessoas envolvidas. Habitualmente, os cuidadores valorizam particularmente as estratégias que facilitam a prestação de cuidados, como as relacionadas com a higiene, estimulação, mobilização e terapêutica, entre outras.

Os enfermeiros são profissionais de saúde capacitados para apoiar e orientar os familiares no desempenho do seu papel enquanto cuidadores, contribuindo, assim, para a prestação de cuidados de maior qualidade à pessoa dependente. Nesse sentido, cabe-lhes adotar uma postura preventiva face às necessidades dos familiares cuidadores, implementando intervenções adequadas que previnam o comprometimento do seu bem-estar e da sua qualidade de vida decorrente das exigências associadas ao ato de cuidar.

Os programas de saúde surgem, portanto, como respostas terapêuticas que visam atender às diversas necessidades desta população-alvo. Estes programas tendem a centrar-se em aspetos como a aceitação e compreensão da doença, a adoção de estratégias de coping, a expressão de sentimentos e o esclarecimento sobre os recursos disponíveis. Existe uma ampla variedade de programas e intervenções dirigidos aos familiares cuidadores, que podem ser classificados segundo as estratégias utilizadas, nomeadamente: apoio formal, programas educativos, grupos de ajuda mútua, intervenções psicoterapêuticas e *counseling*. (8)

O apoio formal corresponde a um conjunto de serviços comunitários que visam reduzir a carga de trabalho do familiar cuidador. O seu principal objetivo é proporcionar-lhe momentos de descanso e tempo livre para atividades de lazer, sociais ou pessoais, permitindo uma pausa nas exigências do cuidar. Entre os exemplos mais comuns deste tipo de apoio encontram-se os centros de dia, respostas residenciais temporárias, serviços de apoio domiciliário, internamentos de curta duração e intervenções ambientais. (8)

As intervenções ou programas educativos consistem na transmissão de informação e orientação pelos profissionais de saúde aos cuidadores, especialmente após um evento crítico ou em fases de maior instabilidade da pessoa dependente, quando surgem novas necessidades de cuidado. O seu principal objetivo é capacitar o familiar cuidador, promovendo a aquisição de conhecimentos e competências que permitam prestar cuidados de qualidade e, simultaneamente, reduzir a sua sobrecarga física e emocional. (8)

Os programas psicoeducacionais, psicoterapêuticos e de *counseling* visam responder às diversas necessidades dos cuidadores, abrangendo dimensões emocionais, sociais, físicas e instrumentais. Estes programas incluem componentes de educação, treino de competências específicas e apoio emocional, com o objetivo de fornecer aos cuidadores conhecimentos sobre a condição da pessoa cuidada e habilidades técnicas que favoreçam uma prestação de cuidados eficaz. Paralelamente, procuram promover a autoproteção e valorização da saúde do próprio cuidador, prevenindo o desgaste associado ao ato de cuidar. (8)

É fundamental conhecer o tipo de apoio de que dispõem as pessoas cuidadoras e atuar no sentido de o promover e fortalecer. É importante distinguir o conceito de *apoio social* do de *redes sociais*, uma vez que estas últimas correspondem ao conjunto de indivíduos e instituições que prestam apoio, podendo ser classificadas como redes primárias e/ou secundárias. As redes sociais primárias englobam, sobretudo, a família, que continua a ser a principal fonte de suporte para o cuidador. Já as redes secundárias incluem vizinhos, outros familiares e grupos comunitários. Dos grupos comunitários, destacam-se os Grupos de Ajuda Mútua (GAMs), que tiveram origem nos Estados Unidos, com a criação dos “Alcoólicos Anónimos” em 1935. Na Europa, os primeiros GAMs surgiram no Reino Unido e na Alemanha, no final da década de 1970. (3)

Os programas de ajuda mútua, também designados grupos de suporte ou grupos de ajuda mútua, oferecem essencialmente apoio psicológico à pessoa dependente e à sua família. Estes programas promovem a partilha de experiências e a interajuda entre cuidadores, sendo geralmente orientados por um profissional. Trata-se de uma estratégia simples, que requer poucos recursos humanos e materiais. Nestes grupos, os cuidadores têm a oportunidade de expressar dificuldades e sentimentos, muitas vezes acompanhados de culpa, e de desenvolver estratégias de resolução de problemas. Além disso, reconhecem que o processo de cuidar, embora por vezes solitário, é partilhado por muitas outras pessoas na mesma situação. Estes encontros favorecem ainda a criação de laços de amizade e solidariedade, tornando-se um método eficaz na redução da sobrecarga emocional associada ao cuidar. (8)

Um GAM é geralmente composto por um pequeno número de participantes (entre oito e dez pessoas) que se reúnem de forma voluntária com o objetivo de responder ou encontrar soluções para um problema comum, enfrentar e superar uma situação conflituosa ou desafiante, ou ainda promover mudanças pessoais e/ou sociais. Estes grupos são habitualmente moderados por um profissional, como um psicólogo ou um enfermeiro, que orienta o processo. Os GAMs proporcionam, sobretudo, apoio emocional e, por vezes, apoio material, traduzido em ajuda mútua, solidariedade, participação ativa, amizade, compreensão e sentimento de unidade, pertença e de não estar sozinho perante o desafio enfrentado. Paralelamente, os seus membros aprendem a escutar, valorizar as dificuldades dos outros e partilhar experiências, reforçando assim as suas próprias competências emocionais e relacionais. (3)

Como instrumento de intervenção grupal, promove a interação entre as pessoas e o ambiente em que vivem, valorizando a experiência da aprendizagem que se constrói nesta interação. Nesse sentido, participantes do grupo tendem a aprender a organizar e (re)significar suas

experiências, sensações, percepções, emoções e pensamentos. A teoria waloniana refere que a partir das interações (ação que se exerce com duas ou mais pessoas), o sujeito pode referenciar-se no outro, encontrar-se com o outro, diferenciar-se do outro, opor-se a ele e, assim, transformar e ser transformado por este. (1)

Os enfermeiros da ECCI, devem, então, procurar alavancar estes fundamentos na sua intervenção, sendo preponderante padronizar práticas de forma a potenciar a qualidade dos cuidados prestados e ir de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

4. Responsabilidade

A correta aplicação do procedimento é da responsabilidade dos profissionais da UCC, com especial ênfase para os elementos que intervêm na ECCI.

5. Descrição

I. Avaliação

É importante avaliar a sobrecarga do cuidador através da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit ⁽⁶⁾. Sugere-se a aplicação da escala na admissão do cliente na ECC e, posteriormente, mensalmente até alta do mesmo, momento no qual se realiza nova avaliação. Deverão ser realizadas novas avaliações sempre que o profissional observe alterações.

Perante um *score* ligeiro (entre 46 a 56) ou intenso (superior a 56) na avaliação da escala de Zarit, deve-se referenciar este cuidador, para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) da equipa. O EEESMP desenvolverá um grupo de ajuda mútua para cuidadores com sobrecarga intensa.

Perante um score elevado poderá ser considerado o início de processo de internamento da pessoa, para descanso do cuidador, com a concordância do mesmo e mediante avaliação das necessidades individuais da pessoa cuidada e do cuidador.

II. Intervenções de enfermagem gerais, para a prevenção de sobrecarga / Stress de prestador de cuidados, que devem ser adaptadas a cada caso em particular:

a. Estratégias facilitadoras para a prestação de cuidados

- Orientar sobre a necessidade de cuidados;
- Orientar sobre estratégias que facilitem a prestação de cuidados;
- Orientar para a importância da manutenção da atividade da pessoa dependente (deambulação, exercícios, participação social, etc.);
- Orientar sobre a importância da estimulação cognitiva;
- Orientar sobre a adoção de determinadas rotinas (seguir diariamente um padrão habitual);
- Informar sobre a doença e sua evolução;
- Informar sobre a importância da gestão adequada do regime terapêutico;
- Informar sobre a importância de um ambiente adequado;
- Informar sobre estratégias de comunicação verbal e não-verbal;
- Informar sobre produtos de apoio;

b. Suporte e apoio

- Identificar uma possível rede de apoio informal;
- Avaliar a interação da rede de apoio;
- Informar elementos da família sobre as necessidades de apoio;
- Implicar a família na prestação de cuidados;
- Identificar outros sistemas de apoio disponíveis;
- Incentivar a participação nas atividades sociais;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde;
- Orientar prestador de cuidados para o serviço social;
- Avaliar a necessidade da pessoa, para internamento em Unidade Cuidados Continuados, para Descanso do Cuidador;
- Providenciar a transferência para Unidade de Cuidados Continuados, para Descanso de Cuidador.

c. Promoção da participação da família

- Identificar as capacidades e os recursos da família para participar na prestação de cuidados;
- Orientar sobre estratégias a adotar para lidarem com situações potencialmente estressantes;
- Identificar o grau de coesão e adaptação da família;
- Identificar e potenciar formas de superação familiar (resiliência familiar);

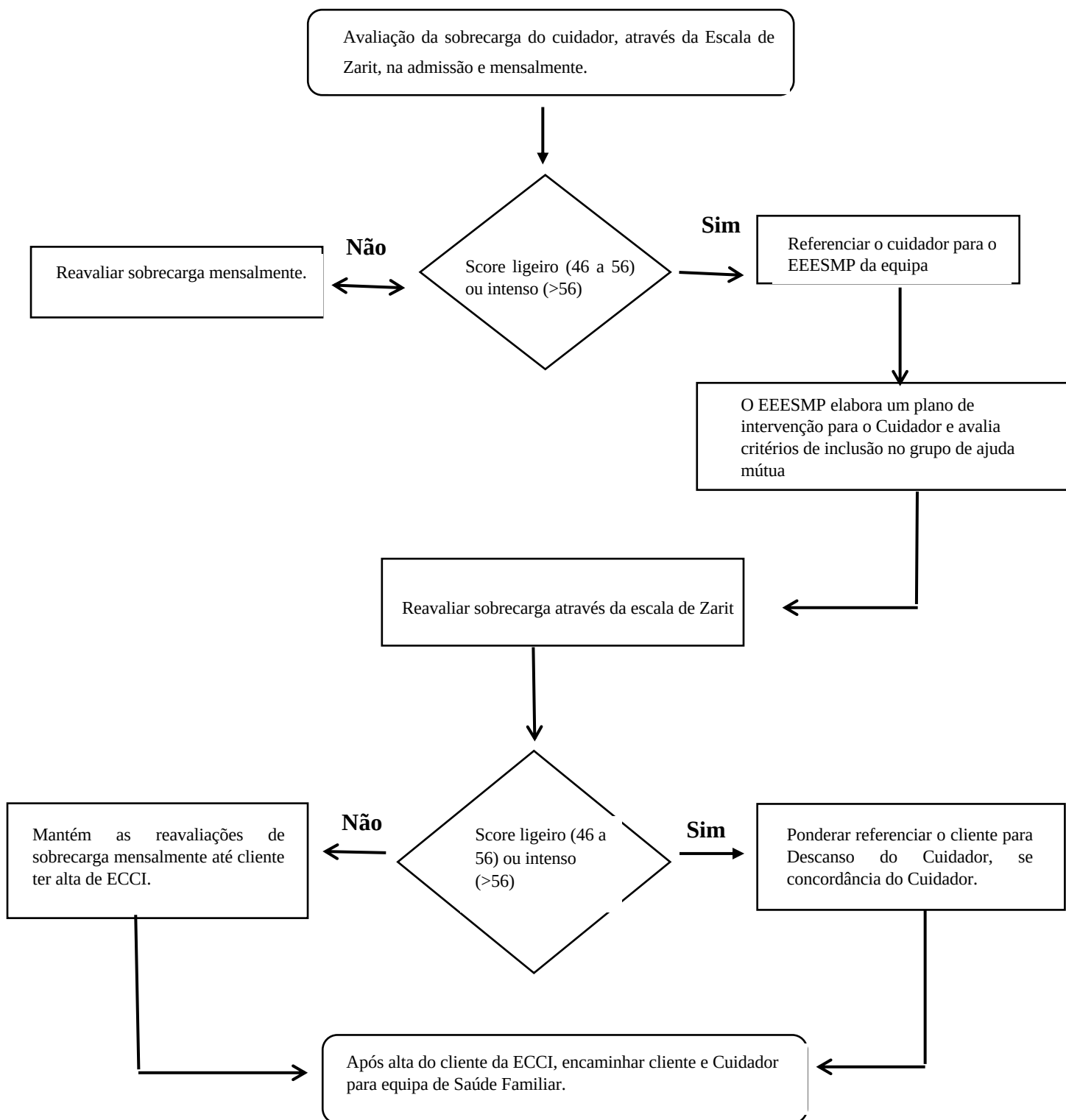
- Consciencializar para a importância da participação da família como forma de aliviar o cuidador principal;
- Disponibilizar ajuda à família.
-

d. Apoio ao cuidador principal

- Proporcionar conhecimentos sobre a prestação de cuidados;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação;
- Ajudar o cuidador a identificar as principais dificuldades e estratégias para as superar;
- Ajudar a encontrar estratégias que facilitem a prestação de cuidados;
- Incentivar o cuidador a estabelecer objetivos;
- Orientar para a planificação das atividades;
- Orientar sobre técnicas específicas (banho, mobilização, etc.);
- Orientar sobre estratégias promotoras de segurança (doente e cuidador);
- Ajudar o cuidador a aceitar que a sobrecarga pode ocorrer naturalmente;
- Ajudar o cuidador a reconhecer quando necessita de ajuda;
- Informar o cuidador sobre Sobrecarga/Stress do Cuidador;
- Avaliar Sobrecarga /Stress do cuidador (Escala de Sobrecarga de Zarit), se *score* ligeiro (entre 46 a 56) ou intenso (superior a 56) referenciar para o enfermeiro especialista em saúde mental da equipa;
- Entregar e explicar Guia do cuidador (ver anexo 2);
- Orientar o cuidador sobre tipos de ajuda existentes;
- Planear encontro com o prestador de cuidados;
- Encorajar a usar os serviços da comunidade;
- Orientar prestador de cuidados para o serviço social;
- Informar sobre o estado de saúde do cuidador;
- Orientar para atividades promotoras de saúde;
- Promover a adoção de estratégias de coping eficazes;
- Ensinar técnicas de alívio de Stress;
- Executar intervenção psicoterapêutica;
- Disponibilizar um espaço para “escuta ativa”;

- Incentivar a comunicação de emoções;
- Encorajar a expressão de medos;
- Encorajar expressão de crenças;
- Permitir a verbalização de sentimentos e expectativas;
- Proporcionar apoio emocional e reforço positivo;
- Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio;
- Orientar o cuidador para se centrar nos aspetos positivos;
- Adotar estratégias para manter/promover a auto motivação;
- Orientar para a importância da manutenção dos contactos sociais;
- Esclarecer dúvidas;
- Disponibilizar ajuda.

III. FLUXOGRAMA



IV. Grupo de Ajuda Mútua

Se em alguma **avaliação da escala de Zarit** for verificada sobrecarga do cuidador, o mesmo será referenciado para o EEESMP da equipa, que realizará um plano de intervenção individual adequado às necessidades identificadas. Para além disso, será criado um Grupo de Ajuda Mútua (GAM), planeado neste capítulo.

O **objetivo** deste GAM é ajudar o cuidador na compreensão da doença; potenciar a qualidade dos cuidados prestados; promover a diminuição da sobrecarga e do stress decorrente do cuidar; e promover redes de apoio social entre os cuidadores participantes.

Existindo diversos tipos de GAM, com diversas funções, estabeleceu-se para este assentar no **modelo de Suporte Emocional**, focando-se na promoção de entreajuda, estratégias de coping e mudança individual. (7)

Os **critérios de inclusão** no grupo são: Ser cuidador informal; Capacidade cognitiva e comunicativa suficiente para a participação; Estar comprometido com ajudar e ser ajudado por outros CI.

A **periodicidade e duração das reuniões** será debatida e definida pelos participantes, sugerindo-se um modelo utilizado noutros GAM's criados em Portugal para cuidadores informais, que têm uma periodicidade mensal, com reuniões de duração aproximada de duas horas, em horário determinado pelos elementos participantes. (12)

O EEESMP será o facilitador do grupo, tendo, nesta situação, também a função de dinamizador. Um bom facilitador deve possuir conhecimentos sólidos sobre a dinâmica de grupos, orientar as atividades de acordo com os objetivos previamente definidos e demonstrar competências para iniciar ações, gerir situações de conflito e reforçar os aspetos positivos do grupo. Cabe-lhe, ainda, incentivar os participantes a identificar e avaliar diferentes alternativas para a resolução dos seus problemas. Para além disso, o facilitador deve envolver-se genuinamente com o grupo, demonstrando preocupação com o seu bem-estar coletivo, ser um bom ouvinte e valorizar cada membro, respeitando a individualidade de todos. Importa salientar que a tomada de decisões é da responsabilidade dos próprios elementos do GAM. O papel do facilitador consiste em estimular a participação ativa e a autonomia dos membros, promovendo o desenvolvimento da responsabilidade e da iniciativa dentro do grupo. (7)

É recomendável que a ação do profissional de ajuda seja pautada por algumas regras que não deverá esquecer, sob pena de que a sua atuação venha a ser ineficaz na presente situação e ainda comprometer intervenções futuras:

- I. Respeitar a autonomia do grupo de ajuda mútua e certificar-se que essa atitude é reconhecida;
- II. Garantir que a sua intervenção não irá nunca competir com a acção do grupo, mas apresentar-se como um complemento;
- III. Negociar claramente o seu papel, com o grupo, de modo a poder ser reduzido ao mínimo o risco de conflito decorrente de diferentes percepções sobre o seu âmbito de actuação.

Para dar início ao grupo, tem que ser identificado, nesta fase inicial, o primeiro grupo de pessoas a incluir. Inicialmente, será constituído por um pequeno **grupo de 6 a 15 elementos**. Esta iniciativa será publicitada não só para os cuidadores com sobrecarga (através da avaliação da escala de Zarit) de **clientes da ECCI**, mas também para os cuidadores acompanhados pelos profissionais de referência da saúde no âmbito do **ECI (Estatuto do Cuidador Informal)**.

Após sinalização dos potenciais integrantes e identificação dos interessados em começar um grupo, será realizada uma reunião com este grupo central. Este **primeiro encontro** servirá para confirmar o interesse dos elementos e assegurar de que estão cientes do compromisso que assumem e em relação à sua disponibilidade para investir tempo e energia. Devem também discutir e deliberar a periodicidade, duração e horário das próximas reuniões (como dito previamente, pode sugerir-se uma periodicidade mensal com reuniões de duração aproximada de duas horas, por ser um modelo que já funciona com outros grupos já criados. A primeira reunião deve, em termos de tempo, permitir que todos os membros se apresentem e falem acerca das necessidades a que o grupo pretende responder. A reunião deve terminar com um acordo sobre as necessidades do grupo e regularidade dos seus encontros. Nesta reunião todos os membros devem assinar o consentimento informado referente (Anexo 3: Consentimento informado - Grupo de Ajuda Mútua).

As **reuniões subsequentes** devem incluir tempo para o debate do tema dominante do grupo. Alguns grupos incluem nas suas reuniões actividades (sessões de esclarecimento, projecção de filmes, debates) que complementam a vertente de suporte emocional do grupo de ajuda mútua.

Os **temas abordados** surgirão de acordo com as necessidades e singularidades do grupo. No entanto, para facilitar o início do GAM, sugerem-se alguns temas que surgiram noutros GAM's para o mesmo público alvo:

- Partilha de experiências (exemplo: estado atual da doença, situação familiar, desgaste sentido com a prestação de cuidados);
- Informações de interesse comum (exemplo: recursos sociais na comunidade);
- Estratégias para lidar com problemas decorrentes da condição clínica dos recetores de cuidados (exemplo: alterações de comportamento);
- Sessões de autocapacitação e encorajamento;

Para além desta vertente mais focada na partilha de experiências e suporte emocional, é possível o foco principal ser criar momentos aprazíveis de recreação, com a manutenção dos laços de amizade que fomentem o convívio e diálogos distantes da realidade quotidiana do cuidar. Estas sessões visam responder à necessidade de os cuidadores informais socializarem e possuírem outras formas de ocupação e de lazer que sejam legitimadas socialmente (exemplo: integrar estes encontros “destinados a cuidadores” permite, de um ponto de vista social, não ser objeto de críticas por se ausentar da tarefa de cuidador). (12)

O **espaço físico** das reuniões deve ser cuidadosamente planeado, atendendo a diversos aspetos que influenciam o bom funcionamento do grupo (7):

- O espaço deve garantir condições adequadas de conforto físico. Ambientes demasiado frios, quentes ou húmidos tendem a distrair os participantes e a comprometer a sua participação ativa;
- As paredes e a decoração devem ser simples e neutras, evitando elementos visuais que possam gerar distração ou perda de foco;
- A disposição das cadeiras em círculo ou ao redor de uma mesa favorece a comunicação e a partilha entre os membros;
- Os equipamentos de comunicação (como telefone, fax ou outros dispositivos) devem ser desligados durante as reuniões, a fim de evitar interrupções e preservar a continuidade das discussões.

Assim sendo, definiu-se como local de realização do GAM a **sala de reuniões da UCC**, devendo a marcação das reuniões adequar-se às dinâmicas do serviço.

A **confidencialidade** deve ser assegurada, tanto pelo EEESMP, como pelos membros do grupo. Esta questão deve ser esclarecida logo na criação do GAM e, posteriormente, sempre

que haja uma nova adesão ao grupo. Este compromisso de confidencialidade estará incluído no consentimento informado assinado na primeira reunião do GAM.

Após a formação e consolidação deste grupo inicial do GAM, poderão juntar-se **novos elementos**, que serão recebidos pelo EEESMP e pelo restante grupo.

Alguns membros podem participar no grupo por vários anos, enquanto outros ficam somente por alguns meses. Algumas pessoas podem necessitar de um período mais longo para expressar as suas emoções, enquanto outras podem integrar-se num período de tempo mais curto.

As pessoas ficam num grupo até preencherem certas necessidades e **saem quando sentem que o problema que as conduziu ao grupo foi ultrapassado**. Se o grupo ajudou alguém a tornar-se mais independente e mais integrado na sua comunidade, deve sentir que a partida desse membro é um sucesso e não uma perda.

6. Monitorização /Avaliação

Os resultados obtidos serão analisados em sede de reunião de equipa, com vista à identificação de oportunidades de melhoria e definição de ações corretivas ou formativas, sempre que necessário. Este procedimento será revisto anualmente, ou sempre que se justifique, com base na evidência científica, na legislação em vigor e nas necessidades identificadas na prática clínica.

7. Referências

Braúna Alencar, M. (2020). *Grupos de Ajuda Mútua em cuidadores informais de pessoas com demência*.

Carla Nascimento, Clara Jasmins, Isabel Fernandes, Raquel Silva, & Rui Nogueira. (2022). *ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL: ACEDER, COMPREENDER, AVALIAR E USAR*. <https://repositorio.ispa.pt/bitstreams/414c39d9-a620-4c76-87f2-25e9e4d4517b/download>

Claudia Bernabéu-Álvarez, & Emília Isabel Martins Teixeira da Costa. (2024). *Impacto dos Grupos de Apoio na sobrecarga de cuidadores familiares em Portugal*. <https://doi.org/10.33159/25959484>

Cláudia Sofia Talhinhos Ganga. (2024). *Sobrecarga do cuidador informal: Apoiar quem cuida*. <http://hdl.handle.net/10400.26/53233>

Dixe, M., & Querido, A. (2020). *Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga*. *Revista de Enfermagem Referência*, 1-8.

Governo de Portugal. (s.d). Cuidador informal. Em Guia Apoio à Família. Recuperado em seis de outubro de 2025, de <https://www2.gov.pt/guias/apoio-a-familia/cuidador-informal>

Maia, H., Vasques, M., Vieira, J., Fátima Reto, & Vitor Lourenço. (n.d.). Manual de ajuda mútua. https://www.inr.pt/documents/11309/217178/manual_de_ajuda_mutua.pdf/21c7ac24-ec0c-49ff-8fb3-4fae36e81523

Marisa Isabel Martins Madeira Godinho. (2022). “Juntos no cuidar” - sobrecarga dos cuidadores informais em utentes dependentes numa ECCI no Alentejo. <http://hdl.handle.net/10174/32210>

Martins, R. (2020). CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL: O PAPEL DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE GESTÃO DA DOENÇA INFORMAL CAREGIVER TRAINING: THE ROLE OF NURSES IN THE DISEASE MANAGEMENT PROCESS. 28, 117–137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>

Mendes, P., Figueiredo, M., Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. (2019). Physical, emotional and social burden of elderly patients informal caregivers. *Acta Paul Enferm*, 88.

República Portuguesa, Ministério da Saúde. (2016). Plano de Desenvolvimento da RNCCI: 2016-2019. Lisboa: M.S. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Ribeiro, Ó., Almeida, R., Barbosa, C., Duarte, N., & Brandão, D. (2017). Grupos de Ajuda Mútua para Cuidadores: Informais de pessoas com demência: no sentido de um helping ethos comunitário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 397–413. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300002>

Ricarte, L. F. C. S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no conselho de Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>

Sequeira, Carlos. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. https://www.researchgate.net/publication/274384683_Escala_de_sobrecarga_do_cuidador_de_Zarit_caracteristicas_psicometricas_na_populacao_portuguesa

Sequeira, Carlos (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência, 12, 9-16, 2ª série. Acedido em: <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

Sequeira, Carlos (2018). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

Serra, A. V. (2002). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra. [file:///C:/Users/Admin/Downloads/1Revista Refer%C3%Aancia%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/1Revista%20Refer%C3%Aancia%20(4).pdf)

Anexos:**Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit ⁽¹⁴⁾,**

Esta escala é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento, com 22 itens. Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5).

O *score global* varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Leia atentamente cada uma das questões e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando um X, no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se Tenso/a quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					

9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde a ser afetada por estar a cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o/a visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele/a pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro/a acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado/a por ter de cuidar do seu familiar?					

Fonte: Sequeira, 2010. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Guia do cuidador

O Cuidar

Cuidar de alguém que necessite de cuidados, é gratificante, mas também acarreta cansaço físico e mental. É difícil prever a duração dos cuidados necessários.

O ato de cuidar é voluntário e complexo e gera sentimentos contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, stress, tristeza, irritação e choro, mas também de satisfação e bem-estar, por estar com o seu ente-querido, junto de si.

Para poder continuar a cuidar dos outros, não se pode esquecer de cuidar de si!

Sinais e sintomas de sobrecarga / Stress do Cuidador

- Insónias;
- Perdas de apetite;
- Enxaquecas;
- Náuseas;
- Desinteresse;
- Irritabilidade;
- Perda do sentido de humor;
- Insegurança;
- Ansiedade;
- Sentimento de impotência;
- Sentimento de culpa;
- Perda de memória;
- Atitude negativa;
- Esquecimento de si;



Cuide de Si mesmo

- Regule a sua alimentação e sono;
- Evite o consumo de substâncias;
 - Faça exercício físico;
- Preserve uma aparência bem cuidada;
- Liberte-se de sentimentos de culpa ou perfeição que possa carregar;
- Dedique tempo a si próprio sem sentir mal;
 - Fale com amigos e familiares;
 - Mantenha o convívio social;
- Continue a fazer as coisas de que gosta;
- Partilhe o seu papel de cuidador com terceiros (outros familiares, amigos,...)
 - Procure ajuda especializada



O apoio de um sistema formal reduz significativamente o stress do cuidador.

O descanso dos cuidador é necessário, para assegurar a continuidade dos cuidados com qualidade, sem sentimentos de culpa, por sensação de abandono do seu ente querido.

Tanto o cuidador como a pessoa cuidada, necessitam de apoio para que em conjunto, continuem a desfrutar de uma experiência de vida humanizada.

A sua Opinião é importante...

Dispomos de folhetos para sugestões / louvores e livro de reclamações.

Nome do Profissional — Gestor de Caso:



**EQUIPA DE
CUIDADOS
CONTINUADOS
INTEGRADOS
NO DOMICILIO**

Guia do Cuidador

APÊNDICE III: Artigo publicado em jornal local



10 de Outubro: Dia Mundial da Saúde Mental

O dia 10 de outubro assinala o Dia Mundial da Saúde Mental — uma oportunidade para lembrarmos que cuidar da mente é tão essencial quanto cuidar do corpo.

Ao longo da história, a forma como a sociedade compreendeu o sofrimento psicológico foi-se transformando. Durante séculos, predominavam explicações místicas, que associavam perturbações mentais a possessões ou castigos divinos. Nessa época, pessoas em sofrimento eram frequentemente marginalizadas, institucionalizadas em condições desumanas ou simplesmente ignoradas.

A partir do século XIX — e de forma mais consolidada no século XX — a medicina e a psicologia passaram a olhar para estas perturbações com base científica, estabelecendo caminhos para diagnóstico e tratamento. Paralelamente, começa também a emergir a noção de saúde mental como um estado positivo, relacionado com bem-estar, equilíbrio emocional e capacidade de participação ativa na vida social.

Hoje, a Organização Mundial da Saúde e outras organizações de saúde já reconhecem a saúde mental como parte integrante da saúde global, sendo essencial para o bem-estar, a qualidade de vida e a participação plena na sociedade. No entanto, vivemos uma realidade paradoxal: apesar dos avanços científicos e institucionais, persistem barreiras práticas, culturais e sociais que dificultam a integração efetiva da saúde mental nas políticas públicas e na vida quotidiana.

Quando falamos em estigma na saúde mental referimo-nos a estereótipos, discriminações e preconceitos, associados às pessoas que sofrem de perturbações mentais ou enfrentam desafios de saúde mental, através de atitudes negativas, discriminação na escola ou local de trabalho e acesso limitado aos serviços de saúde mental, entre outros.

O estigma faz com que algumas pessoas evitem falar sobre o que sentem e procurar ajuda quando o devem fazer, o que aumenta o sofrimento e perpetua a ideia de que cuidar da mente não é tão prioritário como cuidar do corpo. Quando temos uma gripe, procuramos repouso e, se necessário, medicação. Se fraturamos um braço, vamos ao hospital para recebermos tratamento adequado. Cuidamos dos problemas físicos sem hesitar. No entanto, quando falamos da mente, ainda existe a ideia errada de que “temos de aguentar sozinhos” ou que procurar ajuda é sinal de fraqueza.

Nesse sentido, algumas atitudes do dia a dia podem ter um impacto profundo na forma como previne e enfrenta o sofrimento emocional.

Falar sobre o que sente é o primeiro passo. Partilhar emoções com pessoas de confiança ajuda a quebrar o silêncio e a combater a solidão. No entanto, é importante reconhecer que nem sempre falar com amigos ou familiares é suficiente. Por mais que o apoiem, nem sempre têm os recursos necessários para compreender a profundidade do seu sofrimento nem para o ajudar. Quando as dificuldades se mantêm ou se agravam, é fundamental recorrer a ajuda profissional. Psicólogos, Psiquiatras e Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, dispõem de estratégias e conhecimentos que permitem intervir de forma adequada, promovendo não apenas o alívio do mal-estar, mas também a recuperação e o fortalecimento pessoal.

Adotar um estilo de vida saudável não só é necessário para a saúde do corpo, mas também para a saúde da mente. É importante manter uma alimentação equilibrada; praticar exercício físico regularmente; garantir um sono reparador; evitar o consumo de substâncias aditivas como álcool, drogas e tabaco; manter uma boa higiene corporal e, se possível, ter 20 minutos de exposição ao sol por dia.

Outro fator importante para manter a saúde mental é estabelecer limites: saber dizer “não” quando estamos sobrecarregados é um ato de respeito por nós próprios e uma forma de prevenir a exaustão. Reservar tempo para atividades que nos dão prazer é de extrema importância. Reserve tempo para ler, ouvir música, caminhar ou qualquer outra atividade que o faça sentir relaxado ou descansado, porque o lazer e o descanso não são um luxo, são uma necessidade de saúde.

No dia a dia, pode adotar práticas simples de gestão do stress, como exercícios de respiração consciente, meditação, relaxamento muscular, mindfulness, yoga, entre outros. Estas práticas têm benefícios cientificamente comprovados como diminuição da ansiedade, melhoria da concentração e do sono, aumento do bem-estar e resiliência, regulação da pressão arterial e frequência cardíaca, fortalecimento do sistema imunitário e aumento da consciência das nossas emoções e da nossa capacidade de resposta.

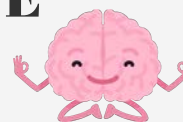
Neste dia, relembremo-nos que cuidar da saúde mental é assumir um compromisso connosco próprios, desconstruindo preconceitos e reconhecendo que a mente, tal como o corpo, precisa de atenção, prevenção e cuidado. Quanto mais natural for este olhar, mais fácil será reduzir o estigma e promover uma sociedade que valoriza verdadeiramente o bem-estar de todos.

Feliz dia mundial da Saúde Mental!

Maria Machado, Enfermeira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

APÊNDICE IV: Decálogo da Saúde Mental positiva

DECÁLOGO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA



- 01 | VALORIZE POSITIVAMENTE AS COISAS BOAS QUE TEM NA VIDA
A NÍVEL PESSOAL E PROFISSIONAL
- 02 | COLOQUE CARINHO NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DA VIDA
TALVEZ A FELICIDADE SE ESCONDA NAS PEQUENAS COISAS DO DIA A DIA
- 03 | NÃO SEJA DURO CONSIGO MESMO NEM COM OS OUTROS
A TOLERÂNCIA, COMPREENSÃO E FLEXIBILIDADE SÃO BONS PARA A SAÚDE MENTAL
- 04 | NÃO DEIXE AS EMOÇÕES NEGATIVAS BLOQUEAR A SUA VIDA
ABORRECER-SE SIM, CHATEAR-SE NÃO!
- 05 | TOME CONSCIÊNCIA E APRECIE OS BONS MOMENTOS
QUANDO ESTÃO A ACONTECER
- 06 | DEIXE FLUIR AS EMOÇÕES E ACEITE A NORMALIDADE DOS
SENTIMENTOS
- 07 | *PROCURE ESPAÇOS E ATIVIDADES PARA RELAXAR*
- 08 | *TENTE RESOLVER OS PROBLEMAS QUANDO ELES SURGEM*
- 09 | *CUIDE DAS SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS*
QUER SEJA DA ESFERA PESSOAL, ÍNTIMA OU TRABALHO
- 10 | *FAÇA USO FREQUENTE DO SENTIDO DE HUMOR NA VIDA*
TEMPERE A SUA VIDA COM UMA PITADA DE HUMOR

APÊNDICE V: Pósteres alusivos ao dia mundial da saúde mental

DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

**VALORIZE
POSITIVAMENTE
AS COISAS BOAS
QUE TEM NA VIDA**

A NÍVEL PESSOAL E PROFISSIONAL



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

COLOQUE “CARINHO” NAS **ATIVIDADES** **DIÁRIAS** DA VIDA

TALVEZ A FELICIDADE SE ESCONDA NAS
PEQUENAS COISAS DO DIA-A-DIA



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

**NÃO SEJA DURO
CONSIGO MESMO
NEM COM OS OUTROS**

**A TOLERÂNCIA, COMPREENSÃO E FLEXIBILIDADE
SÃO BONS PARA A SAÚDE MENTAL**



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

NÃO DEIXE AS **EMOÇÕES NEGATIVAS** **BL****QUEAR** A SUA **VIDA**

ABORRECECER-SE SIM, CHATEAR-SE NÃO!



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

TOME CONSCIÊNCIA
E APRECIE os bons
momentos QUANDO
ESTÃO A ACONTECER



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

DEIXE **FLUIR** AS **EMOÇÕES**
E ACEITE A **NORMALIDADE** DOS
SENTIMENTOS

NÃO TENHA VERGONHA DE SENTIR NEM DE CHORAR



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

PROCURE ESPAÇOS E ATIVIDADES PARA RELAXAR



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

TENTE **RESOLVER**
OS PROBLEMAS
QUANDO ELES **SURGEM**



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

CUIDE DAS SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

QUER SEJA DA ESFERA PESSOAL, ÍNTIMA OU TRABALHO



DECÁLOGO SAÚDE MENTAL POSITIVA

FAÇA USO FREQUENTE DO SENTIDO DE HUMOR NA VIDA

TEMPERE A SUA VIDA COM UMA PITADA DE HUMOR



APÊNDICE VI: “Prescrição” do EEESMP



Guia de Tratamento da prescrição n.º:



10102025

Guia de tratamento para o Utente

Guarde este documento consigo

Data: 10/10/2025

DCI / nome, dosagem, forma farmacêutica, embalagem, posologia	Quant.	Validade da Prescrição	Encargos*
1 Seja ativo: Pratique atividade física diariamente Posologia: 30 minutos por dia	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
2 Tenha uma alimentação equilibrada Posologia: Diariamente	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
3 Durma de 7 a 9 horas por noite Posologia: Diariamente	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
4 Desligue as redes sociais... e ligue-se a pessoas reais! Posologia: Diariamente	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
5 Tire um tempo do seu dia para respirar fundo.... abrande! Posologia: Quando possível	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
6 Passe tempo em contacto com a natureza Posologia: Quando possível	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
7 Concentre-se no que pode alterar. Não pode controlar tudo, mas pode escolher cuidar-se. Posologia: Diariamente	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
8 Passe tempo ao sol Posologia: 15 a 30 minutos dia, quando possível	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
9 Procure relacionar-se com pessoas que o fazem sentir bem e converse com elas sobre o que sente Posologia: Sempre que possível	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.
10 Procure ter momentos de descanso com atividades que lhe deem prazer (ler, ver um filme, jogar jogos de tabuleiros, etc) Posologia: Diariamente	∞	Sem validade	Esta prescrição não tem custos associados, trazendo apenas benefícios para a sua saúde mental.

A sua Saúde Mental começa em si. Siga esta prescrição para uma vida mais plena e equilibrada.

Cuidar da saúde mental é cuidar da vida!



Consulte aqui o Decálogo da Saúde Mental Positiva para trabalhar no seu bem-estar.

MARIA MACHADO, ALUNA DO CMESPM
SOB A TUTORIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
MAURO SILVA E A ORIENTAÇÃO DA PROFESSORA DOUTORA PATRÍCIA ALVES

APÊNDICE VII: Educação para a saúde através das redes sociais



 10 de outubro | Dia Mundial da Saúde Mental

O dia de hoje assinala a importância de olhar para a saúde mental com a mesma atenção que damos à saúde física.

Este dia lembra-nos que cuidar da mente é cuidar da vida – através da prevenção, da promoção do bem-estar e do acesso a cuidados adequados.

Esteja atento a si e aos outros, reconhecendo quando é tempo de procurar e aceitar ajuda.

No Dia Mundial da Saúde Mental, lembramos: ninguém está sozinho!

Maria Machado, Enfermeira, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

APÊNDICE VIII: Formação para a equipa de enfermagem



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES



Estatuto do Cuidador Informal

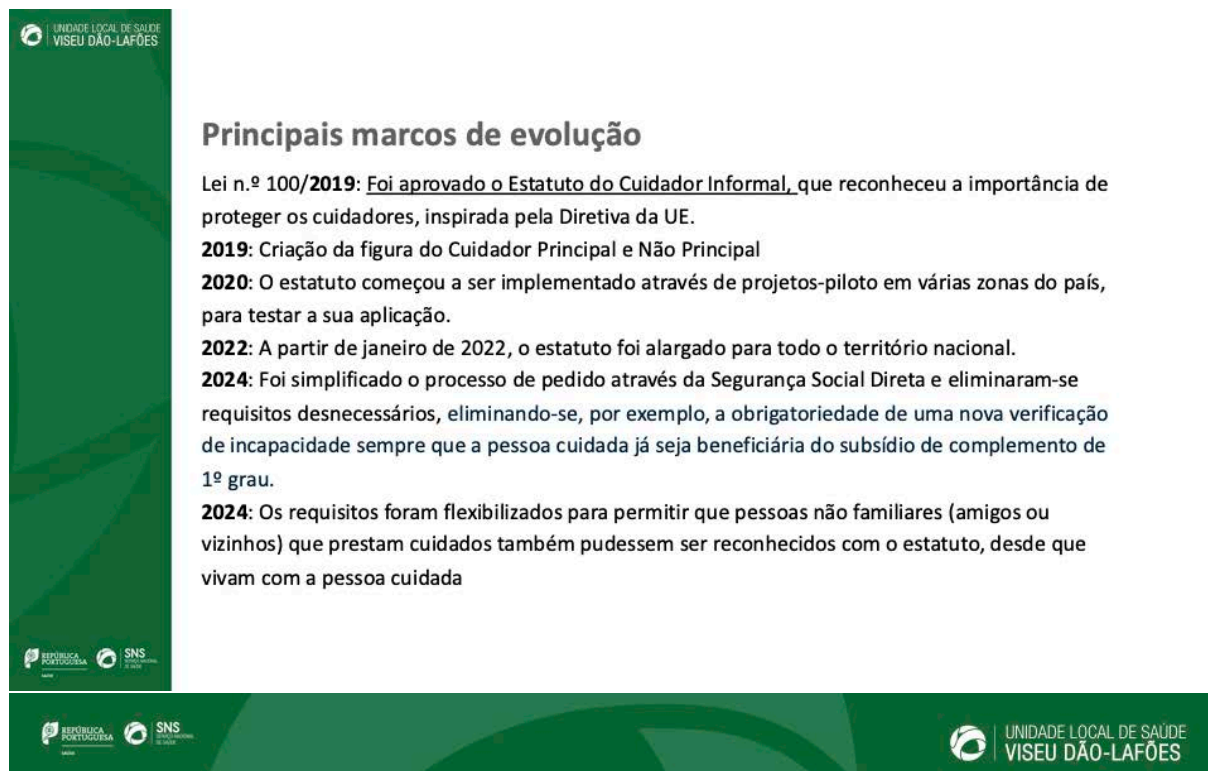
UCC Viseense | 23 de Outubro de 2025

Maria Machado, aluna do CMESPM.
Sob a tutoria do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Mauro Silva e a orientação da Professora Doutora Patrícia Alves.

O que é o ECI?

O Estatuto do Cuidador Informal (ECI) é um conjunto de normas que regula os **direitos e deveres do cuidador informal e da pessoa dependente** (pessoa cuidada) e estabelece as medidas de apoio.

O Reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal é uma medida de **apoio que se dá ao cuidador** para o ajudar a cuidar da pessoa dependente e a conciliar os cuidados com a sua vida pessoal.



Principais marcos de evolução

Lei n.º 100/**2019**: Foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, que reconheceu a importância de proteger os cuidadores, inspirada pela Diretiva da UE.

2019: Criação da figura do Cuidador Principal e Não Principal

2020: O estatuto começou a ser implementado através de projetos-piloto em várias zonas do país, para testar a sua aplicação.

2022: A partir de janeiro de 2022, o estatuto foi alargado para todo o território nacional.

2024: Foi simplificado o processo de pedido através da Segurança Social Direta e eliminaram-se requisitos desnecessários, eliminando-se, por exemplo, a obrigatoriedade de uma nova verificação de incapacidade sempre que a pessoa cuidada já seja beneficiária do subsídio de complemento de 1º grau.

2024: Os requisitos foram flexibilizados para permitir que pessoas não familiares (amigos ou vizinhos) que prestam cuidados também pudessem ser reconhecidos com o estatuto, desde que vivam com a pessoa cuidada

- A criação do Estatuto do cuidador informal surgiu em resposta a anos de discussões e reclamações das associações de doentes e é uma tentativa de **proteger e valorizar o trabalho dos cuidadores**, além de acompanhar o **aumento do número de cuidadores devido ao envelhecimento da população**.
- Antes da lei, o cuidador informal não tinha qualquer estatuto legal. O objetivo foi reconhecer oficialmente o papel essencial destes cuidadores no apoio à pessoa dependente e no sistema de saúde e social.
- Muitos cuidadores enfrentam **sobrecarga física, emocional e financeira**. O estatuto visa criar mecanismos de apoio psicológico, formação, descanso e, em alguns casos, compensação financeira.



Condições dos cuidadores para pedir o ECI

O cuidador tem direito se cumprir com todas as seguintes condições:

- Morar em Portugal ou for equiparado a residente;
- Tiver 18 anos ou mais;
- Não receber Pensão de Invalidez Absoluta, Proteção Especial na Invalidez, nem prestações por dependência;
- Ter condições físicas e de Saúde adequadas para prestar cuidados à pessoa cuidada;
- Cumprir com as condições gerais do cuidador informal.



Documentos necessários para pedir o ECI

- Documento de identificação válido
- Comprovativo de residência legal em Portugal
- Atestado médico da pessoa cuidada que ateste pleno uso das faculdades intelectuais ou ter Regime do Maior Acompanhado
- Declaração de Composição e Rendimento do Agregado Familiar
- Consentimento da pessoa cuidada
- Ter regulação do exercício das responsabilidades parentais (se aplicável)



Cuidador informal Principal vs Não principal

C1.1.1 Quais as condições gerais do cuidador informal principal e não principal?

	Condições gerais para ser cuidador informal principal	Condições gerais para ser cuidador informal não principal
Cuidados prestados	Cuida da pessoa dependente de forma permanente	Cuida da pessoa dependente de forma regular , mas não permanente
Relação com a pessoa cuidada	Pode ser familiar até 4.º grau (ex: filhos, netos, bisnetos, irmãos, mãe e pai, tios, avós e primos) ou uma pessoa não familiar	Pode ser familiar até 4.º grau (ex: filhos, netos, bisnetos, irmãos, mãe e pai, tios, avós e primos) ou uma pessoa não familiar
Morada	Se não for familiar, tem de morar na mesma casa da pessoa cuidada e ter a mesma morada fiscal	Não é necessário morar com a pessoa cuidada
Remuneração	Não pode receber dinheiro por trabalhar ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada	Pode ou não receber dinheiro por trabalhar ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada
Situação especial	Não pode estar a receber subsídio de desemprego	Pode estar a receber subsídio de desemprego
Guarda partilhada	Não se aplica	Inclui o pai e a mãe que têm guarda partilhada da pessoa cuidada



Condições da pessoa cuidada para o ECI

O cuidador informal só tem direito ao reconhecimento do estatuto, se a **peessoa cuidada** estiver numa das seguintes condições:

- Estiver numa situação de dependência de terceiros e a precisar de cuidados permanentes;
- Estiver temporariamente dependente e a precisar de cuidados permanentes;
- Não estiver a viver numa instituição social ou de Saúde (pública ou privada);
- Receber uma das seguintes prestações: o Complemento por Dependência de 2.º grau ; o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa; o Complemento por Dependência de 1.º e 2.º grau e Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa.



Apoio	Destinatários	Grau / Tipo	Condição Principal	Tipo de Assistência Necessária
Complemento por Dependência – 1.º grau	Pensionistas da Segurança Social (velhice, invalidez ou sobrevivência) ou Caixa geral de aposentações e beneficiários do regime não contributivo	Dependência moderada	Dificuldade em realizar, sem ajuda, alguns atos essenciais da vida diária (alimentar-se, deslocar-se, cuidar da higiene, vestir-se)	Ajuda regular , mas não permanente
Complemento por Dependência – 2.º grau	Pensionistas da Segurança Social (mesmos regimes) ou Caixa geral de aposentações	Dependência severa	Incapacidade total para realizar, sem ajuda, todos ou quase todos os atos indispensáveis à vida diária	Assistência permanente e contínua
Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa	Titulares de pensão de invalidez, velhice, sobrevivência, ou pensão por acidente de trabalho/doença profissional	Dependência severa e incapacidade $\geq 80\%$	Necessidade permanente de assistência de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida diária	Assistência permanente e indispensável

Direitos do cuidador informal não principal (que tenha o ECI não principal e exerça outra profissão)

Licença anual de cinco dias seguidos para assistência à pessoa cuidada

Teletrabalho, horário flexível ou tempo parcial

15 dias de faltas justificadas para assistência à pessoa cuidada

Proteção contra o despedimento e discriminação

Dispensa da prestação de trabalho suplementar.





Subsídio de apoio ao cuidador informal principal

O **subsídio de apoio ao cuidador informal principal** é uma prestação em dinheiro atribuída a quem foi reconhecido o estatuto de cuidador informal principal. Condições:

- Ter **idade** entre os 18 anos e a idade legal para acesso à pensão de velhice
- O **rendimento** de referência mensal do seu agregado familiar tem de ser inferior a 679,25 euros (em 2025).



Apoios transversais a ambos os tipos de cuidadores

- Profissional de referência da saúde e da segurança social que acompanha o cuidador e a pessoa cuidada, prestando aconselhamento e informação e servindo de elemento de ligação para as necessidades que possam surgir;
- Plano de intervenção específico ao cuidador (PIE): um documento que resulta do diagnóstico e planeamento no que respeita às necessidades identificadas no domínio da saúde e da segurança social e estabelece um programa de ação e estratégias adequadas;
- Acesso a formação específica para a prestação de cuidados.



Profissionais de referência

- Após solicitado o ECI, os serviços competentes de saúde e da segurança social da área de residência da pessoa cuidada designam um profissional de referência, de acordo com as necessidades da pessoa cuidada.
- Ao **profissional de referência da saúde** compete, designadamente no contexto da equipa de saúde familiar, aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.
- Ao **profissional de referência da segurança social** compete igualmente prestar o apoio ao nível da informação sobre direitos e benefícios, sinalização e encaminhamento para redes sociais de suporte, consideradas como o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais que representam a totalidade das relações que a pessoa cuidada e o cuidador informal podem dispor e que podem prestar apoio em contexto domiciliário e comunitário, promovendo o cuidado no domicílio.



Plano de Intervenção Específico (PIE)

- O **Plano de Intervenção Específico** é elaborado conjuntamente pelo profissional de referência da saúde e pelo profissional de referência da segurança social, com a participação ativa do cuidador informal e da pessoa cuidada, ou do seu acompanhante ou quem a representa, no prazo máximo de 30 dias após o deferimento do reconhecimento.
- O PIE contém a **avaliação das necessidades do cuidador informal, as estratégias de acompanhamento, aconselhamento, capacitação e formação** que o cuidador deve prosseguir no sentido de suprir ou minimizar as necessidades decorrentes da situação da pessoa cuidada e os **recursos a mobilizar para apoio e alívio na prestação de cuidados**.



Deveres dos cuidadores

- Respeitar os interesses e direitos da pessoa cuidada, garantindo o seu bem-estar global, e potenciando a capacidade funcional, autonomia, independência e socialização da mesma;
- Fomentar a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária da pessoa cuidada, seguindo terapêuticas prescritas pela equipa de saúde;
- Promover, à pessoa cuidada, um ambiente seguro e confortável, estabelecendo períodos de repouso e de lazer;
- Prestar cuidados de modo articulado com os profissionais de saúde e apoio social;
- Promover a manutenção e fortalecimento de relações familiares;
- Fazer a manutenção da higiene, quer da pessoa cuidada quer da habitação;
- Assegurar a adequada nutrição e hidratação da pessoa cuidada;
- Comunicar à equipa de saúde alterações no estado de saúde da pessoa cuidada;
- Participar nas ações de capacitação e formação que lhe são destinadas;
- Reportar, à Segurança Social, qualquer alteração de situação que veio a determinar a caracterização de cuidador informal.



Panorama nacional do ECI

17786 Deferidos

A 12/10/2025

8858 Cessados

A 12/10/2025



Panorama do ECI na ULS VDL

476 Deferidos

A 12/10/2025

260 Cessados

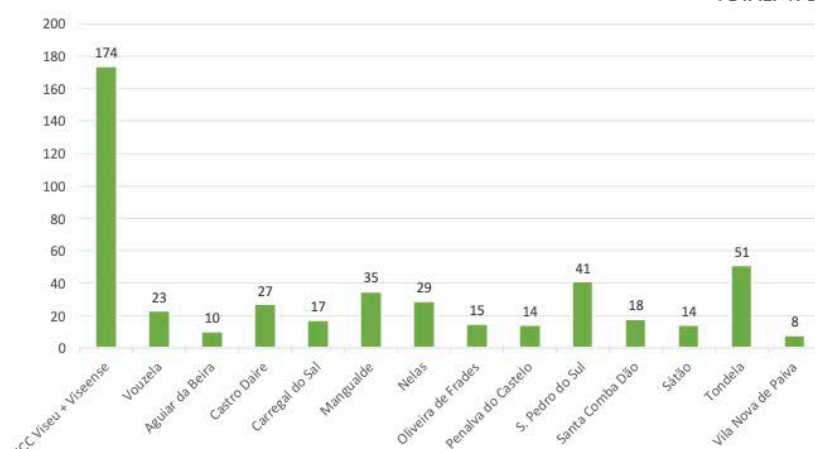
A 12/10/2025

TOTAL: 476



Panorama do ECI na ULS VDL

TOTAL: 476



Distribuição dos deferidos na ULS VDL



Panorama do ECI na ULS VDL

257 Cuidadores informais principais

209 Cuidadores informais não principais

TOTAL: 476



Panorama do ECI na UCC Viseense

33 Cessados

74 Em acompanhamento:

- 34 Cuidadores não principais
- 40 Cuidadores principais

TOTAL: 107

OBRIGADO/A!



Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto da Segurança Social, & Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2022). *Circular Conjunta n.º 12/2022/ACSS/ISS/SCML — Procedimentos para o reconhecimento do estatuto do cuidador informal e para a atribuição das medidas de apoio previstas na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, e no Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Circular_Conjunta_12_2022_ACSS_ISS_SCML.pdf
- Portugal. (2019). Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro — Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República n.º 173/2019, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Portugal. (2022). Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro — Termos e condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal, bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Diário da República n.º 6/2022, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-regulamentar/2022-177444682>
- Portugal. (s.d.). Requerer o reconhecimento do estatuto de cuidador informal. Gov.pt. <https://www2.gov.pt/servicos/requerer-o-reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>
- Portugal. (2024). Decreto Regulamentar n.º 5/2024, de 6 de novembro — Altera o Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal, bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Diário da República n.º 215/2024, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-regulamentar/5-2024-895646292>
- Segurança social. (2025). GUIA PRÁTICO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL E CUIDADOR INFORMAL NÃO PRINCIPAL [Review of GUIA PRÁTICO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL E CUIDADOR INFORMAL NÃO PRINCIPAL]. <https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/menu/familia/deficiencia-incapacidade/reconhecimento-estatuto-cuidador-informal>
- Segurança Social Direta. (2025). Seg-Social.pt. <https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/menu/familia/deficiencia-incapacidade/reconhecimento-estatuto-cuidador-informal>

APÊNDICE IX: Sessão de educação para a saúde – Higiene do sono



Higiene do sono

UCC Viseense

Maria Machado, aluna do CMESPM,
sob a tutoria do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Mauro Silva
e a orientação da Professora Doutora Patrícia Alves

Objetivo:

- Promover a adoção de práticas de higiene do sono em contexto familiar, sensibilizando os pais para a importância do sono na saúde, no comportamento e no desenvolvimento das crianças.



Importância do sono

Um sono adequado é imperativo para a manutenção da vida, bem como para o funcionamento ideal.

É essencial para a **manutenção da vigília, recuperação de energia, regulação da atividade dos sistemas endócrinos, imunológico e metabólico, renovação celular e maturação e plasticidade do cérebro**, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento cognitivo das crianças.



Além de ter um efeito direto na **felicidade**, as pesquisas demonstram que o sono afeta a **concentração e atenção, o desempenho cognitivo, o humor, a resiliência, a aquisição de vocabulário, a aprendizagem e memória**, tendo também efeitos importantes sobre o **crescimento**, especialmente na primeira infância



As noites “mal dormidas” têm várias consequências negativas, afetando a aprendizagem, memória, níveis de atenção e concentração da criança, potenciando o desenvolvimento de doenças como a obesidade e a diabetes e alterações do comportamento, bem como afetando negativamente a qualidade de vida dos pais.



Vários fatores podem afetar negativamente a qualidade do sono infantil, entre os quais:

- Uso de ecrãs antes de dormir (a luz azul inibe a produção de melatonina);
- Falta de rotina ou horários irregulares;
- Excesso de estímulos à noite (brincadeiras agitadas, televisão, luz intensa);
- Refeições tardias ou consumo de alimentos açucarados/cafeinados (ex.: chocolate);
- Ambiente inadequado — quarto demasiado quente, barulhento ou com luz excessiva;
- Ansiedade de separação e medo do escuro, comuns em idades precoces;



- A sensibilidade emocional das crianças faz com que estas necessitem de ambientes seguros e tranquilos para relaxar e adormecer.

Para um sono de qualidade, estas são as horas recomendadas em cada fase da vida:

Idade	Horas de sono por dia
4-12 meses	12 a 16 horas (incluindo sestas)
1-2 anos	11 a 14 horas (incluindo sestas)
3-5 anos	10 a 13 horas (incluindo sestas)
6-12 anos	9 a 12 horas (sono noturno)
13-18 anos	8 a 10 horas (sono noturno)

Consequências de uma má higiene do sono

CURTO PRAZO	LONGO PRAZO
Perturbações Cognitivas - Falta de atenção; - Incapacidade para concluir tarefas; - Perturbações da memória; - Diminuição do raciocínio abstrato.	Perturbações na Aprendizagem - Problemas de coordenação e concentração; - Diminuição do desempenho cognitivo; - Mau rendimento escolar.
Alterações Comportamentais - Sonolência diurna; - Agressividade; - Impulsividade; - Hiperatividade.	Alterações Orgânicas - Diminuição das defesas imunitárias; - Excesso de peso/obesidade; - Hipertensão arterial; - Diabetes tipo II.
Perturbações na Regulação Emocional - Alterações do humor; - Irritabilidade; - Birras.	Alterações Psicológicas - Stress; - Ansiedade; - Depressão.
Alterações Motoras - Diminuição da destreza; - Aumento do risco de acidentes; - Quedas frequentes.	Alterações Familiares - Diminuição da qualidade de vida dos pais, afetando o seu bem-estar, desempenho pessoal, profissional e parental; - Risco de depressão materna, stress e disfunção familiar.





Estratégias para uma sesta saudável

A importância das sestas

A literatura científica tem evidenciado vários benefícios da sesta durante a infância, nomeadamente no que diz respeito ao desempenho cognitivo, revestindo-se de extrema importância para a **aprendizagem**, dado o seu papel importante na consolidação de **memórias/retenção de novas informações**, capacidade de **atenção** e desenvolvimento de **habilidades motoras**.

As sestas beneficiam, ainda, as **funções executivas**, incluindo a regulação emocional, bem como aquisição de competências a nível da linguagem.



Sestas: Recomendações

Um marco importante no desenvolvimento infantil é a transição de um padrão de sono bifásico (caracterizado por sestas), para um padrão de sono monofásico (em que o sono é concentrado durante o período noturno). Neste sentido, a sesta vai sofrendo mudanças ao longo do desenvolvimento, sendo a sua redução um sinal de maturidade.

Idade	Número de Sestas	Duração	Orientações
3 – 6 M	3 – 4 diárias	30 min – 2 h cada	-----
6 – 8 M	2 – 3 diárias	1 h – 2 h cada	-----
12 – 18 M	1 – 2 diárias	1 h – 2 h cada	1 pela manhã e 1 à tarde
18 M – 3 A	1 – 2 diárias	1 h – 2 h cada	Tendem a suspender a sesta da manhã
3 – 5 A	0 – 1 diárias	1 h – 3 h	Tendem a suspender a sesta da tarde



Existem alguns sinais indicadores de que a criança poderá estar preparada para reduzir ou abandonar a sesta, nomeadamente:

- Resistência prolongada na hora de adormecer à noite;
- Presença de despertares noturnos ou começar a acordar mais cedo de manhã comparativamente com a rotina prévia;
- Dificuldade em adormecer durante o período inicial da sesta;
- Capacidade para a criança se manter acordada;
- Preservação da atenção, humor e atividade sem necessidade de sesta





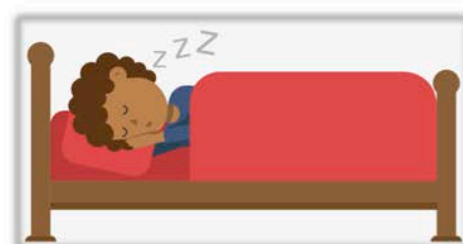
Estratégias para uma sesta saudável

- ✓ Estabelecer uma rotina para a hora da sesta semelhante à rotina para a hora de dormir à noite, com horários regulares e consistentes.
- ✓ Adormecer a criança no seu próprio berço.
- ✓ Não exceder o horário das sestas, já que pode dificultar o sono noturno.
- ✓ Não diminuir o período das sestas para aumentar o sono noturno, já que a criança poderá ficar extremamente cansada, dificultando o adormecer e um sono de qualidade (maior irritabilidade no final do dia).



Estratégias para uma sesta saudável

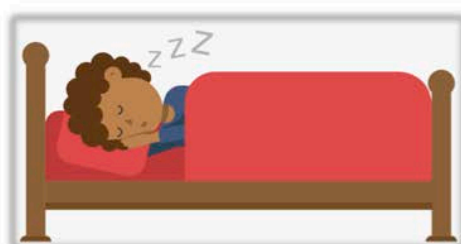
- ✓ Conhecer os sinais de sonolência (esfregar os olhos, pálpebras semifechadas, bocejos, agitação ou irritabilidade).
- ✓ Manter o conforto: as crianças que ainda não rolam de um lado para o outro dormem melhor num berço 'acolhedor', em vez de numa cama em que existe um grande espaço para dormir.
- ✓ Manter a temperatura ambiente entre os 20-22°C, seja no verão ou no inverno (um quarto muito frio pode acordar a criança mais cedo da sesta, enquanto um quarto muito quente é um fator de risco para a síndrome da morte súbita do lactente).





Estratégias para uma sesta saudável

- ✓ Relaxar na hora da sesta: evitar brincar com a criança imediatamente antes da sesta, para que a mesma não fique muito estimulada e/ou irritada, promovendo um ambiente calmo, confortável através da regulação da temperatura e da diminuição da luminosidade e ruído.
- ✓ Manter a criança ativa entre as sestas.
- ✓ Não usar a sesta como ameaça ou castigo.



Higiene do sono:
Estratégias práticas

Higiene do sono

- A higiene do sono refere-se ao conjunto de práticas e comportamentos que facilitam e promovem hábitos de sono saudáveis.



- ✓ Manter **horários regulares** de deitar e acordar. As variações podem ser permitidas, por exemplo, ao fim-de-semana ou durante as férias, com uma diferença máxima de 30 minutos na hora de adormecer e de acordar.
- ✓ Adotar uma **rotina de sono regular**, consistente, previsível e relaxante, sempre idêntica e apropriada à idade (por exemplo, tomar banho, lavar os dentes, vestir o pijama, ler/ouvir uma história para adormecer ou uma música calma)





O quarto deve ser:

- ✓ Calmo
- ✓ Escuro (pode ser permitida uma luz de presença de pouca intensidade, preferencialmente de cor alaranjada/vermelha)
- ✓ Limpo e arejado
- ✓ Preferencialmente de cores claras,
- ✓ Com temperatura amena
- ✓ Sem ruído
- ✓ Os aromas calmantes como a lavanda podem ter efeitos sedativos leves, pelo que os óleos essenciais ou difusores de ambiente podem fornecer um cheiro calmamente e indutor do sono.



- ✓ Evitar exposição a ecrãs azuis pelo menos 2h antes de deitar (computadores, tablets ou telemóveis)
- ✓ Não ter fome ao deitar nem permitir a ingestão de líquidos excessivos perto da hora do início da noite
- ✓ Evite café, chá preto ou refrigerantes antes de dormir.
- ✓ Reduzir os alimentos e bebidas com estimulantes após a hora do lanche (com açúcar ou cafeína, como refrigerantes, café, chá e chocolates)





- ✓ Devem praticar atividade física durante o dia, evitando esforços intensos ao final da tarde (nas 3 horas antes de se deitar).
- ✓ Vestir roupa confortável.
- ✓ A criança deve ser deitada na sua própria cama, preferencialmente sonolenta, mas ainda acordada, para que aprenda a adormecer de forma independente, ganhando autonomia para voltar a adormecer sozinha após os despertares noturnos



- ✓ Não utilizar o quarto para atividades como ver televisão, trabalhar ou comer.
- ✓ É muito importante ter tempo de convívio com os pais no fim do dia.
- ✓ Fazer sestas adaptadas à idade, desenvolvimento e necessidade da criança;





Algumas crianças apresentam resistência a deitar-se, despertares noturnos frequentes ou dificuldade em adormecer sozinhas.

Nestes casos, recomenda-se:

- Manter a calma e a firmeza na rotina.
- Evitar reforços negativos (ex.: deixar a criança ver televisão por “pena”).
- Usar estratégias de relaxamento, como respiração profunda ou música suave.
- Criar um “objeto de conforto”, como uma peluche ou manta preferida.
- Evitar dramatizar os despertares noturnos — quanto mais atenção se dá, mais o comportamento se reforça.

Se as dificuldades persistirem e interferirem no bem-estar familiar, é aconselhável procurar apoio junto de um profissional de saúde.



Dormir bem é crescer com saúde, aprender com energia e viver com serenidade!





Referências bibliográficas:

- American Academy of Sleep Medicine. (s.d.). *Sleep hygiene for children*. <https://sleepeducation.org/category/children/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia orientador de boas práticas: O sono na criança e no adolescente. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf
- Ordem dos Farmacêuticos (s.d.). *Medidas de higiene do sono – como dormir melhor?* <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/medidas-de-higiene-do-sono-como-dormir-melhor/>



OBRIGADO/A

APÊNDICE X: Projeto de estágio em contexto comunitário

Introdução

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como objetivo garantir a aquisição de competências científicas, técnicas, culturais, relacionais e éticas que sustentem uma prática profissional qualificada na prestação de cuidados no domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende, ainda, capacitar os Enfermeiros para a integração em equipas multidisciplinares especializadas, promovendo uma abordagem colaborativa na prestação de cuidados diferenciados. Paralelamente, visa o desenvolvimento de competências de investigação científica nesta área de especialização, contribuindo para o avanço do conhecimento e para a consolidação de práticas baseadas na evidência. A aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e ético-deontológicas são claramente evidenciados neste ciclo de estudos, com o objetivo de preparar os enfermeiros para enfrentar os desafios específicos associados aos cuidados especializados na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Deste modo, o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica fundamenta-se nas competências específicas e comuns do enfermeiro especialista, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros. (Instituto Politécnico de Viseu, 2023)⁷⁶

Neste sentido, estão integrados no plano de estudos três estágios, que visam a aquisição das competências supramencionadas, sendo o presente projeto referente ao 2^a estágio (contexto de saúde mental na comunidade).

A saúde mental constitui, na atualidade, uma das grandes prioridades da saúde pública, sendo reconhecida como um determinante essencial para o bem-estar individual, familiar e comunitário. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), não existe saúde sem saúde mental, pelo que a sua promoção, prevenção, tratamento e reabilitação assumem-se como dimensões centrais de qualquer sistema de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

No âmbito das políticas de saúde mental, consolidou-se o modelo comunitário, que estruturou o atual sistema português. Proposto pela Organização Mundial da Saúde nos anos 1970 e implementado em vários países europeus e na América do Norte, este modelo foi adotado por Portugal em 1985, na 2.^a Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, que recomendou a transição dos cuidados do hospital psiquiátrico para serviços comunitários. Portugal já se tinha antecipado com a Lei n.º 2 118/1963, que previa a criação de

Centros de Saúde Mental responsáveis pelo atendimento da população local. Apesar das limitações iniciais, a adoção do modelo comunitário permitiu aumentar a acessibilidade, descentralizar cuidados dos grandes hospitais e promover uma maior integração com a comunidade (Esteves, 2011).

Em 2006, iniciou-se em Portugal uma reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), consubstanciada no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que tem gerado alterações estruturantes na organização e oferta de cuidados de saúde à população. Os objetivos desta reestruturação objetivam melhorar a acessibilidade aos cuidados; aferir de forma eficiente os recursos humanos alocados, garantindo o cumprimento de metas em saúde, através da utilização de indicadores elaborados para o efeito. Surgiram então, em 2009, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), unidades funcionais compostas por equipas multidisciplinares, nas quais o Enfermeiro assume um papel de extrema relevância, respondendo aos três níveis de prestação de cuidados: primário, secundário e terciário, com foco específico no acompanhamento dos processos de transição das famílias, prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação, para além da dimensão curativa e paliativa (*Ordem dos Enfermeiros*, 2024).

As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuam, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Serviço Nacional de Saúde, s/d.)

A intervenção em contexto comunitário mobiliza um conjunto de conceitos que consolidam a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátricos. A saúde mental assume uma complexidade que implica uma adequação de respostas que devem assumir um carácter holístico e integrado, considerando o indivíduo nos seus múltiplos sistemas (Esteves, 2011).

É neste contexto que o EEESMP assume um papel estratégico, articulando cuidados especializados com os recursos comunitários e promovendo a continuidade do cuidado e a integração social do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2007). As UCC constituem um espaço privilegiado para esta prática, permitindo ao enfermeiro especialista implementar estratégias de acompanhamento individualizado, intervenção precoce e suporte à família, ações fundamentais para a prevenção de recaídas e a redução de hospitalizações (Serviço Nacional de Saúde [SNS], s.d.; Esteves, 2011).

Assim, o estágio em UCC possibilita experienciar a transição do paradigma centrado na hospitalização para um modelo de cuidados de proximidade, permitindo a aplicação dos princípios do modelo comunitário na prática diária, através da intervenção direta com pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade.

Com o intuito de propiciar a aquisição das competências e orientar o percurso formativo, foi proposta a realização deste projeto, no qual serão apresentadas as competências que objetivo adquirir e o cronograma de atividades para o estágio. As atividades previstas e os respectivos tempos de execução poderão sofrer alterações, priorizando as necessidades do serviço e da população, bem como a aquisição de competências.

Competências a desenvolver

Espera-se, ao longo deste percurso, alcançar as Competências comuns do enfermeiro especialista que, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, se dividem nos seguintes domínios:

- 1. Responsabilidade profissional ética e legal**
- 2. Melhoria contínua da qualidade**
- 3. Gestão de cuidados**
- 4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Espera-se, também, alcançar as Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) que, de acordo com o artigo 4º do Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;**
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;**
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;**

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

Deste modo, as atividades programadas para este estágio, apresentadas no cronograma de atividades (tabela 1), foram programadas com o intuito de ir ao encontro destas competências e objetivos.

Considerações finais

O cuidado à pessoa em contexto comunitário exige do enfermeiro competências específicas na avaliação holística, na promoção da autonomia e da literacia em saúde, bem como na articulação com recursos comunitários, assegurando uma resposta integrada às necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo.

A realização deste projeto teve como desígnio estabelecer as linhas orientadoras do meu estágio, de forma a rentabilizá-lo ao máximo na aquisição de competências para a especialização a que me proponho.

Este projeto é uma ferramenta dinâmica e flexível para atingir os meus objetivos. Com o decorrer do estágio, o mesmo será reavaliado e atualizado, visando o máximo aproveitamento desta oportunidade de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional.

Pretendo desenvolver a minha intervenção de forma crítica, consciente e fundamentada, tendo em vista a prestação de cuidados especializados em Saúde Mental em contexto comunitário. Este percurso será pautado pela reflexão contínua, pela integração de conhecimentos teóricos e práticos, e pelo compromisso com a ética e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estou ciente de que este estágio representará uma etapa fundamental no meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, permitindo-me consolidar competências essenciais à prática clínica diferenciada e contribuir ativamente para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Referências bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*. Lisboa: DGS.

Esteves, M. T. (2011). *Saúde mental comunitária: Rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)* [Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/4505/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Margarida%20Esteves.pdf>

Instituto Politécnico de Viseu. (2023). *Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (2023). Escola Superior de Saúde de Viseu.
<https://essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmesmp-2023/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (Regulamento n.º 515/2018). Diário da República, 2.ª série, n.º 151.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. *Posição pública da Ordem dos Enfermeiros enviada ao Sr. Ministro da Saúde relativamente às Unidades de Cuidados na Comunidade na reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. (2024).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas->

[antigas/posi%C3%A7%C3%A3o-p%C3%BAblica-da-ordem-dos-enfermeiros-enviada-ao-sr-ministro-da-sa%C3%BAde-relativamente-%C3%A0s-unidades-de-cuidados-na-comunidade-na-reconfigura%C3%A7%C3%A3o-dos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios-em-portugal/](https://www.sns.gov.pt/antigas/posicao-publica-da-ordem-dos-enfermeiros-enviada-ao-sr-ministro-da-saude-relativamente-aos-unidades-de-cuidados-na-comunidade-na-reconfiguracao-dos-cuidados-de-saude-primarios-em-portugal/)

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt>

APÊNDICE XI: Programa de promoção de esperança em pessoas com humor depressivo

Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA
EM PESSOAS COM HUMOR DEPRESSIVO**

Maria Machado, nº5232

Objetivo

Objetivo: Promover a esperança.

Objetivos específicos: Fortalecer a resiliência e aumentar a percepção de autoeficácia em pessoas com humor depressivo, contribuindo para a redução da sintomatologia depressiva e para a motivação para adesão terapêutica.

Âmbito

Intervenção realizada por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Enquadramento

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2025), Saúde Mental é definida como “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere*”.

A saúde mental abrange o bem-estar psicológico, mas não se restringe a este domínio. Fundamenta-se no equilíbrio das funções mentais, expresso na capacidade do indivíduo para adotar comportamentos ajustados às diversas situações do quotidiano, nomeadamente o estabelecimento e a manutenção de relações interpessoais, a participação em atividades educativas e profissionais, o envolvimento em interesses pessoais e a tomada de decisões em áreas como a educação, o emprego ou a habitação.

Quando este equilíbrio se encontra comprometido, devido a perturbações psiquiátricas ou a condições médicas, a capacidade de decisão do indivíduo pode ser significativamente afetada. Este comprometimento repercute-se não apenas na sua funcionalidade individual, mas também a um nível mais alargado, contribuindo para perdas no bem-estar familiar e social (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, s.d).

A doença mental constitui, entre as doenças crónicas, a principal causa de incapacidade em Portugal (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021) e representa também uma das maiores responsáveis pela deterioração da qualidade de vida (Observatório Português dos Sistemas de

Saúde, 2021). Deste modo, sendo a doença a terceira doença com maior carga global e reconhecendo-se que alcançar o mais elevado nível de saúde é um direito fundamental de todo o Ser Humano (Conselho Nacional de Saúde, 2019), torna-se indispensável implementar medidas que promovam a saúde mental, previnam e tratem as perturbações mentais, bem como iniciativas que favoreçam a reabilitação e integração da pessoa com necessidades de cuidados de SM no seu contexto social (Lei n.º 35/2023, 2023).

O humor depressivo é definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma emoção negativa, caracterizada por sentimentos persistentes de tristeza e melancolia, associados à diminuição da concentração, perda de apetite e perturbações do sono (OE, 2016). É igualmente descrito como um estado em que a disposição emocional se encontra reprimida, originando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, redução da capacidade de concentração, sentimentos de culpa e manifestações somáticas, como perda de apetite, insónia e cefaleias (OE, 2006).

O humor depressivo associa-se ainda a uma lentificação dos processos cognitivos, com comprometimento da atenção, concentração, memória e do rendimento cognitivo global. Trata-se de uma experiência subjetiva não controlável pela pessoa, que tende a invadir a esfera mental e a interferir significativamente no funcionamento diário (Bastos, Ferreira & Guerra, 2014).

Quando se procura compreender a recuperação ou o restabelecimento do equilíbrio psíquico, social e físico da pessoa com doença mental, pode recorrer-se ao conceito de *Recovery*. Este destaca o carácter pessoal, subjetivo e singular do processo de recuperação, através do qual a pessoa reencontra significado na sua experiência, redefine propósitos e renova a esperança na sua vida. Implica o reconhecimento, a aceitação e a integração do viver com doença mental, apesar dos desafios inerentes, promovendo simultaneamente o empoderamento pessoal e a capacidade de conduzir uma vida autónoma, com poder de decisão sobre si. No *Recovery*, a pessoa é valorizada numa perspetiva holística, ultrapassando o foco exclusivo na doença e privilegiando-se, em vez disso, as suas forças, recursos e potencialidades, assentes na experiência real de viver com uma doença mental. Diversos estudos demonstram que o senso de autoeficácia, o empoderamento, a espiritualidade, o suporte social e a qualidade de vida constituem elementos essenciais para alimentar e sustentar a esperança. A crença de que a mudança é possível, aliada à instilação de esperança e ao reconhecimento da vivência subjetiva da pessoa, assume, por isso, um papel central na abordagem orientada para o *Recovery*. Reconhecida a relevância da esperança na experiência da pessoa, especialmente da pessoa com

doença mental, e considerando as variações inerentes aos diferentes percursos de *Recovery*, torna-se pertinente refletir sobre intervenções de Enfermagem direcionadas ao suporte e ao fortalecimento da esperança (Alves, 2023).

Neste cenário, a esperança tem sido reconhecida como um elemento essencial para o processo de recuperação. Evidências empíricas sugerem que níveis mais elevados de esperança se relacionam com maior resiliência, melhor adesão aos planos terapêuticos e desfechos clínicos mais favoráveis (Snyder, 2002; Sun et al., 2023). De acordo com a Teoria da Esperança de Snyder, este constructo pode ser entendido como a capacidade de definir objetivos com significado pessoal, identificar percursos para os alcançar e manter a motivação necessária para avançar, mesmo perante adversidades (Snyder, 2002).

A esperança pode ser definida como um estado motivacional positivo, orientado para o futuro, que assenta na perceção de capacidade pessoal (*agency*) para iniciar e manter esforços dirigidos a metas, bem como na identificação de percursos possíveis (*pathways*) para as alcançar, mesmo perante obstáculos (Snyder, 2002). Para além da sua natureza cognitiva, integra também uma dimensão afetiva, associada à antecipação de resultados positivos, à confiança e ao equilíbrio entre incerteza e desejo de mudança (Schränk et al., 2008). É igualmente influenciada pelo apoio social e pelo vínculo terapêutico, que funcionam como facilitadores do processo de recuperação, e assume ainda uma dimensão existencial ligada ao sentido de vida, espiritualidade e propósito, fundamentais para enfrentar sofrimento e transições difíceis (Elliott & Olver, 2002). Estudos demonstram que níveis mais elevados de esperança se associam a menor sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como a maior resiliência, bem-estar e funcionamento global (Boreham & Schutte, 2023; Gallagher et al., 2025). Embora a Organização Mundial da Saúde não apresente uma definição formal de esperança, o seu conceito de saúde mental sublinha a importância de enfrentar adversidades, desenvolver potencialidades e contribuir para a comunidade, aspetos intimamente ligados a este constructo (Organização Mundial da Saúde, 2022). Assim, pode afirmar-se que a esperança é um processo dinâmico, orientada para o futuro, mas atendendo ao passado e vivida no presente, implicando o estabelecimento e alcance de objetivos que, para a pessoa, sejam significativos. (Querido, 2018).

A “Esperança” em Enfermagem e, em contrapartida, a “Falta de Esperança” ou até “Desespero”, com base na CIPE, são considerados como focos de atenção relevantes para a prestação de cuidados (OE, 2016). Segundo a OE (2016), a “Esperança” é definida como

“emoção com as características específicas: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (p.57), o que está em concordância com os autores atrás referidos. A “Falta de Esperança”, por sua vez, é descrita enquanto “emoção negativa” (OE, 2016, p.58), podendo ser também um diagnóstico de Enfermagem. O foco “Desespero” é descrito como “emoção negativa: sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio” (OE, 2016, p.53).

O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume particular relevância na promoção da esperança. Estes profissionais intervêm em diferentes contextos de cuidado, desde serviços hospitalares até unidades comunitárias, e a sua prática abrange atividades como a avaliação diagnóstica, a implementação de intervenções psicoterapêuticas, a psicoeducação, a gestão de crises e o apoio às famílias. A sua atuação, sustentada em modelos teóricos de enfermagem e em perspetivas psicossociais e neurobiológicas, permite um acompanhamento individualizado e precoce, centrado na pessoa e nas suas necessidades (Diário da República, 2011; Sufrate-Sorzano et al., 2022; Yosep et al., 2025).

Compete ao enfermeiro escutar atentamente a pessoa, identificando sinais verbais de desesperança ou esperança. Expressões como “já não vale a pena...”, “deixei de acreditar...”, “tudo está perdido...”, “já não sou mais nada...” ou “vivemos um dia de cada vez...” revelam frequentemente sentimentos de desesperança. Por outro lado, afirmações como “isto vai lá... só não sei como...”, “a esperança é a última a morrer...” evidenciam a presença de esperança e, simultaneamente, são indicadores da necessidade de a fortalecer. Da mesma forma, determinadas manifestações não verbais, como suspiros, tristeza, perda de iniciativa ou atitudes de passividade na prestação de cuidados constituem igualmente sinais relevantes desta necessidade (Querido, 2018).

Sendo a esperança um foco de natureza emocional, subjetiva e profundamente individual, a sua avaliação exige o recurso a instrumentos específicos. Uma das abordagens possíveis consiste na realização de uma entrevista clínica semiestruturada, recorrendo a questões abertas que permitam explorar a forma como a pessoa caracteriza a esperança, identificar os seus objetos de esperança, bem como os recursos e ameaças percecionados. Perguntas como “Quando ouve a palavra ‘esperança’, que imagem ou ideia lhe ocorre?”, “Como descreve a esperança na sua vida?”, “De que forma a situação de doença que enfrenta afeta a sua esperança?”, “Se pudesse identificar uma fonte de esperança para si, qual seria?”,

“O que o ajuda a manter a esperança ou, pelo contrário, o faz sentir-se desesperado?” ou “O que espera para o futuro?” constituem exemplos de narrativas utilizadas para avaliar a esperança, sendo reconhecidas na literatura como Hope Communication Tool (Querido, 2018).

Adicionalmente, a “Escala de Esperança de Herth – PT” é um instrumento validado para a população portuguesa e adequado para avaliar e quantificar o nível de esperança da pessoa, incluindo os indicadores de resultado definidos para o diagnóstico (Querido, 2020). Viana, Querido, Dixe & Barbosa (2010) foram os autores desta validação para a população portuguesa. O instrumento em estudo é de origem americana e é uma escala do tipo Likert, unidimensional, que contém no total 12 itens na versão original e 9 na versão validada para a população portuguesa. A escala está organizada por uma pontuação de 1 a 4, onde “1” significa “discordo totalmente” e “4” significa “concordo totalmente”. A pontuação resultante, na versão validada para a população portuguesa, pode ir desde 9 até 36 e, quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de esperança.

Outro recurso para avaliação da esperança é o instrumento “termómetro da esperança”, que inclui uma escala numérica que objetiva a esperança de 0 a 10, à semelhança das escalas numéricas para avaliação da dor (Querido, 2020).

Diversos programas têm sido descritos com o intuito de fomentar a esperança em pessoas com doença mental, incluindo intervenções psicoeducativas, abordagens cognitivo-comportamentais adaptadas, práticas de *mindfulness*, estratégias de *empowerment* e ações de suporte familiar. Estes modelos demonstraram benefícios na diminuição dos sintomas depressivos, no reforço da autoestima, na promoção de competências emocionais e na construção de resiliência (Yosep et al., 2025; Mota et al., 2024; García-Sastre et al., 2024; Soria-Martínez et al., 2024). Contudo, a literatura evidencia ainda várias fragilidades: ausência de protocolos padronizados, falta de integração sistemática das famílias e das equipas multidisciplinares e escassez de investigações que avaliem a eficácia destas intervenções em diferentes realidades clínicas (Mota et al., 2024; Yosep et al., 2025).

Perante estas lacunas, torna-se pertinente avançar na sistematização e na avaliação das práticas de enfermagem dirigidas à promoção da esperança em pessoas com doença mental. Este esforço pode contribuir para consolidar a prática baseada na evidência, orientar o desenvolvimento de intervenções de enfermagem consistentes e promover cuidados em saúde mental mais eficazes, humanos e centrados na pessoa.

Embora a literatura identifique intervenções grupais, narrativas e baseadas em pares como estratégias promotoras de esperança, a implementação do presente programa privilegiou uma abordagem individual, psicoterapêutica e psicoeducacional, atendendo ao contexto de internamento em fase aguda. Este programa foi desenvolvido com base numa revisão da literatura em bases de dados científicas, em consolidação com o Guia Orientador de Boas Práticas Psicoterapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2020) e com as orientações presentes no livro “Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções” (Sequeira & Sampaio, 2020).

Descrição

Programa estruturado em 5 sessões individuais de 45 a 60 minutos¹, adaptáveis à disponibilidade do serviço, com foco em:

- Identificação de metas pessoais significativas.
- Exploração de recursos internos e externos (familiares, sociais).
- Estratégias de *coping* adaptativo e pensamento positivo.
- Desenvolvimento de planos de ação realistas para pequenas conquistas.
- Validação da experiência subjetiva e reforço de autoeficácia.

¹ Optou-se por estruturar a intervenção em cinco sessões individuais, com duração de 45 a 60 minutos cada, tendo em conta as limitações temporais inerentes ao estágio clínico. Esta escolha permite conciliar a viabilidade prática do programa com a necessidade de manter a eficácia terapêutica, garantindo que cada sessão seja focada, estruturada e orientada para objetivos específicos. Apesar de breve, a intervenção está desenhada para abordar os principais fatores associados à esperança em doentes com doença mental, incluindo definição de metas pessoais, exploração de recursos internos e externos, desenvolvimento de estratégias de coping adaptativo e reforço da autoeficácia.

A literatura científica demonstra que intervenções psicoterapêuticas breves podem produzir efeitos significativos na redução de sintomas depressivos e na promoção de fatores protetores como esperança, resiliência e bem-estar psicológico (Snyder, 2002; Schrank, Stanghellini, Slade, & Cavelti, 2008; Gallagher et al., 2025). Protocolos estruturados e direcionados, mesmo com um número limitado de sessões, conseguem gerar mudanças cognitivas e motivacionais relevantes, especialmente quando incorporam psicoeducação, técnicas cognitivo-comportamentais e validação emocional.

Cada sessão do programa tem um objetivo claro e atividades específicas, permitindo avaliar o estado do doente, intervir sobre aspetos fundamentais da esperança e consolidar aprendizagens. A sequência de quatro encontros possibilita não apenas a identificação de metas e recursos, mas também a revisão de progressos e reforço contínuo da motivação, sem sobrecarregar o doente. Assim, a opção por quatro sessões representa um equilíbrio entre a eficácia clínica e a realidade do contexto de estágio, garantindo que a intervenção possa produzir efeitos positivos mensuráveis na promoção da esperança em doentes com doença mental.

Operacionalização

Critérios de inclusão:

- Diagnóstico de enfermagem: “Falta de Esperança” ou “Desesperança”; “Humor depressivo”.
- Idade ≥ 18 anos;
- Capacidade cognitiva e comunicativa suficiente para participar na intervenção.

Critérios de exclusão:

- Pessoas com défice cognitivo que incapacite a participação nas atividades;
- Pessoas com conduta agressiva ativa ou agitação psicomotora;
- Pessoas com alteração do pensamento e/ou percepção que impossibilite a participação nas sessões.

Sessões

Sessão 0 – Avaliação Inicial

Objetivo: Conhecer o cliente, compreender o contexto clínico e emocional, identificar necessidades prioritárias e preparar o início do programa de promoção da esperança

Atividades:

- Entrevista clínica semiestruturada para recolher história pessoal, clínica e familiar
- Identificação de sintomas atuais, preocupações e expectativas do cliente
- Explicação do programa de promoção da esperança, incluindo objetivos e estrutura das sessões seguintes
- Estabelecimento de vínculo terapêutico e criação de um ambiente de confiança e segurança
- Aplicação de instrumentos de avaliação inicial:
 - o Escala de Esperança de Herth – PT (validada para a população portuguesa por Viana, Querido, Dixe & Barbosa em 2010);
 - o Escala Numérica de avaliação da esperança – o termómetro da esperança (Ana Querido, 2020);

- o HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) validada por Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007);
- o CD-RISC (*Connor-Davidson Resilience Scale*) validada por Faria Anjos J, Heitor dos Santos MJ, Ribeiro MT, et al (2019).

Função prática do EEESMP: Ver processo de enfermagem; avaliar o estado clínico e emocional do cliente; identificar fatores de risco e recursos iniciais; preparar o cliente para o trabalho de definição de metas e exploração da esperança nas sessões seguintes

Sessão 1 – Psicoeducação para a esperança

Objetivo: Conhecer o cliente, avaliar expectativas e definir metas pessoais significativas.

Atividades:

- Introdução ao conceito de esperança enquanto processo dinâmico e realista.
- Normalização da desesperança como sintoma associado a quadro depressivo.
- Psicoeducação sobre a relação entre esperança, recuperação e adesão terapêutica.
- Diferenciação entre esperança realista e expectativas irreais no contexto da doença.
- Discussão de exemplos práticos ajustados à vivência do cliente.

Intervenções de enfermagem: Avaliar estado clínico, construir relação terapêutica, validação emocional, promoção da esperança.

Sessão 2 – Avaliação e definição de metas

Objetivo: Conhecer o cliente, avaliar expectativas e definir metas pessoais significativas.

Atividades:

- Exploração de desejos, valores e forças pessoais.
- Exploração do significado atribuído pelo cliente à esperança no seu processo de recuperação.
- • Reforço da percepção de agência pessoal, promovendo a identificação do papel ativo da pessoa no seu processo de recuperação.
- Identificação de 1-2 metas realistas e significativas a curto prazo.

Intervenções de enfermagem: Avaliar estado clínico, construir relação terapêutica, orientar definição de metas e iniciar motivação para a mudança, Psicoeducação.

Sessão 3 – Exploração de recursos e desenvolvimento de vias

Objetivo: Mapear recursos internos e externos para atingir metas e superar obstáculos.

Atividades:

- Identificação de atributos pessoais de esperança
- Exercícios de brainstorming sobre estratégias de coping já utilizadas
- Identificação de apoios sociais e familiares.
- Planeamento de ações concretas para atingir pequenas metas.
- Discussão sobre obstáculos potenciais e elaboração de soluções práticas.

Intervenções de enfermagem: Facilitar exploração de recursos, apoiar planeamento estratégico e reforçar autoeficácia.

Sessão 4 – Consolidação e motivação para a ação

Objetivo: Desenvolver esperança, a partir de suas próprias capacidades, vivências positivas e redes de apoio.

Atividades:

- Normalização das flutuações da esperança ao longo do processo de recuperação, reforçando estratégias para lidar com momentos de maior vulnerabilidade.
- Discussão de estratégias para lidar com obstáculos futuros.
- Técnicas de reforço positivo e validação das experiências do cliente.
- Elaboração de um plano pessoal de manutenção da esperança, identificando estratégias, recursos e sinais de alerta.
- Preparação do kit de esperança para o cliente realizar no domicílio.
- Reaplicação dos instrumentos de avaliação:
 - o Escala de Esperança de Herth – PT (validada para a população portuguesa por Viana, Querido, Dixe & Barbosa em 2010);
 - o Escala Numérica de avaliação da esperança – o termómetro da esperança (Ana Querido, 2020);
 - o HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) validada por Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007);
 - o CD-RISC (*Connor-Davidson Resilience Scale*) validada por Faria Anjos J, Heitor dos Santos MJ, Ribeiro MT, et al (2019).
- Solicitar ao cliente feedback da intervenção.

Função prática do EEESMP: Consolidar aprendizagens, reforçar perceção de progresso, promover esperança e planeamento contínuo.

Referências bibliográficas

- Alves, A. (2023). Promoção da Esperança no Recovery da Pessoa com Doença Mental. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/4d4e1a4f-3e83-4f54-8c64-4125d1958f8b/download>
- Bastos, L.; Ferreira, D. & Guerra, A. (2014). Perturbação depressiva. In Figueira, M. L.; Sampaio, D. & Afonso, P. (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, (pp.51-77). Lisboa: Lidel.
- Berry, L., Worsley, R., & Wang, X. (2022). *Nursing interventions for hope promotion in patients with depression: A systematic review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 29(4), 523–539. <https://doi.org/10.1111/jpm.12873>
- Boreham, A., & Schutte, N. S. (2023). *Hope, resilience, and mental well-being: A meta-analytic review*. Personality and Individual Differences, 205, 112060. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112060>
- Elliott, J. A., & Olver, I. N. (2002). *Hope and hoping in the talk of dying cancer patients*. Social Science & Medicine, 55(2), 209–220. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00203-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00203-8)
- Faria Anjos J, Heitor dos Santos MJ, Ribeiro MT, *et al.* (2019). Connor-Davidson Resilience Scale: validation study in a Portuguese sample. *BMJ*. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026836
- Herdman, T., Kamitsuro, S. & Lopes, C. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I – Definições e Classificação 2021-2023* (12a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Liu, H., Wang, Y., & Zhao, Q. (2025). *Hope-based nursing interventions in depressive patients with physical comorbidities: Effects on resilience and self-care*. International Journal of Mental Health Nursing, 34(1), 45–59. <https://doi.org/10.1111/inm.12345>
- Nathan, R., Gabbay, M., Boyle, S., Elliott, P., Giebel, C., O’Loughlin, C., Wilson, P., & Saini, P. (2021). Use of acute psychiatric hospitalisation: A study of the factors influencing decisions to arrange acute admission to inpatient mental health facilities. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 696478. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.696478>

- Norazman CW, Lee LK. The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review. *Women's Health*. 2024;20. doi:[10.1177/17455057241275587](https://doi.org/10.1177/17455057241275587)
- Ordem dos Enfermeiros (2006). CIPE® Versão 1 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Organização Mundial da Saúde. (2025). *Mental health: Strengthening our response*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Parse, R. R. (2019). *Human becoming: Theory, practice, and research* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0206>
- Querido, A. (2020). Promoção da esperança de saúde mental. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 243–245). Lidel.
- Sassen, B. (2023). *Therapeutic relationships and hope in psychiatric nursing: A clinical perspective*. *Journal of Psychiatric Nursing Practice*, 15(2), 101–112.
<https://doi.org/10.1177/14733250231100567>

Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). *Hope in psychiatry: A review of the literature*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.

Snyder, C. R. (ed.) (2002). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA, US: Academic Press.

Sundin, E., Björkman, A., & Carlsson, G. (2022). Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(4), 282–289. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2034222>

Tay, J., Berry, L., & Worsley, R. (2022). *Family-inclusive interventions to enhance hope in depression: A systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104202.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104202>

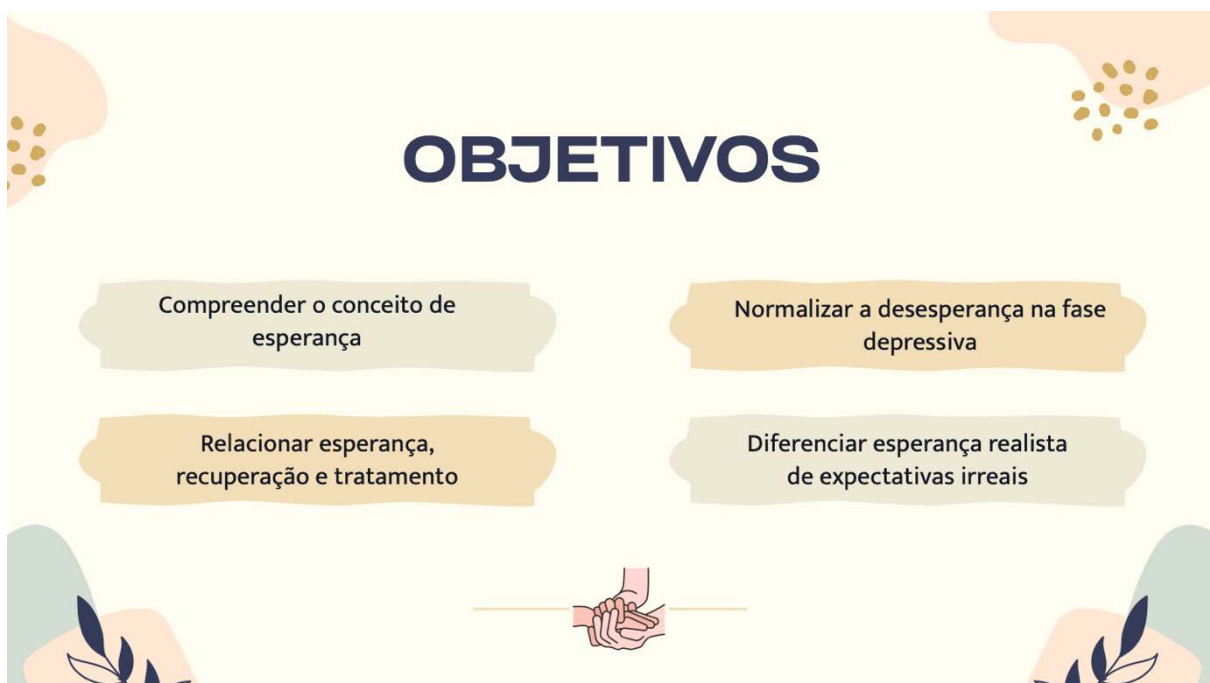
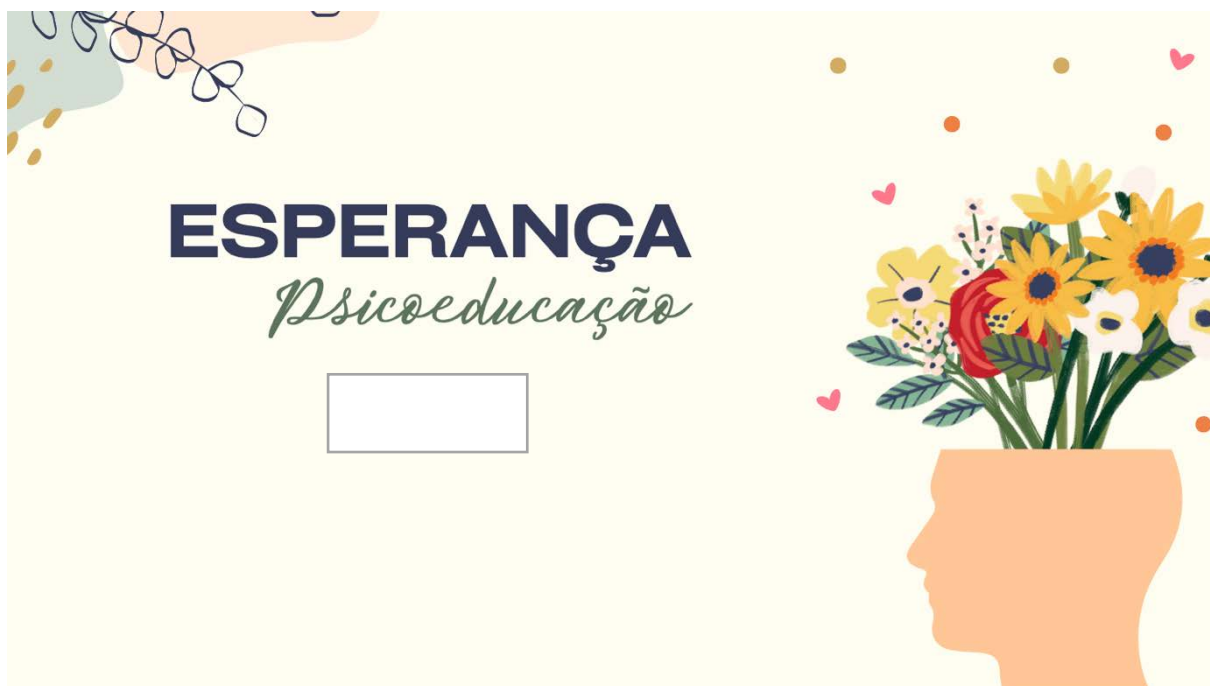
Tao, R., Liu, F., & Zhang, J. (2022). *Social support and spiritual coping as mediators between hope and depression in vulnerable populations*. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15–16), 2321–2334. <https://doi.org/10.1111/jocn.16255>

Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* , pp. 607-616.

Wang, Y., Liu, H., & Chen, F. (2025). *Integrating Snyder's Hope Theory into nursing care for depression: Outcomes and clinical implications*. *Journal of Advanced Nursing*, 81(6), 2304–2318. <https://doi.org/10.1111/jan.15234>

Worsley, R., Berry, L., & Tay, J. (2022). *Psychotherapeutic and psychoeducational interventions for hope promotion in depression: Evidence and recommendations*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 587–600. <https://doi.org/10.1111/jpm.12890>

APÊNDICE XII: Powerpoint de apoio à sessão 1 do programa de promoção de esperança



O QUE É A ESPERANÇA PARA SI?



O QUE A ESPERANÇA NÃO É



- 1 Não é ter sempre pensamento positivo
- 2 Não é euforia
- 3 Não é negar a doença
- 4 Não é “estar sempre bem”

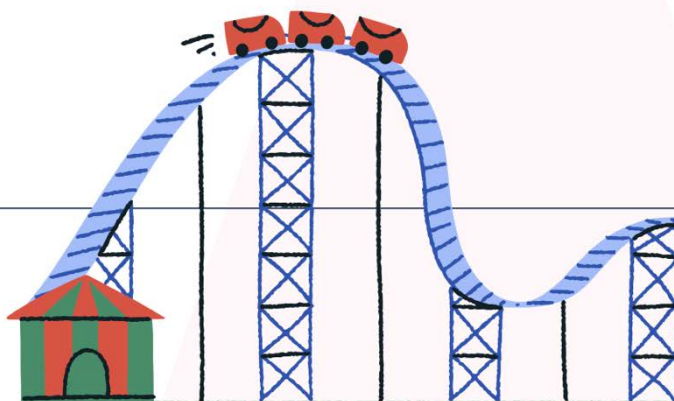
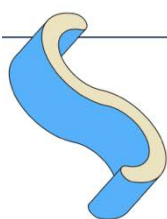
O QUE É A ESPERANÇA?

Capacidade de imaginar um futuro possível e significativo, mesmo na presença de sofrimento, assente em objetivos, caminhos possíveis e capacidade de dar pequenos passos.



ESPERANÇA COMO PROCESSO

- **Processo dinâmico**
- **Pode oscilar ao longo do tempo**
- **Influenciada pelo estado de humor**
- **Não é constante nem linear**



ESPERANÇA NA PAB

- Varia consoante a fase da doença
- Na fase depressiva tende a diminuir
- A diminuição da esperança é um sintoma
- Não define a pessoa



Esperança ☹
≠
Aceleração do
humor

Esperança é um processo seguro,
realista e ajustado à doença

DESESPERANÇA

- Sintoma frequente da fase depressiva
- Relacionado com alterações emocionais e cognitivas
- Não é fraqueza pessoal
- Não é falta de vontade



Normalização emocional



- Sentir-se sem esperança é compreensível
- Faz parte do quadro clínico
- Não invalida capacidades nem percursos anteriores





ESPERANÇA E RECUPERAÇÃO

- Apoia o processo de recuperação
- Aumenta a motivação
- Facilita o envolvimento no tratamento
- Promove estabilidade emocional



ESPERANÇA Nível emocional

- Quando a pessoa sente alguma esperança:
 - . A desesperança diminui
 - . A humor depressivo torna-se mais tolerável
 - . O sofrimento deixa de parecer “sem saída”



ESPERANÇA

Nível cognitivo

- A esperança ajuda a:
 - . Pensar em possibilidades
 - . Planear
 - . Imaginar melhorias
 - . Definir metas, mesmo pequenas



ESPERANÇA

Nível comportamental

- Quando há esperança, a pessoa:
 - . Toma a medicação com mais regularidade
 - . Participa mais nas sessões
 - . Aceita ajuda
 - . Tenta mudar pequenos comportamentos

✎ A esperança ativa a pessoa.



ESPERANÇA

E ADESÃO TERAPÊUTICA

- Facilita a adesão à medicação
- Apoia a continuidade da psicoterapia
- Promove o autocuidado
- Ajuda a persistir no tratamento

Quando uma pessoa acredita que o tratamento pode ajudar, ela tem mais motivação para o seguir.”

Sem esperança:

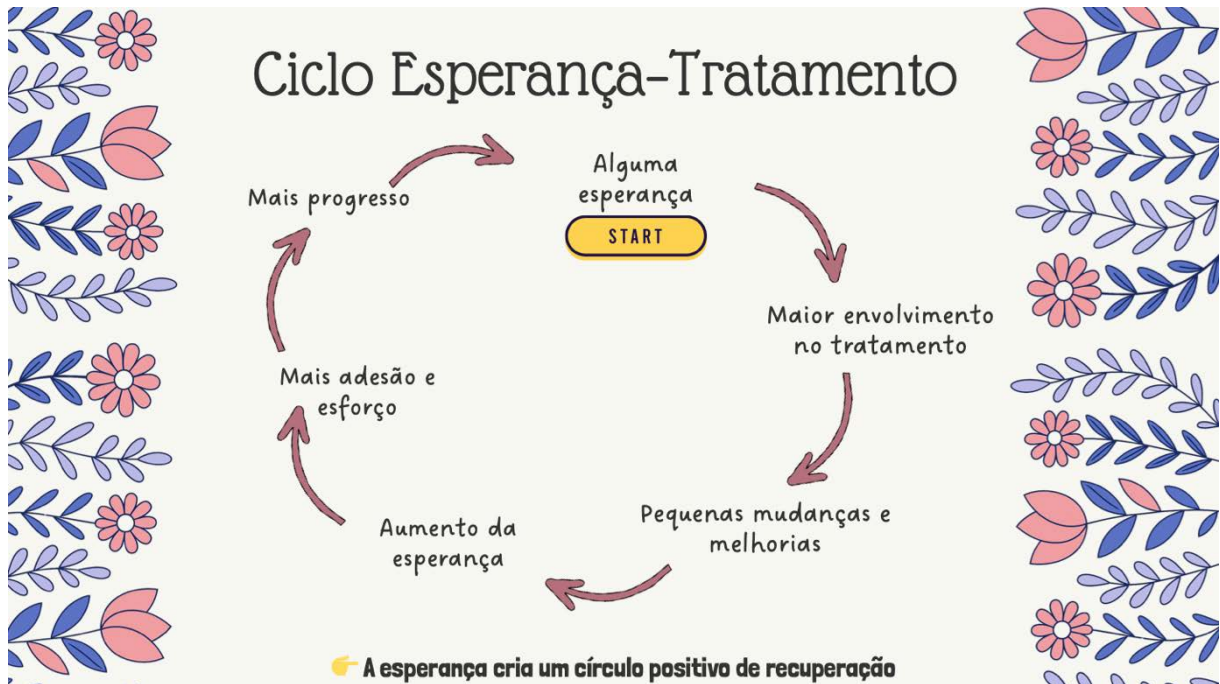
- “Não vale a pena tomar isto”
- “Nada vai resultar”
- “Não vou melhorar”

Mesmo uma esperança pequena já aumenta:

- Adesão à medicação
- Permanência no tratamento
- Envolvimento nas sessões

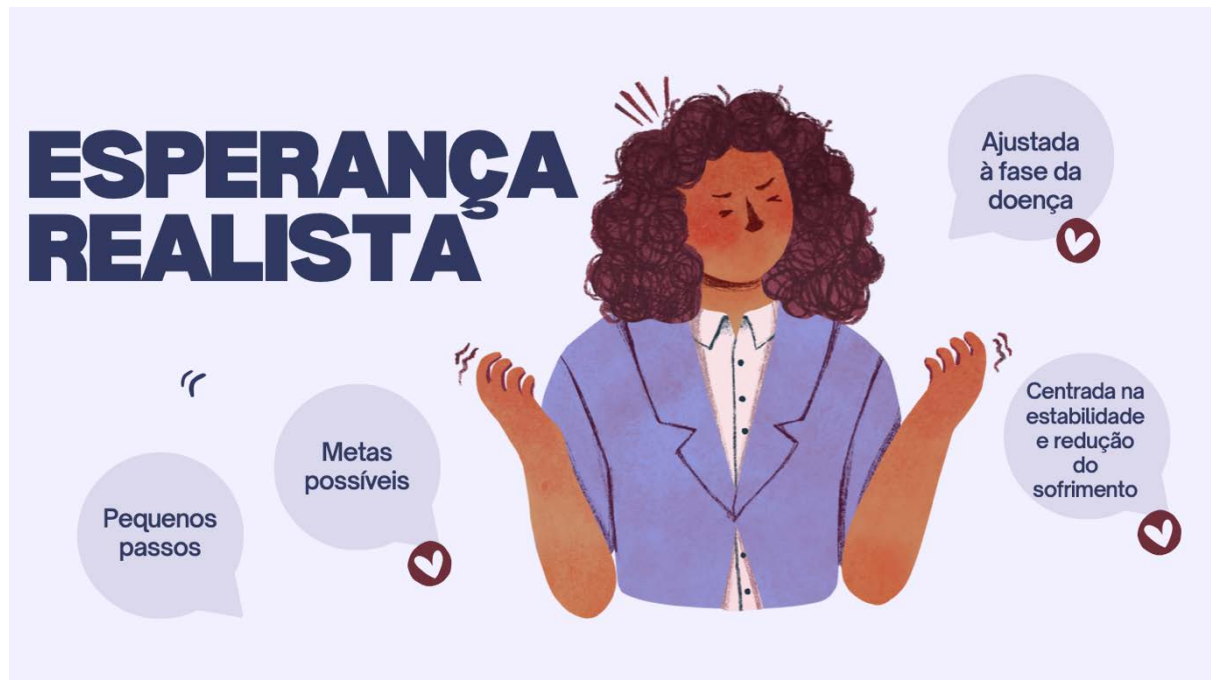
Com alguma esperança:

- “Talvez isto ajude”
- “Vou tentar”
- “Posso melhorar um pouco”



EXPECTATIVAS IRREAIS





NA PRÓXIMA SESSÃO VAMOS:

Falar sobre o que é importante para si

Explorar desejos, valores e forças pessoais

Pensar no significado da esperança
no seu processo de recuperação

Reforçar o seu papel ativo na
recuperação

Definir 1-2 metas pequenas, realistas
e significativas

PARA REFLETIR

- A esperança pode ser pequena
- Pode oscilar
- Faz parte da recuperação



Obrigada!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herth, K. (1993). A model of hope: Implications for nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 538–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x>
- Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2017). A esperança como foco de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Querido, A. I. (2020). Esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. UICISA:E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Viana, A., Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Adaptação cultural e validação da Herth Hope Index para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 7–15.

APÊNDICE XIII: Powerpoint de apoio à sessão 2 do programa de promoção de esperança

Esperança

Sessão 2



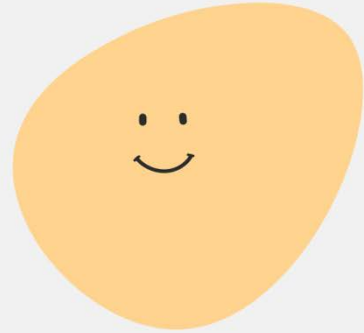
Objetivos

- Conhecer melhor a pessoa
- Explorar expectativas, desejos e valores
- Definir metas pessoais significativas
- Reforçar o seu papel ativo na recuperação



PONTO DE PARTIDA

- Cada pessoa tem desejos, valores e forças
- Mesmo em fase depressiva!
- A doença não anula quem a pessoa é!



O QUE É IMPORTANTE PARA SI?

O que gostaria de recuperar ou preservar?

O que valoriza na sua vida?

O que lhe dá sentido?



QUAIS OS SEUS DESEJOS?



QUAIS OS SEUS VALORES?



QUAIS AS SUAS FORÇAS PESSOAIS?

Capacidades que já utilizou no passado

Recursos internos

Experiências de superação

ESPERANÇA NO SEU PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

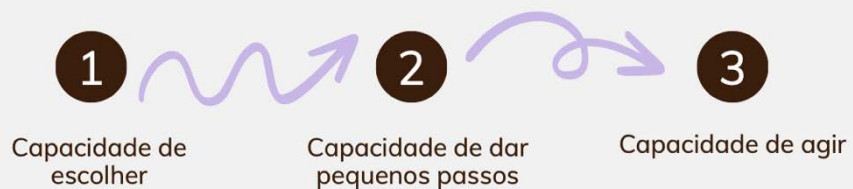
O que significa "ter esperança" para si?

Como a esperança pode ajudar na recuperação?

Experiências de superação



AGÊNCIA PESSOAL



Capacidade de um indivíduo de fazer escolhas intencionais, agir de forma proativa e ter o sentimento de controle sobre a sua própria vida e o seu futuro, influenciando resultados em vez de apenas reagir a eles

REFORÇAR AGÊNCIA PESSOAL

1

Reconhecer o que já consegue fazer

2

Valorizar pequenas conquistas

3

Identificar escolhas possíveis

Metas e esperança



Metas dão direção à esperança



Ajudam a organizar o futuro



Devem ser ajustadas à fase da doença



ESPERANÇA REALISTA

Pequenos passos

Metas possíveis

Ajustada à fase da doença

A curto prazo

VAMOS DEFINIR METAS PESSOAIS (1 OU 2)

O que gostaria de tentar primeiro?

O que parece possível agora?

O que é mais importante neste momento?

Exemplos de metas:
Participar numa atividade do serviço;
Manter o plano terapêutico;
Comunicar necessidades.

Pequenas metas também são progresso!



NA PRÓXIMA SESSÃO VAMOS:

Identificar forças e recursos pessoais

Reconhecer estratégias que já utilizou
para lidar com dificuldades

Identificar apoios sociais e familiares

Pensar em caminhos possíveis
para atingir as metas definidas

Antecipar obstáculos e encontrar
soluções práticas

O que leva desta sessão?



Como se sente após esta conversa?

Obrigada!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herth, K. (1993). A model of hope: Implications for nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 538–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x>
- Querido, A. I. (2020). Esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. UICISA:E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2017). A esperança como foco de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Viana, A., Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Adaptação cultural e validação da Herth Hope Index para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 7–15.

APÊNDICE XIV: Powerpoint de apoio à sessão 3 do programa de promoção de esperança



Na sessão anterior falámos dos seus objetivos e do que é importante para si.

Hoje vamos olhar para aquilo que já tem dentro de si e à sua volta que pode ajudar a caminhar nessa direção.



ATRIBUTOS PESSOAIS DE ESPERANÇA

Que qualidades acha que tem?

O que a ajudou noutros momentos difíceis?

O que as pessoas dizem que faz bem?



ESTRATÉGIAS DE COPING JÁ UTILIZADAS

O que costuma fazer quando se sente em baixo?

O que já ajudou, nem que seja um pouco?



APOIOS

Quem são as pessoas que mais se preocupam consigo?

Em quem pode confiar?
Família, amigos, profissionais



PLANEAMENTO DE AÇÕES CONCRETAS

Para cada meta:

- “Qual é o primeiro passo?”
- “O que pode fazer esta semana?”

Definir:

- O quê?
- Quando
- Como?



OBSTÁCULOS E SOLUÇÕES

O que pode dificultar?

O que pode ajudar quando isso acontecer?



Hoje construiu vários caminhos possíveis. Isso é esperança em ação!

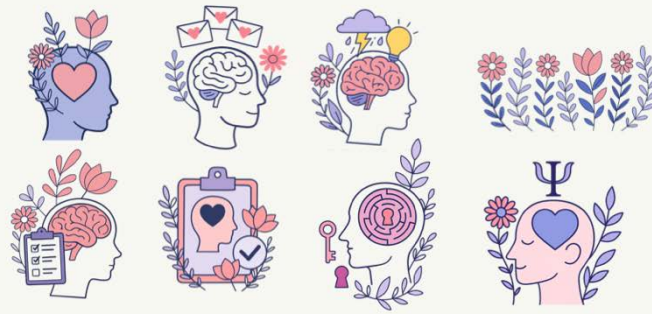


NA PRÓXIMA SESSÃO VAMOS:

Consolidar tudo isto e preparar estratégias para continuar
fora do internamento.



Obrigada!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herth, K. (1993). A model of hope: Implications for nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 538–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x>
- Querido, A. I. (2020). Esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. UICISA:E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2017). A esperança como foco de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Viana, A., Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Adaptação cultural e validação da Herth Hope Index para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 7–15.

APÊNDICE XV: Powerpoint de apoio à sessão 4 do programa de promoção de esperança



Hoje é a nossa última sessão deste programa. Vamos olhar para o caminho que fez, o que aprendeu sobre si e como pode continuar a cuidar da sua esperança no dia a dia.



REFLEXÃO SOBRE O PROGRESSO

Sente alguma diferença em relação à primeira sessão?

O que mudou, mesmo que pouco?

O que hoje lhe parece um pouco mais possível?



Mesmo em fase depressiva, conseguiu definir metas, identificar recursos e pensar no futuro — isso mostra força e capacidade.



PREPARAÇÃO DO KIT DE ESPERANÇA

O kit de esperança é algo que pode usar quando se sentir em baixo.



Pode incluir:

- Lista de forças
- Metas
- Pessoas de apoio
- Frases que dão sentido
- Estratégias de coping
- lembretes de progresso

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM DIFICULDADES FUTURAS

O que costuma acontecer quando a doença piora?

O que pode fazer quando isso acontecer?

Quem pode ajudar?



Este programa termina, mas o trabalho com a sua esperança continua.

O que construiu aqui pode acompanhá-la fora do internamento.





A esperança não precisa de ser grande, precisa de ser suficiente para dar o próximo passo!



Obrigada!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herth, K. (1993). A model of hope: Implications for nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 538–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18040538.x>
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431–1441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x>
- Querido, A. I. (2020). Esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. UICISA:E – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2017). A esperança como foco de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Viana, A., Querido, A. I., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Adaptação cultural e validação da Herth Hope Index para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 7–15.

APÊNDICE XVI: Projeto de estágio em contexto de internamento de doente em descompensação aguda

Introdução

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como objetivo garantir a aquisição de competências científicas, técnicas, culturais, relacionais e éticas que sustentem uma prática profissional qualificada na prestação de cuidados no domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende, ainda, capacitar os Enfermeiros para a integração em equipas multidisciplinares especializadas, promovendo uma abordagem colaborativa na prestação de cuidados diferenciados. Paralelamente, visa o desenvolvimento de competências de investigação científica nesta área de especialização, contribuindo para o avanço do conhecimento e para a consolidação de práticas baseadas na evidência. A aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e ético-deontológicas são claramente evidenciados neste ciclo de estudos, com o objetivo de preparar os enfermeiros para enfrentar os desafios específicos associados aos cuidados especializados na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Deste modo, o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica fundamenta-se nas competências específicas e comuns do enfermeiro especialista, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros. (Instituto Politécnico de Viseu, 2023).

Neste sentido, estão integrados no plano de estudos três estágios, que visam a aquisição das competências supramencionadas, sendo o presente projeto referente ao 3^a estágio (contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda).

A saúde mental constitui, na atualidade, uma das grandes prioridades da saúde pública, sendo reconhecida como um determinante essencial para o bem-estar individual, familiar e comunitário. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), não existe saúde sem saúde mental, pelo que a sua promoção, prevenção, tratamento e reabilitação assumem-se como dimensões centrais de qualquer sistema de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

O internamento psiquiátrico constitui uma intervenção central nos sistemas de saúde mental, especialmente para pessoas em crise aguda que não conseguem ser geridos exclusivamente em ambiente comunitário. A decisão de admitir uma pessoa em regime de internamento envolve múltiplos fatores — não apenas clínicos, mas também emocionais, interpessoais e contextuais (Nathan et al., 2021). Para além do controlo da sintomatologia, o internamento visa garantir segurança, promover a estabilização emocional e criar condições

para a continuidade do tratamento em contexto comunitário, inserindo-se num modelo de cuidados progressivo e articulado.

Diversos estudos destacam que os enfermeiros em saúde mental têm um impacto significativo nos ganhos em saúde durante o internamento, nomeadamente através de: Intervenções psicoterapêuticas individuais baseadas na relação, Estratégias de gestão da crise e de comportamentos complexos, Psicoeducação e promoção da adesão ao tratamento, Desenvolvimento de competências de coping e autonomia, Apoio emocional e motivacional orientado para a recuperação (Borg et al., 2014; Casimiro, 2023).

Assim sendo, impera a necessidade de capacitação dos EEESMP para a abordagem à pessoa em contexto de internamento, sendo preponderante a inclusão deste estágio no plano de estudos do curso de mestrado e especialização.

Com o intuito de propiciar a aquisição das competências e orientar o percurso formativo, foi proposta a realização deste projeto, no qual serão apresentadas as competências que objetivo adquirir e o cronograma de atividades para o estágio. As atividades previstas e os respetivos tempos de execução poderão sofrer alterações, priorizando as necessidades do serviço e da população, bem como a aquisição de competências

Competências a desenvolver

Espera-se, ao longo deste percurso, alcançar as Competências comuns do enfermeiro especialista que, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, se dividem nos seguintes domínios:

- 5. Responsabilidade profissional ética e legal**
- 6. Melhoria contínua da qualidade**
- 7. Gestão de cuidados**
- 8. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Espera-se, também, alcançar as Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) que, de acordo com o artigo 4º do Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, são as seguintes:

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

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

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

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

Deste modo, as atividades programadas para este estágio, apresentadas no cronograma de atividades (tabela 1), foram programadas com o intuito de ir ao encontro destas competências e objetivos.

Atividades planejadas

No sentido de propiciar a aquisição das competências específicas do EEESMP, planejaram-se atividades, apresentados no presente capítulo, relacionando-as com as competências (tabela 1) e com planejamento temporal (tabela 2)

Tabela 6: Atividades planejadas e competências a adquirir

Competências específicas do EEESMP	Objetivo e atividades planejadas
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	- Conhecer a estrutura física, dinâmica, organização e funcionamento do Serviço e integração na Equipe; - Análise dos instrumentos, documentos e orientações técnicas utilizados no contexto assistencial; - Observação estruturada das atividades desenvolvidas pela equipe, com vista à compreensão do seu funcionamento e dinâmica; - Reuniões com os Enfermeiros Tutores e Professora Orientadora; - Planejamento das atividades a realizar; - Elaboração do projeto de estágio; - Planejamento da execução e implementação de projetos, programas, protocolos, intervenções psicoterapêuticas e/ou cuidados no âmbito da promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social; - Realização de estudo de caso; - Elaboração do relatório de estágio; - Participação em ações de formação interna.
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;	- Participação em reuniões clínicas; - Participação nas intervenções do EEESMP;

	- Participação em ações de formação interna; - Realização de estudo de caso, realizando as intervenções do EEESMP inerentes; - Realização de intervenções psicoterapêuticas grupais de “Relaxamento”; - Compreender os processos psicopatológicos e sintomatologia expressa pelo cliente e família, e respetiva abordagem terapêutica face às alterações; - Integrar programa de consciencialização para a doença mental; - Participação em consultas de 1º surto psicótico; - Realização de intervenções psicoterapêuticas individuais de “Entrevista motivacional”; - Realização de intervenções psicoterapêuticas individuais e grupais de “Psicoeducação”
Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde, mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;	- Participação em reuniões clínicas; - Participação nas intervenções do EEESMP; - Participação em ações de formação interna; - Realização de estudo de caso, realizando as intervenções do EEESMP inerentes; - Realização de intervenções psicoterapêuticas grupais de “Relaxamento”;
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	- Participação em reuniões clínicas; - Participação nas intervenções do EEESMP; - Participação em ações de formação interna; - Realização de estudo de caso, realizando as intervenções do EEESMP inerentes;

	- Realização de intervenções psicoterapêuticas grupais de “Relaxamento”;
--	--

Considerações finais

O cuidado à pessoa em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda exige do enfermeiro competências específicas na avaliação holística e contínua, na promoção da estabilidade clínica e emocional, e no reforço da autonomia possível durante a hospitalização. Implica ainda a capacidade de criar um ambiente terapêutico seguro, estruturado e orientado para a recuperação, assegurando intervenções individualizadas que respondam de forma integrada às necessidades físicas, psicológicas e sociais da pessoa internada, bem como a articulação com a equipa multidisciplinar e com os recursos a acionar no momento da alta.

A realização deste projeto teve como desígnio estabelecer as linhas orientadoras do meu estágio, de forma a rentabilizá-lo ao máximo na aquisição de competências para a especialização a que me proponho.

Este projeto é uma ferramenta dinâmica e flexível para atingir os meus objetivos. Com o decorrer do estágio, o mesmo será reavaliado e atualizado, visando o máximo aproveitamento desta oportunidade de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional.

Pretendo desenvolver a minha intervenção de forma crítica, consciente e fundamentada, tendo em vista a prestação de cuidados especializados em Saúde Mental em contexto de internamento. Este percurso será pautado pela reflexão contínua, pela integração de conhecimentos teóricos e práticos, e pelo compromisso com a ética e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estou ciente de que este estágio representará uma etapa fundamental no meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, permitindo-me consolidar competências essenciais à prática clínica diferenciada e contribuir ativamente para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Referências bibliográficas

- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2014). User involvement in community mental health services – principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 289–297.
- Casimiro, A. C. J. F. G. (2023). *O papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da adesão terapêutica da pessoa com doença mental em contexto de internamento* (Relatório de Estágio). Repositório RCAAP.
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. (2024). Reforma de Saúde Mental: Três anos de transformação. <https://saudemental.min-saude.pt/>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Acesso a cuidados de saúde mental nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. https://www.ers.pt/media/5oopoywj/estudo_saude_mental_20_12_23.pdf
- Instituto Politécnico de Viseu. (2023). *Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (2023). Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmesmp-2023/>
- Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, T., Lourenço, H., Moreira, S., Martins, D., Horta, P., Quarenta, J., & Teixeira, T. (2024). Proposta de Critérios de Internamento em Psiquiatria. *Acta Médica Portuguesa*, 37(3), 160–162. <https://doi.org/10.20344/amp.20500>
- Nathan, R., Gabbay, M., Boyle, S., Elliott, P., Giebel, C., O’Loughlin, C., Wilson, P., & Saini, P. (2021). Use of acute psychiatric hospitalisation: A study of the factors influencing decisions to arrange acute admission to inpatient mental health facilities. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 696478. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.696478>

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

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Sundin, E., Björkman, A., & Carlsson, G. (2022). Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(4), 282–289. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2034222>

ANEXOS

Anexo I

Escala de Esperança de Herth

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHI-PT)

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

Data _____
Código _____

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

ANEXO II

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
☐ Quase sempre
☐ Muitas vezes
☐ Por vezes
☐ Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
☐ Tanto como antes
☐ Não tanto agora
☐ Só um pouco
☐ Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
☐ Sim e muito forte
☐ Sim, mas não muito forte
☐ Um pouco, mas não me aflige
☐ De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
☐ Tanto como antes
☐ Não tanto como antes
☐ Muito menos agora
☐ Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
☐ A maior parte do tempo
☐ Muitas vezes
☐ Por vezes
☐ Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:
☐ Nunca
☐ Poucas vezes
☐ De vez em quando
☐ Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
☐ Quase sempre
☐ Muitas vezes
☐ Por vezes
☐ Nunca

Escala de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) validada por Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007);

ANEXO III

CD-RISC (Connor Davidson Resilience Scale)

Instruções

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si, nesta **última semana**. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivesse ocorrido. Não deixe nenhuma questão por responder.

	Não verdadeira (0)	Raramente verdadeira (1)	Às vezes verdadeira (2)	Geralmente verdadeira (3)	Quase sempre verdadeira (4)
1. Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eu acredito que posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	☐	☐	☐	☐	☐

CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) validada por Faria Anjos J, Heitor dos Santos MJ, Ribeiro MT, et al (2019).