



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

E DEPOIS DO ADEUS ...

**A CONSTRUÇÃO DO LEGADO NO PROCESSO DE LUTO EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

Relatório Final de Estágio

SARA MARGARIDA RODRIGUES DO VALE

Coimbra, outubro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

E DEPOIS DO ADEUS ...

**A CONSTRUÇÃO DO LEGADO NO PROCESSO DE LUTO EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

Relatório Final De Estágio

SARA MARGARIDA RODRIGUES DO VALE

Orientador: Doutor, José Carlos Santos, Professor Coordenador, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre, Ana Rocha, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, outubro de 2025

“Quando alguém morre [...] é preciso escrever o final. O final da vida de quem morre, mas também o final da nossa vida em comum. Contar o que fomos um para o outro, dizer-nos todas as palavras belas necessárias, construir pontes sobre as fissuras, livrar a paisagem das ervas daninhas.”

Rosa Montero (2019), in *“A ridícula ideia de nunca mais te ver”*

Ao Fernando, ao Isaac, à Jasmim e à minha mãe “Tita”

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Santos pela sua sabedoria, serenidade, compreensão e pelo incentivo prestado durante todo este percurso formativo.

À Professora Mestre Ana Rocha, pela sua disponibilidade, dedicação e inspiração, que guiou esta etapa final, e tão desafiante, do meu trajeto académico.

À Carolina Bandeira e Catarina Lopes, por serem as melhores colegas de estágio, por cada momento e viagem partilhados e pela vossa amizade. Foram, sem dúvida, parcerias coesas e sinceras, nas quais explorámos o melhor de cada uma, refletindo-se em muito trabalho e dedicação.

Às minhas tutoras, Dina Inocência e Célia Querido, por terem sido verdadeiros exemplos como EEESMP. Levo comigo não apenas o que aprendi convosco, mas também o exemplo humano e profissional que aspirarei seguir no futuro.

À Enfermeira Sara Cunha, agradeço por acreditar no meu projeto profissional e por ser uma líder que motiva, inspira ações positivas e demonstra gentileza em cada ato.

Aos meus colegas e amigos do serviço de Cardiologia, agradeço pelos onze anos de cumplicidade, apoio e suporte neste momento tão importante.

À minha equipa da Unidade de Cuidados Paliativos, agradeço pelo acolhimento generoso, que tornou mais fácil integrar e conciliar a vida académica e profissional. Em especial: à Carla Matos, pelo incentivo, motivação e pelos momentos de promoção do autocuidado; à Ângela Carvalho, pelo companheirismo e por ter sido ouvinte de todas as horas; e, à Telma Pires, pelo carinho, pela ternura e amizade.

À Ana Raquel Coelho, que me acompanha desde a adolescência e que partilhou comigo mais esta aventura. Sou grata por todo o amor e cuidado que nos une, para além da profissão.

Aos amigos que são “Casa”, que sentiram os desafios destes dois anos, mas que me mostraram que estarão sempre presentes.

Por fim, mas sempre em primeiro lugar, agradeço ao meu marido, aos meus filhos e à minha mãe. Ao meu marido, pelo papel de maior impulsionador e timoneiro desta viagem. Aos meus filhos, que são o meu maior legado, pela tolerância, pelo amor e por cada abraço revigorante. E à minha mãe, por ser a minha inspiração, por me ter transmitido os melhores valores humanos e por me ensinar a olhar para os outros com compaixão, empatia e generosidade.

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório marca a conclusão do ciclo de estudos para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, apresentando uma análise crítica e reflexiva do percurso formativo e do desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos de estágio hospitalar, comunitário e de respostas diferenciadas. Reconhecendo a importância da saúde mental em todos os níveis de cuidados, foi realizada uma Revisão Crítica da Literatura com o propósito de mapear os benefícios das intervenções e estratégias de construção do legado no processo de luto (antecipatório, preparatório e pós-morte) em Cuidados Paliativos.

Objetivo: Evidenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Metodologia: As atividades desenvolvidas basearam-se na evidência científica, em modelos teóricos de Enfermagem e nos documentos regulamentadores da profissão de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Paralelamente, foi conduzida uma Revisão Crítica da Literatura, aproximada aos princípios metodológicos preconizados pelo Joanna Briggs Institute para uma *scoping review*, seguindo a estratégia População, Conceito e Contexto.

Resultados e Conclusões: A experiência formativa permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em todos os domínios de competência, refletindo um elevado crescimento pessoal e profissional. A Revisão Crítica da Literatura possibilitou concluir que as intervenções de legado mostram um impacto positivo e abrangente, favorecendo o sentido de vida, a preservação da identidade e o fortalecimento das relações afetivas no final de vida e no luto, mas as limitações metodológicas e amostrais dos estudos existentes exigem mais investigação, nomeadamente longitudinal, com amostras diversificadas e que explore diferentes formatos de registo do legado. O Enfermeiro Especialista assume um papel fundamental na conceção, implementação e avaliação destas intervenções, bem como na capacitação de outros profissionais, contribuindo para a expansão e consolidação destas práticas em diferentes contextos.

Palavras-chave: Competência Clínica; Intervenções de Enfermagem; Saúde Mental; Legado; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Background: This report marks the conclusion of the cycle of studies for obtaining a Master's degree and the title of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, presenting a critical and reflective analysis of the training path and personal and professional development in the contexts of hospital and community internships and differentiated responses. Recognizing the importance of mental health at all levels of care, a Critical Literature Review was conducted to map the benefits of interventions and strategies for building a legacy in the grieving process (anticipatory, preparatory, and post-death) in Palliative Care.

Objective: To highlight the acquisition and development of common and specific competencies of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Methodology: The activities developed were based on scientific evidence, theoretical nursing models, and regulatory documents for the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing profession. At the same time, a Critical Literature Review was conducted, following the methodological principles recommended by the Joanna Briggs Institute for a scoping review, using the Population, Concept and Context strategy.

Results and Conclusions: The training experience enabled the development of common and specific EEESMP skills in all areas of competence, reflecting significant personal and professional growth. The RCL made it possible to conclude that legacy interventions have a positive and comprehensive impact, promoting a sense of meaning in life, the preservation of identity and the strengthening of emotional relationships at the end of life and during bereavement. However, the methodological and sampling limitations of existing studies require further research, particularly longitudinal studies with diverse samples that explore different formats for recording legacies. The Specialist Nurse plays a key role in the design, implementation, and evaluation of these interventions, as well as in the training of other professionals, contributing to the expansion and consolidation of these practices in different contexts.

Keywords: Clinical Competence; Nursing Interventions; Mental Health; Legacy; Palliative Care.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CT – Consultoria

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EM – Entrevista Motivacional

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

JB – *Joanna Briggs Institute*

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

n.º - Número

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEESM - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

RCL – Revisão Crítica da Literatura

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCC -Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade de Saúde Local

VD – Visita Domiciliária

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção	74
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Mapa de conceitos	71
Tabela 2 - Extração das pesquisas	72
Tabela 3 - Codificação dos estudos selecionados.....	75
Tabela 4 - Mapeamento das intervenções de construção do legado e seus efeitos no processo de luto	76
Tabela 5 - Síntese das respostas às questões de revisão apresentadas por estudo...77	
Tabela 6 - Benefícios das intervenções para construção do legado no processo de luto.....	78
Tabela 7 - Limitações dos estudos	81

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	15
1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	15
1.1 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	15
1.2 ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	18
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	25
2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	25
2.1.2 Melhoria Contínua da Qualidade	29
2.1.3 Gestão dos Cuidados	32
2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	35
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	37
2.2.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.....	38
2.2.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	42
2.2.3 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	49
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	64
1. RESUMO.....	64
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	66
3. METODOLOGIA.....	71
3.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	71
3.2 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA	72

4. RESULTADOS.....	75
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	79
5.1 – LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS	82
6. CONCLUSÃO	84
REFLEXÃO FINAL	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Documentos de apoio à prática clínica em Enfermagem (Nota de Alta/Avaliação Inicial)

APÊNDICE 2 – Formação em Serviço “Processo de Enfermagem Baseado nos Referenciais Teóricos”

APÊNDICE 3 – *Flyers* informativos desenvolvidos na UCC

APÊNDICE 4 – “Guia do Cuidador”

APÊNDICE 5 – Declaração de frequência do “Curso Básico em Cuidados Paliativos”

APÊNDICE 6 – Certificado do “Curso de Comunicação em Saúde”

APÊNDICE 7 – Projeto de saúde mental “Treino de Habilidades de Interação Social em Pessoas com Patologia Dual”

APÊNDICE 8 – Projeto “Des(amor) no Namoro”

APÊNDICE 9 – Atividade “Rota do Coração”

APÊNDICE 10 – Atividade do Dia Mundial da Saúde Mental - *“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”*

APÊNDICE 11 – Atividade do Dia Mundial da Alimentação – “Descobre quem sou e diz-me o que faço!”

APÊNDICE 12 – Guiões das Entrevistas Motivacionais e Contrato Terapêutico (Cessação Alcoólica)

APÊNDICE 13 – Intervenção “História de Vida”

APÊNDICE 14 – Intervenção “Construção de Legado”

INTRODUÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021a), o presente documento constitui um instrumento fundamental na avaliação dos processos de aprendizagem, bem como na aquisição e desenvolvimento de competências, através da análise reflexiva, crítica e fundamentada na evidência científica, destacando as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios realizados e, posteriormente, da sua defesa pública perante um júri.

A elaboração deste trabalho constitui a etapa final para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), integrando o processo de certificação de competências definido pela OE, conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

A *World Health Organization* (WHO) (2021a) define saúde mental como um estado de bem-estar em que a pessoa reconhece e utiliza as suas capacidades, lida com as exigências do dia a dia, trabalha de forma produtiva e participa ativamente na comunidade.

No entanto, o panorama da saúde mental atual é preocupante e carece de medidas específicas para a sua promoção e para a prevenção da doença mental. Para tal, foi elaborado o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030, que destaca a importância de investimentos nesta área, dando relevância à formação de profissionais, inclusive enfermeiros, e estabelece quatro objetivos estratégicos para ação, sendo estes: liderança em saúde mental, serviços comunitários acessíveis, promoção e prevenção e fortalecimento da informação e evidência científica (WHO, 2021a).

Posteriormente, após construção do Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022 é dado o alerta para o aumento significativo das perturbações mentais de forma global e para a escassez de tratamento que afeta mais de 70% das pessoas identificadas, realçando que o suicídio permanece como uma das principais causas de morte entre os jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2022).

No que concerne ao panorama nacional e segundo o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro:

“As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9 %, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60 % destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental. Especificamente, a depressão afeta 10 % dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por quase 15 000 anos potenciais de vida perdidos (p.104).”

Deste modo e conforme o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto da OE, é primordial a formação de enfermeiros especialistas nesta área de atuação, uma vez que as pessoas que experienciam sofrimento, alterações ou perturbações mentais apresentam ganhos significativos em saúde quando acompanhadas por estes profissionais, evidenciando uma redução considerável no grau de incapacidade associado a essas condições.

O presente estudo surgiu do interesse pessoal e profissional pelos Cuidados Paliativos (CP), reconhecendo que a construção do legado pode ressignificar o sentido da vida, promover o bem-estar espiritual e existencial, fortalecer relações significativas e facilitar a adaptação ao luto.

Deste modo, e paralelamente à análise crítico-reflexiva da vertente prática inerente aos contextos de estágio foi delineado e implementado um percurso de investigação estruturado e intitulado de “E depois do adeus ... a construção do legado no processo de luto em Cuidados Paliativos”, com a formulação da seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de legado em Cuidados Paliativos são descritas e quais os efeitos reportados?”. Foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete, via Pubmed, e CINAHL *Complete*, via EBSCOhost.

Tendo em conta o exposto, este relatório tem como objetivos: analisar e refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMP; evidenciar o percurso percorrido no desenvolvimento dessas competências, através da aplicação da evidência científica na prática clínica; e, por fim, apresentar o estudo de investigação em Enfermagem. A metodologia adotada para a elaboração deste relatório baseia-se na pesquisa bibliográfica e na problematização das situações observadas no contexto clínico.

O presente documento estrutura-se em três partes: a primeira aborda a componente de estágio, com a contextualização dos locais, a descrição e análise crítica das atividades e a sua contribuição para o desenvolvimento das competências do EE e do EEESMP; a segunda refere-se à componente de investigação, consistindo numa Revisão Crítica da Literatura (RCL) aproximada aos princípios metodológicos de uma scoping review do Joanna Briggs Institute (JBI); e a terceira apresenta uma reflexão final sobre as competências adquiridas e a integração dos conhecimentos ao longo do processo de aprendizagem.

Este trabalho foi elaborado segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) (Conselho Pedagógico, 2024), tendo por base o Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final da ESENfC e as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição (APA, 2020).

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A componente clínica dos estágios integrados nos Mestrados em Enfermagem, que conferem o título de EE, tem como objetivo principal consolidar e expandir os conhecimentos e competências em Enfermagem nas diversas áreas de especialidade, neste caso, da ESMP (OE, 2021a).

Atualmente, as políticas de saúde mental destacam a importância de promover modelos de cuidados integrados e comunitários, orientados para a recuperação, a inclusão social e a promoção do bem-estar psicológico, reforçando o papel ativo da pessoa no seu processo terapêutico (WHO, 2021b).

Em Portugal, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que veio revogar o Decreto-Lei n.º 35/99, a organização dos serviços de saúde mental deve ser orientada para a recuperação integral da pessoa com doença mental e para a desinstitucionalização, privilegiando a reinserção comunitária. O mesmo diploma sublinha a necessidade de integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde primários, continuados e de reabilitação psicossocial, assegurando a continuidade e a proximidade dos cuidados, em consonância com as recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia.

No entanto, a prática da ESMP desenvolve-se em diferentes contextos, como unidades de internamento, Cuidados de Saúde Primários (CSP), equipas comunitárias e estabelecimentos de ensino, o que permite uma atuação abrangente e personalizada, centrada nas necessidades individuais da pessoa ao longo do seu ciclo vital.

Segue-se a descrição dos locais de estágio e caracterização das equipas respetivas, e consequentemente as áreas de atuação onde foram desenvolvidas atividades no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

1.1 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Este estágio foi realizado num Serviço de Patologia Dual de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro de Portugal, durante um período de dez semanas, entre 8 de maio e 5 de julho de 2024, tendo sido o primeiro contacto enquanto futura EE no cuidar da pessoa com perturbação psiquiátrica em situação aguda da doença e às suas famílias/pessoas significativas.

Segundo Szerman et al. (2017), a Patologia Dual é caracterizada pela presença simultânea de perturbações psiquiátricas, incluindo pelo menos uma de natureza aditiva (como uso de substâncias, jogo, internet, compras ou sexo). Essa condição resulta da interação entre fatores neurobiológicos e ambientais, impactando significativamente o indivíduo e seu entorno. O tratamento é complexo devido, não apenas à alta prevalência e baixa adesão terapêutica, como também a fatores pessoais, familiares, sociais e legais frequentemente associados.

O Serviço de Patologia Dual encontrava-se integrado num Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, que foi formalmente criado a 1 de janeiro de 2024, tendo como missão promover o tratamento, a reabilitação, a reintegração psicossocial e a investigação, com o intuito de reabilitar cognitivamente e funcionalmente a pessoa com doença mental, podendo a admissão no serviço ocorrer a qualquer hora do dia, em regime voluntário ou involuntário, por meio do Serviço de Urgência ou por via da Consulta Externa.

A estrutura física do serviço tinha a capacidade para treze camas: dez para pessoas do sexo masculino e três do sexo feminino, com possibilidade de ajuste conforme as necessidades. Este distribuía-se por dois pisos: no rés-do-chão encontravam-se cinco unidades (masculinas) e áreas comuns como refeitório, sala de estar, copa, sala de Enfermagem, sala de tratamentos, área de visitas e gabinetes da equipa; no primeiro andar existiam oito unidades (três delas femininas e as restantes masculinas), sala de reuniões, sala para dinâmicas de grupo e gabinetes técnicos. A ausência de elevador limitava o internamento de pessoas com dependência física no piso superior.

Aquando da realização deste estágio, a equipa multidisciplinar era composta por dezoito enfermeiros (doze enfermeiros com especialidade em ESMP e seis enfermeiros generalistas), quatro médicos psiquiatras, nove técnicos auxiliares de saúde, uma psicóloga (com presença física às terças-feiras), uma terapeuta ocupacional, uma assistente social (não permanente) e uma assistente administrativa.

A equipa de Enfermagem organizava o seu trabalho com base no método individual de trabalho em Enfermagem. Neste modelo, cada enfermeiro assumia a responsabilidade por um conjunto específico de intervenções, garantindo a prestação contínua e global de cuidados durante o seu turno. Este método reforça a importância da responsabilidade individual, assegura a continuidade e consistência dos cuidados prestados e promove a autonomia do enfermeiro, tanto na tomada de decisões clínicas, como na gestão do plano de cuidados (Ventura-Silva et al., 2021; Parreira et al., 2023).

A tomada de decisão em Enfermagem assentava em referenciais teóricos definidos pela instituição, sendo estes: a Teoria das Transições de Meleis, a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem e o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary.

As reuniões semanais realizadas em equipa multidisciplinar eram essenciais para a articulação da equipa e a centralidade da pessoa nos cuidados, funcionando como espaço de partilha e reflexão sobre os casos clínicos, sobretudo os de maior complexidade e vulnerabilidade. Contudo, persistia a limitação no encaminhamento para Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, excluindo pessoas com consumo ativo de substâncias, impossibilitando a integração social adequada de pessoas com esta tipologia de perturbações.

Paralelamente, realizava-se semanalmente a denominada reunião "comunitária", que envolvia não apenas a equipa, mas também as pessoas assistidas. Este momento visava fomentar a comunicação aberta e horizontal, proporcionando um espaço seguro para a partilha de experiências, sentimentos, preocupações, opiniões e expectativas relacionadas com o internamento. Ao valorizar a escuta ativa e a expressão emocional, esta reunião contribuía para a humanização dos cuidados, para a promoção dos processos de *recovery* e *empowerment*, das pessoas e para o fortalecimento da relação terapêutica.

Em conjunto, estes momentos de reunião revelavam-se indispensáveis para uma prática clínica integrada, centrada na pessoa, favorecendo a coesão da equipa e o envolvimento das pessoas no seu próprio processo de recuperação.

No serviço de Patologia Dual existiam diversos projetos em curso, dinamizados pela equipa de Enfermagem, sendo estes: o projeto de promoção de bem-estar físico e emocional através do *snoezelen*, o projeto de loga do Riso - combinava o riso incondicional com exercícios de respiração de ioga (*pranayama*) e que tem como lema "Rir sem motivo, ser feliz por escolha" -, e o projeto de Relaxamento associado a aromaterapia com óleos essenciais.

Sabe-se que "a terapia multissensorial de *snoezelen* consiste na criação de um ambiente terapêutico, onde são estimulados os sentidos através da luz, cheiro, toque, som e visão, com recurso a equipamentos próprios, proporcionando relaxamento e bem-estar" (Costa, 2019, p. 4). Por esse motivo, o projeto desenvolvido pela equipa de Enfermagem, com recurso a essa intervenção terapêutica encontrava-se em processo de acompanhamento, com vista à sua proposta como projeto de melhoria contínua da qualidade da instituição.

Simultaneamente, o serviço desenvolveu um projeto de boas práticas intitulado "SOS DUAL", com a colaboração da equipa multidisciplinar, tendo sido estruturado em quatro grupos distintos: Grupo da Família, Grupo de Risco/Crise, Grupo da Experiência na Primeira Pessoa

e Grupo Pós-Alta. Estes grupos estavam organizados com base nas necessidades distintas das pessoas e das suas redes de suporte, ao longo de diferentes fases do processo terapêutico e de recuperação. Cada grupo tinha uma finalidade específica, proporcionando apoio, educação, partilha e acompanhamento personalizado.

Complementarmente, a instituição dispunha do projeto “Casa das Artes”, que visava estimular diversas formas de expressão artística nas pessoas, através de atividades como a olaria, arte bruta, escrita criativa, sessões mensais de cinema e iniciativas de música.

1.2 ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

O estágio em questão teve lugar numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de uma ULS pertence à Região Centro de Portugal, ao longo de onze semanas, entre 16 de setembro e 29 de novembro de 2024, tendo como foco de atuação a pessoa ao longo do ciclo vital, numa vertente de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

A UCC, enquanto unidade funcional do Centro de Saúde (CS) local, encontrava-se integrada na ULS supramencionada, desde janeiro do referido ano, conforme determinado pelo Decreto-Lei n.º 102/2023. Esta unidade prestava cuidados de saúde, apoio psicológico e social tanto ao domicílio, como na comunidade, com especial enfoque em grupos vulneráveis e em pessoas em situação de risco, dependência ou doença crónica que exigiam acompanhamento contínuo.

A sua área de intervenção abrangia não apenas os residentes do concelho, mas também pessoas provenientes de outros centros de saúde que habitassem, trabalhassem ou estudassem na área de abrangência.

A principal missão da UCC consistia na promoção da saúde da comunidade, em articulação com os objetivos da ULS, mantendo simultaneamente autonomia técnica e organizativa. Para tal, a unidade colaborava estreitamente com outras unidades funcionais dos CSP e com as Equipas Coordenadoras Locais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, bem como com as diversas instituições parceiras da comunidade.

Aquando da realização do estágio, a população abrangida pela UCC correspondia a 34.212 habitantes, distribuídos pelas 14 freguesias do concelho a que pertencia, sendo que o CS registava 33.477 pessoas inscritas.

A atuação da unidade pautava-se por princípios como a promoção da saúde, a prevenção da doença e a criação de redes de apoio para os grupos mais vulneráveis, em consonância com as orientações do Plano Nacional de Saúde.

A sua visão assentava na prestação de cuidados de proximidade com qualidade e eficiência, sustentada pelo respeito à individualidade de cada pessoa, pela promoção da autonomia e dos direitos da pessoa, pela organização dos serviços, conforme as necessidades da comunidade e pela continuidade dos cuidados, através do trabalho em equipa e da articulação interinstitucional.

Nesse sentido, a UCC comprometia-se a garantir um atendimento personalizado e eficiente, assegurando a privacidade e o sigilo profissional. Para além disso, promovia a equidade e acessibilidade aos cuidados, assegurando a qualidade dos serviços prestados e respondendo às necessidades das pessoas nas diversas áreas da saúde, incluindo promoção, prevenção, cuidados curativos, paliativos e reabilitação. Para tal, estabelecia parcerias na comunidade e valorizava a participação das pessoas na melhoria contínua da qualidade dos serviços, em alinhamento com os requisitos definidos pela Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas.

A equipa multidisciplinar da UCC era composta por dezasseis profissionais: nove enfermeiras (entre as quais uma enfermeira especialista em ESMP), um médico, uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, um fisioterapeuta, uma assistente operacional e uma assistente técnica.

A equipa de Enfermagem integrava profissionais com competências especializadas em diversas áreas, como ESMP, Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e Enfermagem de Reabilitação, todas estas inseridas na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O trabalho da equipa multidisciplinar da UCC era desenvolvido com autonomia, segundo as competências regulamentadas para cada área de especialidade e alinhado com os objetivos definidos nos projetos aos quais os profissionais estão integrados, sendo a sua atuação articulada entre os membros da equipa, outras unidades do ACeS e parceiros da comunidade.

A UCC funcionava de segunda a sexta-feira, das 8 horas (h) às 17h, com os profissionais a cumprirem 35h semanais. A ECCI pode, quando necessário e de forma programada, estender o seu horário até às 20h00 durante a semana, e funcionar aos fins de semana e feriados das 9h às 17h, atendendo que as visitas domiciliárias eram organizadas de acordo com as necessidades da pessoa assistida e numa gestão eficiente dos recursos.

A metodologia de trabalho adotada era por projetos, promovendo uma abordagem colaborativa, orientada para a resolução de problemas reais, com planeamento, execução e

avaliação integrados, o que favorece a autonomia, o pensamento crítico e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A UCC em questão desenvolveu um vasto conjunto de programas e projetos com vista à promoção da saúde e ao apoio às populações, entre os quais destacaram-se: o Programa “Junto de Si” (dinamizado pela ECCL), o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, o Programa “Mais Contigo”, os projetos “Reabilitar” e “Habilitar para Melhor Respirar” e a “Intervenção Combinada de Exercício Físico e Terapia de Reminiscência” (em parceria com a ESEnfC).

Por sua vez, a UCC estabelecia articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, assegurando uma resposta integrada e multidisciplinar às situações de vulnerabilidade. Paralelamente, os profissionais da UCC eram responsáveis pela dinamização de diversas ações comunitárias de promoção da saúde e prevenção da doença, dirigidas à população em geral.

A UCC revelou-se um espaço privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento no âmbito da área de psiquiatria de ligação, proporcionando experiências significativas associadas ao papel do EEESMP em diversos contextos. Destacaram-se, por exemplo: as intervenções no âmbito da Saúde Escolar, pelo trabalho de proximidade com crianças e adolescentes, centrado na gestão emocional, no controlo da ansiedade e no apoio individualizado prestado através do Gabinete de Apoio Pedagógico; o Programa “Mais Contigo” promovendo ações de sensibilização e psicoeducação em dois agrupamentos escolares do concelho, com envolvimento de alunos, de encarregados de educação e da comunidade escolar; a Intervenção Combinada de Exercício Físico e Terapia de Reminiscência, desenvolvida em parceria com a ESEnfC, na qual se torna evidente o reconhecimento e a valorização por parte das pessoas face ao trabalho desenvolvido pelo EEESMP, fruto da relação terapêutica sólida e significativa que é estabelecida ao longo do processo; e a atuação no projeto onde se insere a iniciativa “Rota do Coração”, onde o enfermeiro de ESMP assumiu um papel central na promoção do bem-estar psicológico da comunidade, através da dinamização de sessões de relaxamento e *mindfulness*, bem como de ações de sensibilização e educação para a saúde mental, contribuindo ativamente para o aumento da literacia em saúde e para a desmistificação das perturbações mentais, com atividades para todas as faixas etárias.

A recetividade e dedicação da enfermeira especialista de ESMP da UCC, aliadas à sua vasta experiência no domínio da ESMP em contexto comunitário e ao envolvimento que demonstrou em todas as dinâmicas relacionadas com a comunidade, constituíram sem dúvida, uma oportunidade enriquecedora para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista

de ESMP. Através deste estágio, foi possível clarificar o papel de extrema importância que o EEESMP detém numa equipa da UCC, uma vez que promove o bem-estar da comunidade nos diferentes contextos (familiar, laboral, escolar) e nas diferentes fases de desenvolvimento, previne perturbações através dos cuidados de proximidade e apoia a reinserção social da pessoa, fazendo parte da tríade de intervenção (pessoa/família/rede de apoio).

1.3 ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio realizou-se numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), de uma ULS que pertence à Região Centro de Portugal, ao longo de nove semanas, entre 2 de dezembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025.

Esta equipa foi criada com o objetivo de colmatar a ausência de CP comunitários na região, tendo iniciado a sua atividade em novembro de 2021, em conformidade com a legislação em vigor, nomeadamente a Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, 2012) e os Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos CP em Portugal Continental para os biénios de 2019/2020 e 2021/2022, com reformulação da equipa após a resolução do plano homólogo para o biénio 2023-2024 (Comissão Nacional de CP [CNCP], 2023).

A criação das ECSCP estava contemplada na Lei de Bases da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), cuja missão principal consiste na prestação de CP a pessoas com doenças graves, incuráveis e em fase avançada.

A RNCP visa promover o bem-estar das pessoas, oferecendo apoio técnico especializado e garantindo a qualidade contínua dos cuidados. Deste modo, a equipa apoiava a formação de cuidadores informais, facilitava a articulação entre serviços de saúde e assegurava acesso equitativo aos CP, especialmente para quem desejava permanecer em casa.

A ECSCP atuava em quatro concelhos, abrangendo cerca de 135 mil habitantes, com foco em pessoas e famílias com doenças graves e progressivas, que optavam por cuidados no domicílio ou em unidades especializadas. A sua missão era fornecer cuidados de alta qualidade de forma eficiente e sustentável, com uma abordagem integrada, em colaboração com outros serviços de saúde e entidades comunitárias. Com uma equipa especializada, a ECSCP promovia o conforto, a dignidade e a qualidade de vida das pessoas e suas famílias, baseando-se nos princípios da humanização dos cuidados e na articulação eficaz entre cuidados hospitalares e primários.

A criação e o funcionamento da ECSCP foram facilitados pelo apoio da Fundação “la Caixa”, que assegurou o financiamento inicial do projeto por um período de cinco anos, cumprindo os requisitos legais definidos.

A equipa multidisciplinar era constituída por cinco enfermeiros especialistas (três em ESMP e dois em Enfermagem de Reabilitação), dois médicos, uma psicóloga e uma assistente social. As suas atividades decorriam de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h, e aos sábados, das 9h às 13h, estando este último horário reservado para situações urgentes, nomeadamente em fim de vida. Porém, em casos de maior complexidade, os profissionais estavam disponíveis para intervenções presenciais ou por telefone fora do horário habitual. A ECSCP dispunha de uma sala ampla de trabalho, onde enfermeiros, médicos e assistente social partilhavam o mesmo espaço, sendo propício para a discussão de casos clínicos e partilhas, no momento e em equipa.

A equipa multidisciplinar orientava-se por valores como: a dignidade, que envolvem tratar a pessoa com respeito, empatia e compaixão; a cooperação e partilha, promovendo a colaboração entre cuidadores formais e informais para um cuidado mais eficaz; e o compromisso de serviço, assegurando uma organização justa e igualitária. Além disso, valorizava a inovação, buscando otimizar e atualizar continuamente os cuidados, e o trabalho em equipa, incentivando a colaboração na resolução de problemas e decisões conjuntas. Estes valores garantiram cuidados respeitosos, alinhados com os objetivos de vida da pessoa e da sua família, no contexto domiciliário.

Para promover uma prestação de cuidados sistematizada e coerente, a equipa desenvolveu um Manual de Procedimentos que orientava as intervenções e definia responsabilidades. O manual organizava-se em três áreas principais: processos de organização e gestão (avaliação inicial, procedimentos internos, mapa de atividades assistenciais e compromisso de confidencialidade), processos assistenciais (acompanhamento de pessoas, seguimento do luto, consultas ao cuidador, conferências familiares e registo de diretivas antecipatórias de vontade) e processos de suporte (triagem de referências internas e externas via plataformas digitais).

Após a referência, o enfermeiro coordenador ou o seu representante contactava a pessoa ou o cuidador para recolher dados e agendar a primeira Visita Domiciliária (VD), a qual ocorria entre as 48 e as 72h após o contacto, dependendo da situação, contando com a presença de um médico, um enfermeiro e a assistente social.

Durante esta VD inicial era realizada uma avaliação clínica e funcional exaustiva da pessoa e família, com recurso a diversos instrumentos e modelos teóricos, como: a Escala de Avaliação

de Sintomas de Edmonton (ESAS), o Índice de Barthel (para avaliação funcional), a *Palliative Performance Scale* (PPS) e o Índice de Karnofsky (para avaliar o estado geral de saúde da pessoa), a Escala de Zarit (para medir a sobrecarga do cuidador), bem como o modelo de Kübler-Ross (para análise do processo de adaptação à doença por parte da pessoa e família). Este processo estruturado garantia um acompanhamento integrado, eficaz e ajustado às necessidades das pessoas e suas famílias.

As pessoas acompanhadas no domicílio tinham perfis clínicos variados, desde aquelas em fase terminal, com elevada dependência, até pessoas com sintomas controlados e autonomia para os autocuidados. A periodicidade do acompanhamento era determinada pela complexidade do caso, avaliada através do Instrumento Diagnóstico de Complexidade em CP (IDC-Pal) e pela avaliação clínica. Deste modo, pessoas de alta complexidade recebiam acompanhamento semanal da equipa multidisciplinar, enquanto os de complexidade baixa ou intermédia eram acompanhados quinzenalmente em regime de consultoria (CT). As visitas e continuidade dos cuidados eram ajustadas às necessidades específicas, com decisões revistas nas reuniões semanais. Quando necessário, os cuidados eram transferidos para os CSP, garantindo uma resposta contínua e articulada. Este modelo assegurava cuidados eficazes, personalizados e respeitosos, promovendo a dignidade e qualidade de vida das pessoas em todas as fases da doença.

Sempre que necessário, a ECSCP organizava conferências familiares ajustadas às necessidades da pessoa, envolvendo os familiares ou pessoas de referência mencionadas para obtenção dos objetivos definidos, fossem eles: esclarecer os objetivos dos cuidados, informar sobre o estado clínico, avaliar as preocupações, desejos e expectativas da família, identificar recursos comunitários disponíveis, avaliar o apoio e sofrimento familiar, facilitar a gestão de conflitos, e apoiar a tomada de decisões.

A equipa de Enfermagem organizava-se segundo o método individual de trabalho em Enfermagem em que, tal como referido anteriormente, cada profissional assumia a responsabilidade por intervenções específicas no apoio domiciliário, garantindo cuidados contínuos e integrados durante o turno. Este modelo valoriza a autonomia, a responsabilidade individual e a continuidade na prestação de cuidados (Ventura-Silva et al., 2021; Parreira et al., 2023).

Em relação ao trabalho desenvolvido enquanto equipa multidisciplinar, considerava-se que assentava no Modelo Cooperativo com Intervenção nas Crises, pois promove uma colaboração e articulação contínua entre os diferentes intervenientes, garantindo acessibilidade permanente aos dois tipos de intervenção — curativa e paliativa — desde o início do processo de doença e, desta forma, possibilita uma resposta integrada e adaptada

às necessidades da pessoa e família, ao longo de todo o percurso da doença (Capelas et al., 2016).

Considerando que a ECSCP estava integrada numa ULS com referenciais teóricos bem estabelecidos, como a Teoria das Transições de Meleis, a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem e o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, pode afirmar-se que a tomada de decisão em Enfermagem se apoiava nestes fundamentos. Contudo, ao analisar a prática da equipa de Enfermagem, destaca-se também a importância da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba como um elemento essencial na ECSCP, uma vez que esta teoria respondia às necessidades físicas, emocionais e existenciais em CP.

A Teoria do Conforto de Kolcaba tem como foco a promoção do conforto integral da pessoa e sua família, percebendo o conforto como uma experiência imediata de bem-estar que abrange os aspetos físico, psicológico, social e ambiental. O enfermeiro, ao identificar as necessidades de conforto, desenvolve intervenções específicas que melhoram o bem-estar e incentivam práticas saudáveis, contribuindo tanto para o benefício da pessoa, quanto para a qualidade dos cuidados prestados (Silva & Nascimento, 2023).

A vivência na ECSCP permitiu, de forma muito concreta, experienciar os princípios da Teoria do Conforto de Kolcaba, uma vez que ao longo deste percurso, tornou-se evidente como a promoção do conforto, em todas as suas dimensões, pode ser um elemento central no cuidar. Foi justamente nessa prática que emergiram aprendizagens que transcenderam o âmbito académico, dando lugar a uma experiência profundamente transformadora, marcada pelo crescimento pessoal, pela autorreflexão e pela valorização da dimensão humana do cuidado.

Após este estágio ficou evidente o papel do EEESMP e a sua importância numa equipa de CP, tanto pelo suporte que proporciona na gestão do sofrimento psicológico da pessoa e família ao longo do processo de doença, como no acompanhamento do luto. As suas competências comunicacionais permitem estabelecer uma relação terapêutica e empática, facilitando o diálogo sobre temáticas sensíveis, como medos, desejos e necessidades, e atuando junto da equipa multidisciplinar como apoio perante o desgaste emocional, promovendo o autocuidado dos profissionais.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Durante este percurso académico foram desenvolvidas as competências essenciais do EEESMP, abrangendo tanto as competências comuns, como as específicas, tendo sido reforçadas e aprofundadas através das diversas experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio.

No enquadramento seguinte serão descritas as atividades que favoreceram a aquisição e o desenvolvimento dessas competências, acompanhadas por uma reflexão crítica e fundamentada em documentos normativos da profissão, nomeadamente o regulamento que aborda as competências comuns do EE da OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), o regulamento que define as competências específicas do EEESMP da OE (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da OE (PQCEESM) (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho), e em literatura científica pertinente.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), correspondem às competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, evidenciadas por uma elevada capacidade para conceber, gerir e supervisionar cuidados, sustentando de forma efetiva o exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e consultoria, assegurando maior transparência na comunicação sobre os cuidados especializados prestados.

As mesmas estão organizadas em quatro domínios, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme definido no respetivo enquadramento normativo (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal traduzem-se na capacidade de o EE exercer a sua prática, na área de especialidade, de forma ética e de acordo com o enquadramento legal vigente.

De acordo com o mesmo Regulamento, o EE deve fazê-lo de forma segura, ética e profissional, aplicando competências de tomada de decisão baseadas em princípios éticos,

bioéticos e deontológicos, integrando-os na avaliação contínua das melhores práticas e das necessidades e preferências da pessoa cuidada, num ambiente terapêutico, em consonância com a Deontologia Profissional do Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) que reforça a importância de uma prática clínica eticamente baseada no respeito pela autonomia da pessoa e na promoção de segurança e qualidade nos cuidados prestados à pessoa e família.

Esta abordagem implica um compromisso ético centrado na pessoa, que assegure o respeito por princípios e valores fundamentais, como a dignidade humana, a privacidade, a confidencialidade de dados, o acesso à informação esclarecida e o consentimento informado, conforme estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (Nações Unidas, 2023), e espelhado no Regulamento das Competências Comuns do EE, onde é evidenciado que o EE “Promove a proteção dos direitos humanos” e “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746).

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, compreendo ter assegurado ao máximo o respeito pelos princípios da privacidade e intimidade das pessoas. No entanto, aquando do estágio na ECSCP, esta premissa tornou-se um desafio, uma vez que no âmbito dos cuidados domiciliários, a presença frequente de vários elementos da família junto da pessoa, durante a VD, tende a condicionar em pleno a concretização destes princípios. Devo mencionar como elementos facilitadores da salvaguarda dos mesmos a experiência, dinâmica e coesão da equipa multidisciplinar presente na VD.

Por outro lado, assegurei sempre o cumprimento rigoroso dos princípios éticos e legais que orientam a prática da Enfermagem de saúde mental, garantindo cuidados centrados na pessoa e prestados com responsabilidade. As intervenções desenvolvidas, enquanto futura EE na área de saúde mental, tiveram como principal objetivo a promoção da saúde mental da pessoa, da família e da comunidade, bem como a prevenção de perturbações mentais e o apoio ao tratamento e recuperação da pessoa que vive com doença mental. Este trabalho foi pautado por uma presença próxima e contínua nos contextos familiar e comunitário, de forma empática e humanista, alicerçada em valores fundamentais como a igualdade, liberdade de expressão, honestidade, justiça, equidade, altruísmo e solidariedade.

Com vista à consolidação da competência relativa à responsabilidade profissional, ética e legal, empenhei-me, desde o primeiro contacto com a pessoa cuidada e família/pessoa de referência, em estabelecer uma comunicação clara, aberta e honesta. Considero que apresentei uma conduta ética e profissional, desde logo pela minha identificação e apresentação adequada, pela explicação do planeamento de cuidados e intervenções

previstas, garantindo que fossem devidamente compreendidas e consentidas. No decurso dos diversos estágios, adotei uma postura de escuta ativa e presença empática, ajustando continuamente os cuidados às necessidades, às preferências e ao contexto de vida de cada pessoa, promovendo uma relação terapêutica baseada no respeito mútuo e na confiança.

Ao longo do meu percurso no cuidado à pessoa com doença mental, mais especificamente no contexto hospitalar, tive a possibilidade de integrar na prática os princípios orientadores da nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, 2023), em vigor desde agosto de 2023, no que diz respeito aos critérios instituídos para o recurso ao tratamento involuntário. Atendendo que a lei supramencionada veio reforçar e clarificar os direitos e deveres das pessoas em situação de vulnerabilidade psíquica, estabelecendo os limites legais à restrição dos seus direitos e assegurando a proteção da sua liberdade e autonomia, tornou-se premente a participação da pessoa na elaboração do seu plano de cuidados e no seu envolvimento nas decisões sobre o regime terapêutico.

Deste modo, entendo que todos os planos de intervenção foram construídos com base numa abordagem centrada na pessoa, respeitando a sua autodeterminação, crenças, desejos, história de vida e contexto, desenvolvidos em estreita colaboração com a própria pessoa, bem como com os seus familiares, cuidadores ou pessoas de referência, promovendo uma verdadeira parceria terapêutica que valoriza a participação ativa e informada na definição dos objetivos e estratégias de cuidado.

Outro referencial orientador para as decisões éticas em Enfermagem são os princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Entendo que todos são de extrema importância, porém saliento o princípio da beneficência como o pilar basal no cuidar, pois orienta a intervenção no sentido de promover o bem-estar da pessoa, maximizando os benefícios e reduzindo os potenciais riscos ou danos. Este aspeto está intimamente ligado ao princípio da não maleficência, que impõe ao profissional o dever de não causar dano através das suas ações (Filho, 2016; Guerreiro et al., 2023).

Considero que ao longo deste percurso académico a minha prática foi sustentada nos princípios bioéticos, procurando sempre atender às necessidades, desejos e vontades da pessoa, oferecendo o melhor cuidado possível, de forma equitativa, procurando a maximização dos benefícios sem provocar danos. Destaco como exemplos marcantes: as intervenções planeadas e realizadas, tanto individuais, como de grupo, que tiveram como premissa a atuação em benefício da pessoa e do seu bem-estar, com a distribuição equitativa de recursos e oportunidades e o respeito pela vontade de uma adolescente, em contexto comunitário, que aquando o acompanhamento em gabinete de apoio na escola que frequentava, optou por não permitir a presença de estudantes do Mestrado em ESMP durante

a consulta, decisão essa que foi integralmente acolhida, valorizando a sua vontade, a autonomia e o conforto da mesma.

Todos os contextos experienciados ao longo do estágio contribuíram significativamente para o desenvolvimento do domínio ético-legal, permitindo uma reflexão contínua sobre os direitos, deveres e responsabilidades no exercício profissional. No entanto, a experiência vivenciada na ECSCP revelou-se particularmente enriquecedora neste âmbito. Em contexto de CP é frequente o confronto com dilemas éticos complexos que vão desde a obstinação terapêutica - prolongando intervenções desproporcionadas face ao prognóstico - até à chamada “conspiração do silêncio”, que impede a pessoa de ter conhecimento pleno sobre a sua condição. Estes desafios exigem do profissional um exercício constante de discernimento moral, pautado pelos princípios éticos, pelo respeito pela autonomia da pessoa e pelo compromisso com uma prática centrada na dignidade e no cuidado humanizado.

A obstinação terapêutica alimenta uma falsa esperança à custa do aumento do sofrimento da pessoa, sem lhe trazer benefícios, sendo considerada uma prática inadequada (Neto, 2022). A Lei n.º 31/2018, de 18 de julho (2018), no seu artigo 4.º, estabelece que as pessoas em situação de doença avançada e em fim de vida têm o direito a receber cuidados alinhados com os objetivos definidos no seu plano terapêutico, previamente discutido e acordado, ou seja, respeitando a sua autonomia, evitando-se intervenções desproporcionadas que prolonguem ou agravem o seu sofrimento.

Segundo Guerreiro et al. (2023), a autonomia é um direito fundamental da pessoa, refletindo-se na sua capacidade de tomar decisões informadas sobre os cuidados que recebe, com base nos seus valores e objetivos, e negar este direito compromete a dignidade da pessoa. O respeito pela autonomia está intrinsecamente associado ao consentimento livre e esclarecido, o que requer uma comunicação transparente e compreensível, permitindo à pessoa tomar decisões conscientes e informadas, priorizando os desejos da pessoa e as expectativas da família e cuidadores, e promovendo o bem-estar de todos os intervenientes (Guerreiro et al., 2023).

Em CP, uma comunicação clara e honesta é essencial para aliviar o sofrimento, promover a aceitação e evitar a “conspiração do silêncio”, que agrava a angústia da pessoa ao ocultar a realidade da sua condição (Faustino & Aguadeiro, 2021). Deste modo, o profissional deve assegurar o acesso à informação desejada, de forma compreensível, sendo eticamente inaceitável omiti-la.

A experiência vivenciada na ECSCP permitiu-me destacar a articulação entre a equipa multidisciplinar como o fator essencial para garantir a continuidade de cuidados, refletindo o

compromisso com princípios como a compaixão, o respeito e a equidade, e conferindo dignidade ao processo de fim de vida. Tive oportunidade de acompanhar várias situações em que a vontade da pessoa em permanecer em casa foi respeitada, sempre que clinicamente viável e seguro, indo ao encontro das preferências expressas em estudos recentes, que revelam que cerca de 65% das pessoas com mais de 75 anos preferem morrer no seu domicílio (Nunes, 2020).

Em síntese, o desenvolvimento de competências no domínio ético-legal concretizou-se de forma natural e integrada na prática diária ao longo dos diferentes contextos de estágio. As atividades que desenvolvi permitiram: maximizar os benefícios para a pessoa, promover a autonomia da pessoa, envolvendo-a ativamente nas decisões sobre os seus cuidados e respeitando sempre a sua autodeterminação; garantir que o consentimento informado fosse obtido de forma clara e compreensível; respeitar a confidencialidade e a privacidade; e adaptar os cuidados prestados às crenças, valores e necessidades individuais, assegurando uma abordagem centrada na pessoa.

2.1.2 Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, compete ao EE assumir um papel ativo e impulsionador no apoio e desenvolvimento de iniciativas estratégicas promovidas pela instituição no âmbito da governação clínica, implementar práticas orientadas para a qualidade, participar e colaborar em programas de melhoria contínua e assegurar um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

A qualidade em saúde é uma responsabilidade partilhada por diversas profissões e deve ser adaptada à realidade de cada contexto local, com a implementação de sistemas de qualidade na área da saúde, representando uma prioridade estratégica fundamental (OE, 2001).

A OE desempenha um papel central na definição e promoção de padrões de qualidade, estabelecidos pelo Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho (2015). Este regulamento define os padrões de qualidade do exercício profissional de Enfermagem, com foco específico na Enfermagem de Saúde Mental, visando clarificar o papel do EEESMP, tanto junto das pessoas cuidadas, como dos profissionais de saúde, sociedade e decisores políticos (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, 2015).

Deste modo e segundo o Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho (2015):

Para a Enfermagem especializada de saúde mental foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de

complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social (p.17034).

Estes enunciados servem também como base orientadora para a criação de programas de melhoria contínua da qualidade e como referência dos cuidados prestados, tanto no que diz respeito aos resultados mínimos esperados, como aos melhores resultados possíveis de alcançar.

No âmbito da competência comum relacionada com a melhoria contínua da qualidade, no estágio em contexto hospitalar, no Serviço de Patologia Dual, tive a oportunidade de participar numa reunião de aconselhamento para a criação de um projeto de melhoria continua no âmbito da promoção de bem-estar físico e psíquico, através da utilização da sala de *snoezelen*, entre os grupos de trabalho - elementos da equipa de Enfermagem do serviço e a equipa responsável pela monitorização do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, do Departamento de Qualidade da ULS, seguindo a aplicação do Ciclo de *Deming* e as etapas de Heather Palmer, preconizados pela instituição.

Esta experiência proporcionou uma reflexão significativa sobre os desafios que as equipas enfrentam na concretização de iniciativas de melhoria e inovação nos cuidados, especialmente quando existe uma discrepância entre os resultados obtidos na prática e a perceção que deles têm as instituições. Após essa reunião, foi promovido um momento de partilha entre os profissionais envolvidos no projeto e as alunas do MESMP, com o objetivo de recolher *feedback* sobre o processo em questão. Constatou-se que a ausência de profissionais com especialização em ESMP na equipa de acompanhamento possa ter sido um fator dificultador para a perceção dos ganhos em saúde obtidos junto das pessoas assistidas.

Paralelamente, no contexto hospitalar, colaborei nas auditorias internas aos processos de Enfermagem do Serviço de Patologia Dual, com a enfermeira auditora, tendo como principal foco o diagnóstico de situação em relação à documentação gerada referente às notas de alta e às avaliações diagnósticas realizadas até à data. Desta colaboração resultou a elaboração de dois documentos de apoio à prática clínica em Enfermagem, sendo um direcionado à sistematização da Avaliação Inicial e outro à estruturação da Nota de Alta (Apêndice 1).

A apresentação dos documentos anteriormente referidos integrou-se numa ação de formação em serviço, dinamizada por mim e pela colega do MESMP, sob o tema “Processo de Enfermagem Baseado nos Referenciais Teóricos”, concretizada a 4 de junho de 2024. A realização desta formação foi motivada pelos resultados obtidos nas auditorias internas aos processos de Enfermagem, que evidenciaram não conformidades, tanto em relação à

informação produzida nas avaliações iniciais dos processos auditados, como a nível das notas de alta, e baseada nas dificuldades manifestadas individualmente pelos elementos da equipa, designadamente na aplicação prática dos referenciais teóricos no contexto assistencial (Apêndice 2).

Outro dos momentos que destaco durante este percurso académico, no que concerne ao desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, prende-se com a ação de formação em serviço na UCC sobre a avaliação de risco de suicídio. A formação foi dirigida à equipa multidisciplinar de uma Unidade de Saúde Familiar, do CS local, enfatizando-se a importância da colaboração entre diferentes profissionais de saúde e realçou a necessidade de integrar cuidados de saúde mental na população local. A partilha de conhecimento, liderada pela enfermeira especialista em ESMP, contribuiu para uma visão mais holística do cuidado, permitindo planeamentos de intervenção mais eficazes e adaptados à realidade.

O foco da formação incidiu sobre ferramentas e técnicas para avaliar o risco de suicídio, detalhando fatores de risco e fatores protetores relacionados a comportamentos suicidários, sendo que a capacitação prática no uso destas ferramentas aumentou a capacidade da equipa para identificar sinais de alerta precocemente — uma competência considerada fundamental como futura enfermeira especialista, com o objetivo de prevenir comportamentos autolesivos e suicidas na população. Esta ação revelou lacunas no conhecimento técnico e impacto negativo de crenças estigmatizantes sobre suicídio na equipa multidisciplinar, tornando-se evidente que aumentar a literacia em saúde mental entre profissionais é crucial, especialmente mediante programas de formação contínua que reúnam conteúdo teórico, práticas reflexivas e atitudes empáticas, pois, não só fortalece a capacidade de resposta individual perante crises, como também promove cuidados mais integrados e adequados na comunidade.

Durante o estágio em contexto comunitário foi possível elaborar diversos materiais destinados a promover a literacia em saúde junto da comunidade, incluindo panfletos e *flyers* informativos. Esses materiais foram produzidos, tanto para projetos da UCC ligados ao Plano Nacional de Saúde Escolar, quanto para iniciativas dirigidas à própria equipa da UCC. Atendendo ser uma das ferramentas de comunicação mais tradicionais e eficazes utilizadas por profissionais de saúde, serviram para sensibilizar a população sobre os temas de saúde abordados. Como tal, destaco os que foram elaborados subordinados aos seguintes temas: Dia Mundial da Alimentação; Autocuidado - Dia Mundial Saúde Mental; Intervenção Combinada de Terapia de Reminiscência e Exercício Físico; Violência no Namoro (Apêndice 3).

Durante o estágio na ECSCP, no âmbito de respostas diferenciadas, dediquei especial atenção ao cuidador, reconhecendo-o também como foco dos meus cuidados, tal como preconizado pela legislação em vigor (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro), uma vez que considero essencial dar suporte ao agente primordial do cuidar pelo risco elevado de exaustão física e emocional a que está exposto, e na procura de garantir um ambiente terapêutico e seguro para a pessoa, tal como é definido pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), atendendo que o EE deve promover “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (p. 4747).

Esta abordagem vai ao encontro do que é preconizado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP 2023-2024, que valoriza cuidados centrados na pessoa, na família e nos cuidadores como prioritários (CNCP, 2023).

Com base nesta orientação, elaborei um guia para cuidadores (Apêndice 4), com o objetivo de promover a capacitação dos mesmos no cuidado à pessoa em situação paliativa, promovendo dignidade e qualidade nos cuidados, no âmbito da minha avaliação como futura enfermeira especialista em ESMP. O guia incluía definição do problema, vinhetas clínicas, estratégias não farmacológicas e um diário para registo de dúvidas, tendo sido submetido à avaliação da ECSCP e com o intuito de vir a ser complementado por colegas em estágio no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os documentos produzidos no decurso dos diferentes contextos de estágio, fundamentados em evidência científica, permitiram aplicar conhecimentos e implementar intervenções focadas na melhoria contínua da qualidade da prática profissional de Enfermagem. Estes contributos revelaram-se essenciais para o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas.

2.1.3 Gestão dos Cuidados

No que se refere ao domínio de gestão de cuidados, e segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), o EE “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, bem como “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

De facto, em todos os contextos de estágio, tive a oportunidade de participar em reuniões de equipa multidisciplinar, onde observei o papel desempenhado pelo EEESMP e reconheci a relevância do seu contributo tanto na gestão dos recursos adequados quanto na colaboração

nas tomadas de decisão nos cuidados prestados, garantindo segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio em contexto hospitalar participei em diversas reuniões multidisciplinares com enfermeiros, médicos, terapeutas, psicólogos e assistentes sociais, o que me proporcionou uma compreensão aprofundada do papel central do EESMP na equipa. A avaliação especializada deste profissional é crucial na tomada de decisões relacionadas com a continuidade dos cuidados, na preparação para a alta e no suporte familiar ou comunitário.

Durante o estágio anteriormente mencionado, pude verificar que a coordenação eficiente e segura dos cuidados, enquanto competência fundamental do EE se concretiza através da garantia da continuidade e da integração dos cuidados. Como exemplo de intervenção que materializa esta premissa destaco a atuação realizada no dia da alta clínica de uma pessoa assistida no Serviço de Patologia Dual. Nessa ocasião, procedi ao contacto com a UCC da área de residência da pessoa, assegurando a articulação necessária para garantir a continuidade de cuidados através da referenciação para uma intervenção comunitária. Embora não fosse possível estabelecer uma relação terapêutica com a enfermeira especialista de ESMP da UCC, atendendo à relação de amizade que existia entre ambas, foi possível, com o consentimento informado da própria, definir um plano alternativo de acompanhamento. Assim, ficou acordado que os estudantes do MESMP dariam continuidade aos cuidados prestados, com o objetivo de apoiar o cumprimento do contrato terapêutico anteriormente negociado e estabelecido, bem como monitorizariam sinais precoces de alerta. Esta medida visou prevenir possíveis recaídas, assegurando a continuidade, segurança, qualidade e eficácia dos cuidados, em consonância com as competências do EE no domínio da gestão dos cuidados.

Durante o estágio em contexto comunitário, ainda que não tenha participado nas reuniões da equipa da UCC, observei a função crucial do EEESMP nas ações desenvolvidas em contexto escolar. Estive presente em reuniões nas escolas no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar, contribuindo para o planeamento e dinamização de projetos com foco em temáticas relevantes como a violência no namoro e o impacto do uso de tecnologias em turmas do 9.º ano, áreas com forte relevância social.

Por outro lado, pude constatar que a presença do EEESMP é frequentemente requisitada para a discussão de casos complexos, em colaboração com psicólogos dos agrupamentos escolares, refletindo a sua competência e relevância na resolução de situações críticas. Destaco, a este respeito, o caso de uma criança em risco por suspeita de abuso sexual. Percebi que a articulação entre os elementos da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e o tribunal nem sempre é célere ou eficiente, e pude refletir que, por mais esforços que sejam

feitos junto da população vulnerável e de risco, a resposta que é dada pelas entidades responsáveis pela proteção dos mesmos é escassa e morosa, o que se traduz numa sensação de impotência e preocupação nas equipas que estão “no terreno”.

Posteriormente, testemunhei uma colaboração estreita entre as equipas de Enfermagem da UCC e da Equipa Comunitária de Saúde Mental na resposta a uma situação de risco, envolvendo uma família composta por quatro adultos e uma criança. Esta articulação surgiu na sequência de um episódio de ideação suicida por parte de um dos elementos da família, que culminou com a sua admissão no serviço de urgência. A atuação conjunta possibilitou um acompanhamento integrado, assegurado pela equipa de enfermeiros especialistas em ESMP com atuação na comunidade. Com efeito, a entrevista clínica à pessoa em crise foi realizada pelo EEESMP da UCC, dado o vínculo terapêutico previamente estabelecido, o que realça a relevância de uma relação terapêutica sólida como facilitadora de uma intervenção mais eficaz e ajustada.

A minha experiência na ECSCP, em contexto de respostas diferenciadas, foi fundamental para o desenvolvimento das minhas competências em gestão de cuidados, devendo-se muito à liderança eficaz e à organização estruturada da equipa, aliadas à alocação adequada dos recursos e à criação de um ambiente positivo, tomado estes factos como exemplos a seguir, e adotando-os como fatores promotores para a prestação de cuidados com qualidade.

Sinto-me privilegiada pelo facto de o meu percurso no âmbito do MESMP ter passado por esta equipa multidisciplinar que é um verdadeiro exemplo de colaboração e que, apesar das suas diferenças, reconhecem a importância de cada elemento dentro da equipa, partilhando valores profissionais comuns e um objetivo claro: cuidar da pessoa/família/cuidadores com eficácia e qualidade. São vários os fatores que contribuem para o sucesso desta equipa, entre eles destaco: uma liderança que promove a motivação de todos os elementos, a articulação entre os profissionais multidisciplinares, a proatividade e a busca pelo conhecimento, bem como a partilha constante de experiências, emoções e sentimentos em equipa, promovendo a coesão do grupo.

No decorrer deste estágio participei ativamente nas reuniões semanais da ECSCP, incrementando a partilha e a reflexão sobre os casos apresentados, colaborei na discussão e avaliação das VD e contactos para CT realizados e procurei aperfeiçoar as minhas competências comunicacionais enquanto futura enfermeira especialista em ESMP com a equipa. Constatei que o papel do EEESMP numa equipa diferenciada em CP é de extrema importância e muito valorizado, pois para além das suas competências comunicacionais nos cuidados prestados à pessoa/pessoa e família, estes são promotores de bem-estar psicológico, emocional e espiritual na equipa.

2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro deve promover o autoconhecimento, adotar uma postura assertiva e sustentar a sua prática clínica especializada em evidência científica, devendo realçar “(...) a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (p. 4749).

O autoconhecimento constitui uma competência central partilhada pelos dois regulamentos que sustentam este trabalho académico, sendo igualmente reconhecido como fundamental no perfil do EEESMP, conforme o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018). Ao longo deste percurso formativo esta competência foi amplamente desenvolvida, traduzindo-se numa maior consciência de mim própria enquanto pessoa e profissional. Este crescimento interno emergiu das diversas interações com pessoas, famílias e equipas, sendo fortalecida por um exercício contínuo de reflexão sobre o impacto da minha linguagem (verbal e não verbal) na relação terapêutica, aliado à autoanálise e à observação atenta do outro.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), o EE deve assumir-se como “(...) facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p. 4749). Nesse sentido, uma das atividades desenvolvidas com o objetivo de promover a aprendizagem dentro da equipa de Enfermagem foi a formação em serviço realizada no Serviço de Patologia Dual, centrada nos referenciais teóricos, após identificação de uma necessidade formativa.

Esta experiência revelou-se particularmente desafiante, uma vez que, enquanto formadora, tive de gerir o equilíbrio entre o meu papel de estudante e a responsabilidade de conduzir um processo de partilha e reflexão com profissionais do serviço. Foi necessário um esforço consciente de autocontrolo e gestão emocional para conduzir a sessão com confiança e assertividade, sem deixar de respeitar a minha posição enquanto estudante em contexto de estágio.

Outra das competências essenciais do EE, consiste em fundamentar a sua prática clínica na evidência científica, promovendo a atualização constante do saber e a sua aplicação na prestação de cuidados. Com o intuito de desenvolver esta competência investi na aquisição e consolidação de conhecimentos atualizados, através da participação em ações de formação e em momentos de partilha com pares e outros profissionais. Estas oportunidades formativas permitiram-me integrar na prática abordagens sustentadas na melhor evidência disponível, promovendo cuidados mais eficazes, seguros e adequados às necessidades das pessoas.

Assim sendo e perante o desafio de integrar uma equipa diferenciada na área CP e reconhecendo a limitação dos meus conhecimentos à data sobre as especificidades desta abordagem, senti a necessidade de aprofundar a minha preparação teórica. Nesse sentido, frequentei o “Curso Básico em CP”, promovido pela CNCP e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (Apêndice 5).

Este curso permitiu-me consolidar conhecimentos fundamentais, com especial destaque para os módulos dedicados à comunicação e relação terapêutica, abordando a escuta ativa, empatia, assertividade e aceitação incondicional do outro, livre de juízos de valor. Por outro lado, pude aprofundar conhecimentos acerca de aspetos ético-legais, nomeadamente o respeito pela autonomia e os princípios da beneficência e não maleficência. Outro dos pontos abordados durante este curso foi os cuidados psicossociais, através da compreensão do impacto da doença na esfera social e familiar, bem como os cuidados espirituais, centrados na promoção da esperança e na procura de sentido e significado de vida. Esta formação revelou-se essencial para uma prática mais consciente, humanizada e alinhada com os princípios orientadores dos CP.

Como complemento à minha formação, participei no curso “Comunicação em Saúde” (Apêndice 6), realizado entre os dias 21 e 23 de janeiro de 2025, em formato *online*, promovido pela empresa *Speak and Lead*, tendo a particularidade de reunir exclusivamente enfermeiros, incluindo alguns com experiência em CP, o que proporcionou um ambiente rico na partilha de experiências, análise de casos práticos e reflexão crítica sobre lacunas e desafios nos processos de comunicação. Ao longo do curso foram abordadas diversas situações de comunicação com pessoas, famílias e cuidadores, bem como entre pares e equipas multidisciplinares, permitindo uma consciencialização aprofundada sobre o impacto da comunicação na qualidade dos cuidados e na eficácia do trabalho em equipa.

Desta experiência, destaco duas ideias centrais para o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, essenciais à prática profissional enquanto EEESMP. A primeira, que me deixou particularmente sensibilizada, foi a importância da escuta ativa e empática, permitindo reconhecer e compreender melhor as necessidades, preocupações e emoções da pessoa e da sua família. Esta competência revelou-se fundamental durante o meu estágio na ECSCP, ao possibilitar uma comunicação compassiva, que favoreceu uma relação de confiança e transmitiu segurança à pessoa assistida e aos seus familiares. A segunda ideia relevante foi a clareza e adaptação da mensagem ao interlocutor, aplicando técnicas de comunicação que ajustam a linguagem, o tom e a complexidade da informação consoante o perfil da pessoa. Incluem-se também estratégias de negociação, como o empoderamento, o reforço positivo, a participação da pessoa significativa e a confrontação

construtiva, que contribuem para uma comunicação mais eficaz e para a promoção de um ambiente terapêutico seguro.

Adicionalmente, tive a oportunidade de participar, no dia 27 de janeiro de 2025, no meu primeiro *Death Café* (em formato *online*), dinamizado pela *Compassio*, Associação para a Construção de Comunidades Compassivas, revelando-se uma experiência profundamente enriquecedora e emotiva, proporcionando um espaço seguro para refletir sobre a morte e sobre o papel que desempenho, enquanto profissional de saúde, nos momentos de fim de vida e no processo de luto vivenciado pelas famílias enlutadas.

Esta vivência foi particularmente marcante, pois permitiu-me refletir e encarar a morte como parte integrante da vida e reconhecer que, mesmo perante a perda de um filho, é possível reconstruir significado ou ressignificar a existência. Esta confrontação levou-me a tomar consciência de que continuo num processo ativo de aprendizagem e crescimento interior, especialmente no que diz respeito à dimensão espiritual, tantas vezes invisível, mas profundamente presente no cuidar em fim de vida.

Considero que ao longo deste percurso académico demonstrei iniciativa, proatividade e compromisso com o processo de aprendizagem, tirando o maior e melhor partido de todas as oportunidades, recorrendo frequentemente a normas e procedimentos, contribuindo no desenvolvimento de materiais educativos e de suporte à prática clínica, com o objetivo de fortalecer as competências da equipa de Enfermagem e dos cuidadores, e envolvendo-me em sessões formativas e atividades internas das diferentes equipas, promovendo a partilha sobre intervenções especializadas na área da ESMP.

A integração destes quatro domínios neste momento de aprendizagem permitiu-me consolidar as competências essenciais do EE, sustentadas na ética, qualidade, gestão e desenvolvimento profissional contínuo. Este momento de aprendizagem potenciou o fortalecimento de competências transversais, tais como de liderança, pensamento crítico e inovação na prática, reforçando o papel do EEESMP como agente de mudança na promoção da saúde mental, prevenção de doença mental e qualidade de vida da pessoa/família/comunidade.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O Regulamento n.º 356/2015, de 25 de julho (2015) que regulamenta os PQCEESM, evidencia que o EE de Saúde Mental “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o

potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (p. 17034).

O mesmo documento define que a prática clínica em Enfermagem de saúde mental caracteriza-se por uma abordagem profundamente especializada, na qual se destaca a excelência na relação terapêutica e a capacidade do profissional em utilizar a sua própria presença e autenticidade como instrumento de intervenção. Este exercício implica a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, aplicadas de forma integrada no cuidado à pessoa, família, grupo e comunidade, ao longo de todas as fases do ciclo de vida.

Este tipo de intervenção favorece o estabelecimento de vínculos terapêuticos baseados na confiança, promovendo relações de parceria e colaboração com a pessoa. Simultaneamente, potencia o desenvolvimento do *insight* da pessoa sobre a sua própria experiência, condição ou processo de sofrimento psíquico, facilitando a sua participação ativa na tomada de decisão e na construção do seu projeto terapêutico, desenvolvendo o seu *recovery* e *empowerment*.

Com base no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), que estabelece o perfil de competências específicas do EEESMP, as mesmas traduzem-se na capacidade de este prestar cuidados especializados, fundamentados na ética, na ciência e na relação terapêutica.

De seguida, apresento a descrição, análise e reflexão das atividades realizadas, com vista ao desenvolvimento e consolidação de cada uma dessas competências.

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

Como Vergílio Ferreira refere no seu ensaio “Escrever”, e alinhado com a primeira competência específica da ESMP, mencionada no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018) - “Não queiras saber tudo. Deixa um espaço livre para te seres a ti.” - reconheço a importância de cultivar esse espaço interior, essencial para um verdadeiro autoconhecimento, pois é a partir dele que posso cuidar do outro de forma genuína e autêntica.

O autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal, promovidos pela experiência em técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, são fundamentais na ESMP, uma vez que influenciam diretamente a capacidade de construir uma relação terapêutica eficaz e de implementar intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas,

condicionando assim os resultados alcançados (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018).

Para os enfermeiros, cujo foco de intervenção é o ser humano na sua totalidade e fragilidade, torna-se fundamental desenvolver não só saberes técnicos e científicos, mas também competências relacionais e pessoais, como o saber ser e o saber estar, que sustentam a autenticidade da parceria terapêutica. Estes elementos são pilares essenciais da relação terapêutica, que assume um lugar central na prática do cuidado em ESMP (Sequeira, 2006).

A relação terapêutica em Enfermagem assenta numa parceria com a pessoa, baseada no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel ativo. Desenvolve-se num processo dinâmico que promove a sua participação na construção do plano de cuidados, integrando, sempre que necessário, as pessoas significativas da sua rede de apoio (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, 2015).

No que diz respeito à relação terapêutica que estabeleci com as pessoas, ao longo deste percurso académico, poderia referir que me alicercei apenas na Teoria das Relações Interpessoais Hildegard Peplau (1952) para estabelecer a relação com as mesmas, uma vez que esta teoria destaca a interação entre enfermeiro e a pessoa como o centro do cuidado, e valoriza a comunicação terapêutica, especialmente em saúde mental (Pinheiro et al., 2019).

No entanto, após a minha experiência na ECSCP, a Teoria do Cuidado Transpessoal, desenvolvida por Jean Watson (1985) e descrita por Chinn e Kramer (2018), assumiu um novo significado para mim. Esta teoria complementa a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1952), integrando, porém, uma visão mais holística da pessoa, que abrange não só os aspetos físicos e psicológicos, mas também as dimensões espirituais, emocionais e existenciais. (Evangelista et al., 2020).

A relação terapêutica que se estabelece com a pessoa/família em CP deve ser tida como transpessoal, pois permite uma ligação mais profunda e transformadora entre enfermeiro e pessoa, promovendo uma presença empática e compassiva, sendo esta promotora de desenvolvimento pessoal para todos os intervenientes, o que enriquece a prática do cuidado (Evangelista et al., 2020).

O estágio na ECSCP revelou-se desafiante nesse aspeto, pois estando intimamente ligada à relação psicoterapêutica que enquanto futura enfermeira especialista em ESMP devo construir com o pessoa/família/cuidador em CP, surgiu uma intensa necessidade de aprofundar o meu autoconhecimento e a consciência sobre o meu “eu” enquanto pessoa e o meu “eu” profissional, sobre a minha existência e a minha finitude, sobre os meus valores e crenças. Esse mergulho em mim própria foi frequentemente feito em silêncio, após o confronto

com a morte iminente, com a esperança escondida e com os projetos interrompidos que as pessoas e famílias experienciam nos CP.

Tal como explanado no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), o EEESMP deve demonstrar “(...) tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (p. 21428).

Em várias ocasiões fui levada a olhar para dentro antes de olhar para o exterior, a questionar o que sentia e pensava, e a refletir sobre as decisões que tomava perante o cansaço e as dificuldades. Este processo permitiu-me definir e ajustar os meus objetivos, gerindo de forma mais realista as minhas expectativas e a mobilizar-me enquanto instrumento terapêutico, reconhecendo que a construção de uma relação terapêutica exige que haja controlo, tanto a nível da comunicação verbal, como da não verbal.

Julgo nunca ter refletido tão profundamente sobre o meu *locus* de controlo interno, sobre a minha capacidade de encontrar soluções, de resistir às adversidades e de superar obstáculos como neste estágio. Sinto que evoluí bastante nesse sentido, embora reconheça que ainda há muito por aprender e desenvolver, especialmente no contexto desafiante que são os CP.

Esta reflexão vai ao encontro do que é definido pela norma orientadora das competências específicas do EEESMP, uma vez que este deve identificar “(...) no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” e monitorizar “(...) as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018, p. 21428).

Sabe-se que a prática moderna de Enfermagem requer competências de inteligência emocional, essenciais para um cuidado centrado na pessoa, para a eficiência organizacional, para o sucesso profissional e para o bem-estar das equipas multidisciplinares (Wheeler, 2005 conforme citado por Oliveira, 2020). O modelo de Goleman inclui quatro dimensões fundamentais: autoconsciência, autocontrolo, consciência social e gestão de relacionamentos (Goleman, 1995 conforme citado por Luís, 2021).

Assim sendo, o desenvolvimento destas competências é indispensável para a construção de relações terapêuticas eficazes, tomadas de decisão integradas e para a prestação de cuidados mais humanizados e com qualidade, contribuindo para a gestão de fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências, e o impacto de si próprio na

relação terapêutica, tal como é preconizado pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio vivi experiências profundamente marcantes, nas quais facilmente poderiam emergir fenómenos de transferência e contratransferência – fosse pela proximidade etária com as pessoas, fosse pela identificação com as suas histórias de vida e trajetos familiares.

Entende-se por processo de transferência a projeção de sentimentos ligados a pessoas significativas do passado para alguém do presente, como o enfermeiro, podendo manifestar-se por admiração excessiva, dependência, paixão, agressividade ou possessividade (Cartwright, 2011; OE, 2023). No que diz respeito ao processo de contratransferência, este refere-se às respostas emocionais e cognitivas do enfermeiro perante a pessoa, que podem incluir desinteresse, atração, críticas, juízos de valor, paternalismo ou superproteção (Cartwright, 2011; OE, 2023).

A gestão destes processos psicodinâmicos exigiu de mim um exercício constante de autorreflexão e de reconhecimento das minhas próprias emoções, reações e limitações, sempre com a intenção de me manter isenta de julgamentos. Este processo permitiu-me oferecer um cuidado assente na empatia, escuta ativa e negociação, sustentando uma postura profissional, assertiva e focada na pessoa, sem me envolver emocionalmente com as vivências individuais de cada pessoa.

Recordo duas situações particularmente significativas, sendo que a primeira ocorreu no Serviço de Patologia Dual, com a pessoa do caso clínico, que apresentava Perturbação do Uso de Álcool, sendo uma realidade com a qual já tinha tido contacto anteriormente. Apesar da carga emocional associada, consegui manter-me centrada, acolhedora e sem julgamentos, orientando a intervenção para o alívio do sofrimento e para a construção conjunta de estratégias que favorecessem o *recovery* e o *empowerment* da pessoa.

A segunda situação aconteceu na UCC, após uma atividade numa escola do Agrupamento de Escolas da área de abrangência, em que uma colaboradora me procurou para pedir apoio em relação à mãe, que se encontrava numa fase inicial de um processo demencial, situação que, de forma muito íntima, espelhava o que eu própria estava (e estou) a vivenciar. Apesar do impacto pessoal, consegui escutar com empatia, apoiar com serenidade e encaminhar a pessoa para o profissional adequado, mantendo-me disponível até que a resposta diferenciada fosse assegurada.

Considero que, ao longo destes meses de estágio e após a passagem por contextos tão distintos, se tornou evidente que, muito mais do que competências técnicas, fui capaz de desenvolver competências emocionais que me permitiram lidar com situações complexas.

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

A competência específica do EEESMP supramencionada, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), refere-se à capacidade que este profissional detém para apoiar a pessoa, família, grupos e comunidade na promoção e otimização da sua saúde mental. Para tal, é necessária uma avaliação abrangente, que inclui a recolha de informação relevante para compreender o estado de saúde mental das pessoas, englobando a promoção, proteção e prevenção em saúde mental.

Segundo o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), o EEESMP “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (p. 21428).

De acordo com o mesmo regulamento, essa avaliação requer que o EEESMP mobilize competências de comunicação, técnicas de entrevista, sensibilidade cultural e linguística, capacidade de observação comportamental, análise de registos clínicos, e uma abordagem ampla à pessoa e aos sistemas que a envolve (sociais e ambientais) (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018).

Durante o meu estágio no contexto hospitalar, esta competência foi desenvolvida aquando da construção do caso clínico, através da utilização da comunicação terapêutica com a pessoa assistida, promovendo uma interação intencional que permitiu identificar as suas necessidades e compreender o impacto das perturbações psiquiátricas no seu bem-estar, funcionalidade e qualidade de vida.

Deste modo, e com o objetivo de realizar uma avaliação global da pessoa e proceder a um diagnóstico de Enfermagem completo e objetivo, recorri a um conjunto de métodos complementares. Num primeiro momento foi realizada observação inicial, centrada na recolha de dados relativos à apresentação pessoal, à comunicação, ao padrão de movimento e à reatividade perante diferentes situações, permitindo uma primeira aproximação ao estado geral e ao funcionamento psicossocial da pessoa. Posteriormente, conduzi uma entrevista semiestruturada com vista à compreensão aprofundada do problema de saúde e do contexto em que este se manifesta, permitindo uma análise mais aprofundada para explorar aspetos emocionais referentes às vivências da pessoa. De acordo com Amaral (2020), esta constitui

um instrumento fundamental para o EEESMP, na medida em que possibilita o fortalecimento da relação terapêutica através da aplicação criteriosa de técnicas de comunicação adaptadas a cada situação. Durante esta fase foi assegurado, de forma rigorosa, o respeito pela privacidade e confidencialidade da pessoa.

Por fim, procedi ao exame do estado mental que compreende a análise das dimensões mentais, cognitivas e de interação social, nomeadamente: nível de consciência, atenção, orientação, memória, percepção, pensamento, humor, afetos e emoções, energia vital e vontade, vida instintiva, *insight* e julgamento. Estes parâmetros foram obtidos por observação direta e pelo relato da própria pessoa, sabendo que toda a informação assim recolhida permite identificar áreas prioritárias de intervenção e suporta a formulação de diagnósticos de Enfermagem (Amaral, 2020).

A avaliação diagnóstica foi sustentada nos referenciais teóricos que orientam a tomada de decisão em Enfermagem, mobilizando os contributos da Teoria do Autocuidado de Orem, da Teoria das Transições de Meleis e do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. No entanto, reconheço que poderia ter aprofundado mais a aplicação dos referenciais teóricos mencionados, em especial o Modelo de Calgary, na construção do caso clínico, ainda que tenha sido fundamental para a elaboração do Genograma e do Ecomapa.

Esta avaliação diagnóstica possibilitou analisar as capacidades internas da pessoa e os recursos externos disponíveis para a manutenção, empoderamento e recuperação da sua saúde mental, bem como compreender o impacto do problema de saúde mental na sua qualidade de vida e bem-estar, com especial atenção à funcionalidade e autonomia, tal como preconizado pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018).

Uma vez que a identificação precoce de fatores de risco e a implementação de intervenções precoces são essenciais para prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais, incluindo o apoio à inclusão social, que é crucial para evitar o isolamento e promover a integração da pessoa em atividades sociais, educacionais e profissionais, durante o estágio em contexto hospitalar, em parceria com a colega de MESMP, foi desenvolvido um projeto de saúde mental intitulado “Treino de Habilidades de Interação Social em Pessoas com Patologia Dual” (Apêndice 7).

Este projeto surgiu como resposta às necessidades específicas identificadas num grupo de pessoas internadas no serviço, com o objetivo de melhorar as suas competências sociais, um aspeto essencial para a inclusão social e para a prevenção de complicações do foro mental. Ao promover o treino dessas habilidades de interação, o projeto contribuiu diretamente para

a redução de fatores de risco associados ao isolamento social e à falta de suporte emocional, o que foi fundamental para a melhoria da saúde mental das pessoas envolvidas.

O projeto em questão cumpriu o previsto na segunda competência específica do EEESMP, que consiste em executar “uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018, p. 21428), uma vez que a pessoa apresentada através do caso clínico esteve envolvida no projeto desde a sessão inicial.

Sabe-se que o processo de recuperação é sempre pessoal e singular, implicando mudanças nos valores, atitudes, sentimentos, objetivos, competências e funções (Palha & Palha, 2016 conforme citados por Andrade, 2018). Contudo, nas pessoas com Patologia Dual as competências de interação social encontram-se frequentemente comprometidas, tornando necessária a sua reaprendizagem, para que seja possível a sua reabilitação psicossocial.

O treino de habilidades de interação social é sustentado pela Teoria da Aprendizagem Comportamental de Bandura, que evidencia que a cooperação e aprendizagem colaborativa oferecem benefícios face à aprendizagem individual, destacando-se pela eficácia na resolução de problemas, na mediação de conflitos, na aquisição e consolidação de conhecimentos e no fortalecimento de competências pessoais, comunicacionais, sociais e tecnológicas (Abreu & Loureiro, 2007; Carvalho & César, 2001; Duch, Groh & Allen, 2001; Hmelo-Silver, 2004 citados por Loureiro, 2013).

Neste seguimento, o projeto supramencionado foi delineado em seis sessões, a implementar no espaço temporal de 3 de Junho de 2024 a 21 de Junho de 2024, tendo por objetivos: capacitar as pessoas com estratégias de *coping* que contribuam para o seu bem-estar, melhorar a comunicação interpessoal, promover a resolução construtiva de conflitos, fomentar a empatia e habilidades de autocontrolo, e promover relações saudáveis e positivas entre pares.

Atendendo que a prevenção de perturbações mentais envolve a identificação precoce de sinais, como ansiedade, depressão e alterações de conduta, especialmente em grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes e idosos, entende-se que a promoção de um ambiente familiar e social saudável são essenciais para reduzir o risco de distúrbios mentais.

Como tal, e alinhado com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), que define o papel do EEESMP na coordenação de projetos de promoção da saúde mental na comunidade, foi desenvolvido o projeto “Des(amor) no Namoro” (Apêndice 8) durante o estágio em contexto comunitário. Este projeto focou-se na prevenção da violência no namoro,

sensibilizando os jovens para relacionamentos saudáveis e fornecendo ferramentas para identificar e prevenir sinais de violência.

A violência no namoro pode ter impactos significativos na saúde física e mental das vítimas, afetando a sua qualidade de vida devido à vulnerabilidade e falta de proteção (Caridade, 2008).

Desde 2013 que o tipo de violência supramencionado está incluído no âmbito do crime de violência doméstica, conforme o artigo 152.º, n.º 1, alínea b) do Código Penal, abrangendo atos de violência entre casais heterossexuais ou homossexuais que mantenham ou tenham mantido uma relação de namoro, mesmo sem coabitação, estando prevista pena de prisão para os infratores (Decreto-Lei n.º 48/1995, de 15 de março, 1995).

A importância do projeto assenta nos dados recolhidos pelo Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro, conduzido pela União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) em janeiro de 2024, tendo revelado que 68% dos jovens inquiridos não percecionam como violência no namoro, pelo menos, um dos quinze indicadores de violência abordados. Este relatório contou com uma amostra de 6.152 jovens inquiridos, com uma idade média de 15 anos.

A escolha da população-alvo foi ao encontro do que é referido por Saavedra (2010), uma vez que a adolescência é uma fase propícia à ocorrência de comportamentos de risco, mas também de exploração e experimentação, inclusive em contexto de intimidade, tornando-se ideal para a educação e aprendizagem de competências positivas e adaptativas. Posteriormente, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) refere que a violência no namoro entre adolescentes é evitável, através do desenvolvimento de estratégias para a promoção de relacionamentos saudáveis, não violentos e baseados no respeito. Para tal, é fulcral empoderar os jovens com competências e habilidades, no que diz respeito à gestão de emoções, gestão de conflitos e comunicação assertiva (CDC, 2025).

A promoção da saúde mental inclui a educação sobre práticas de autocuidado, gestão do *stress* e hábitos saudáveis, fundamentais para o bem-estar mental. Neste contexto, no estágio comunitário, foi dinamizada uma atividade em parceria com a Câmara Municipal e outras entidades locais, intitulada "Rota do Coração", realizada no dia 29 de setembro de 2024. Este evento de sensibilização e prevenção, focado nas doenças cardiovasculares, incluiu atividades de promoção da saúde, como exercício físico, aconselhamento sobre alimentação e gestão do *stress*, complementadas por uma avaliação de risco cardiovascular. Essa iniciativa alinha-se com os esforços de promoção da saúde mental, integrando a saúde física e mental da comunidade.

Em parceria com a colega de Mestrado e sob orientação da enfermeira tutora, a nossa intervenção (Apêndice 9) foi desenvolvida no espaço centrado na gestão do *stress*, procurando motivar a comunidade para a importância do bem-estar emocional e da redução do *stress* como ação preventiva da doença cardiovascular. Foram realizadas atividades como jogos terapêuticos para todas as fases de desenvolvimento e treino de respiração consciente, incentivando a participação ativa da comunidade e a adoção de práticas saudáveis. Ao longo do dia participaram nas atividades 46 pessoas, de diferentes faixas etárias (21 nos jogos terapêuticos e 25 no treino de respiração), com elevada motivação e interesse, destacando-se a repetição de participantes no decorrer do dia, o que refletiu o sucesso da iniciativa.

Segundo Teixeira (2010), o ser humano tornou-se vítima dos seus próprios comportamentos, dos hábitos alimentares que adota, do estilo de vida que mantém e do *stress* que gera e necessita de gerir, no entanto reduzir ou eliminar os fatores promotores de *stress* nem sempre é uma tarefa simples. Contudo, é possível adotar estratégias e comportamentos que capacitem o indivíduo para lidar com o *stress* e atenuar os seus efeitos negativos. No âmbito da psicoeducação podem ser implementados programas de intervenção que integrem, por exemplo, a prática de exercício físico, técnicas de relaxamento e o desenvolvimento da compreensão das próprias emoções (Amaral, 2022).

Como futura profissional especializada na área da saúde mental, as três atividades anteriormente descritas foram bastante desafiantes, mas muito enriquecedoras, permitindo-me promover a literacia em saúde mental e capacitar a comunidade na gestão do *stress*, na gestão de conflitos designadamente abusivos, indo ao encontro do que é preconizado pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), que refere que o EEESMP “Implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas (...), visando a redução de fatores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência” (p. 21428).

No decorrer da comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental, realizada a 9 de outubro de 2024, sob o tema “*It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace*”, foram dinamizadas atividades em duas áreas de intervenção, adaptadas a diferentes contextos, primeiramente dirigidas às equipas da UCC e da ECSCP do CS local, e posteriormente, realizaram-se atividades numa Escola EB 2,3, dirigidas a alunos, docentes e pessoal não docente (Apêndice 10).

O ambiente de trabalho tem um papel fundamental na saúde mental, já que é onde as pessoas passam boa parte do tempo, sendo imprescindível que este ofereça senso de identidade, dignidade, pertença, apoio social e possibilidade de participação. Deste modo, incluir a saúde mental nas políticas do trabalho contribui para o bem-estar e a produtividade dos funcionários,

com resultados eficazes e bom custo-benefício. Além disso, controlar o *stress* e evitar cargas excessivas ou falta de autonomia nas tarefas ajuda a prevenir problemas de saúde relacionados com o trabalho (Costa, 2019).

Segundo WHO (2024), os ambientes de trabalho seguros e saudáveis funcionam como um fator de proteção para a saúde mental, enquanto condições insalubres, como estigmatização, discriminação, assédio e situações precárias, representam ameaças significativas, afetando a saúde mental, qualidade de vida e produtividade. Com 60% da população global empregada é urgente garantir que o trabalho minimize os riscos à saúde mental e apoie o bem-estar dos trabalhadores. Deste modo, são recomendadas ações como a formação e sensibilização dos gestores e trabalhadores sobre saúde mental, disponibilização de apoio psicológico e programas de assistência, promoção de políticas de trabalho flexíveis, e a implementação de ferramentas para avaliar regularmente o bem-estar dos colaboradores (WHO, 2024).

A promoção da saúde mental abrange diversas estratégias que visam melhorar o bem-estar mental e prevenir perturbações, incluindo a gestão do *stress*, a prática regular de exercício físico e uma alimentação equilibrada. Aliada com essas práticas, e no âmbito do Dia Mundial da Alimentação, foi organizada uma atividade na Escola EB 2,3 do Agrupamento de Escolas, intitulada “Descobre quem sou e diz-me o que faço!” (Apêndice 11), que teve como objetivo sensibilizar alunos, docentes e funcionários sobre a importância de hábitos saudáveis, promovendo não apenas a saúde física, mas também o bem-estar mental da comunidade escolar.

A alimentação exerce um impacto importante na saúde mental, pois os nutrientes essenciais para o cérebro estão diretamente ligados ao bem-estar psicológico, uma vez que dietas equilibradas, ricas em ácidos gordos ómega-3, vitaminas do complexo B e minerais como magnésio e zinco, têm sido associadas à redução dos sintomas de depressão e ansiedade. Em contraste, padrões alimentares pobres, ricos em açúcares e alimentos processados, podem aumentar o risco de transtornos mentais, como depressão e ansiedade (Fraga et al., 2021). A dieta mediterrânica, que inclui frutas, legumes, cereais integrais e gorduras saudáveis, tem mostrado benefícios tanto para a saúde física quanto mental, reduzindo o risco de depressão. O cérebro precisa de nutrientes específicos para regular neurotransmissores como a serotonina, que influencia o humor e o bem-estar, e uma dieta inadequada pode afetar esse equilíbrio (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

Todas as atividades descritas anteriormente estão alinhadas com o disposto no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), que estabelece que o EEESMP deve implementar “na comunidade programas centrados na população, promovendo o empoderamento, a saúde

mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo” (p. 21428).

Durante o estágio na ECSCP dei prioridade à integração da família nos cuidados, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e nas suas múltiplas necessidades. Reconhece-se que o impacto da doença se estende aos cuidadores, sobretudo em contexto domiciliário, onde as exigências são contínuas. Nessa perspetiva, o enfermeiro desempenha um papel essencial no apoio emocional e informativo, contribuindo para reduzir a ansiedade e as incertezas associadas ao cuidar (Guimarães et al., 2020). A formação adequada do cuidador aumenta a sua confiança e capacidade para prestar cuidados, evidenciando a relevância das instituições de saúde e sociais nesse processo. Contudo, apesar da procura de apoio por parte dos cuidadores, continuam a verificar-se dificuldades no acesso à informação, o que representa um dos principais desafios neste contexto (Melo et al., 2014).

Com o intuito de oferecer um suporte eficaz aos familiares e cuidadores de pessoas em CP elaborei o “Guia do Cuidador”, alinhado com as orientações do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018). Esta iniciativa surgiu da necessidade de disponibilizar um recurso que auxiliasse os cuidadores no desempenho do seu papel, reconhecendo que cuidar de um familiar em CP é uma expressão profunda de amor, coragem e entrega, mas que, simultaneamente, representa um desafio exigente, tanto a nível emocional quanto físico. Frequentemente, este percurso é acompanhado por dúvidas, inseguranças e uma montanha-russa de emoções que oscilam entre a esperança, o medo, a tristeza e o cansaço.

O guia foi concebido com o objetivo principal de apoiar os cuidadores, fornecendo informações úteis e práticas nas áreas de intervenção do EEESMP, e entre os temas abordados incluem-se: a gestão de emoções como tristeza, medo e raiva, estratégias para lidar com a insónia, alterações comportamentais, como confusão, desorientação e agitação, o autocuidado do cuidador, e o enfrentamento da perda e do processo de luto.

Cada segmento do guia continha a definição do problema, vinhetas clínicas ilustrativas, estratégias de intervenção não farmacológicas e um formato de diário/bloco de notas, permitindo que os cuidadores registem dúvidas e dificuldades a serem discutidas em VD ou contactos para CT futuros. Pretende-se que este guia seja complementado pelos colegas que farão estágio na vertente de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, com informação que considerem pertinente.

Considero ter realizado atividades alinhadas com o regulamento supracitado, que destaca a capacidade do EEESMP para promover e melhorar a saúde mental da pessoa, família, grupos e comunidade, tendo sido essencial uma avaliação abrangente, que permitiu recolher

informação relevante sobre o estado de saúde mental da pessoa ou grupo, integrando ações de promoção, proteção e prevenção.

2.2.3 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

Para cumprir com a terceira competência específica do EEESMP, conforme o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), é essencial demonstrar capacidade para apoiar a pessoa ao longo do ciclo de vida, considerando a sua inserção na família, grupos e comunidade, e promovendo a recuperação da saúde mental através da mobilização dos recursos e dinâmicas de cada contexto. Esta competência está diretamente relacionada com a anterior, pois resulta da recolha e análise de dados, da formulação de diagnósticos e do planeamento de cuidados partilhados com a pessoa e a equipa de saúde, processos que dependem da avaliação feita à pessoa, família, grupos ou comunidade.

Esta competência tem como objetivo promover e proteger a saúde mental da pessoa, grupo ou comunidade, prevenindo perturbações, reduzindo complicações e melhorando a funcionalidade e qualidade de vida. Para isso, o EEESMP deve tomar decisões fundamentadas no pensamento crítico e na gestão eficaz do caso, assegurando a continuidade e a adequação dos cuidados através da avaliação, organização, negociação e articulação dos serviços, sempre centrados nas necessidades da pessoa (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018).

O diagnóstico em saúde mental é essencial para definir os resultados esperados e orientar o plano de cuidados, tanto com a pessoa, como com a equipa de saúde, conforme estipulado no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018). Este processo exige do EEESMP um pensamento crítico, permitindo-lhe interpretar e integrar os dados recolhidos de forma eficaz. A avaliação diagnóstica em saúde mental deve ser orientada pelo conhecimento do comportamento humano, recorrendo à observação e pelos princípios da entrevista clínica, conforme o Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho (2015), bem como recorrendo a outras fontes de informação, tal como a consulta do processo clínico da pessoa.

Com a mudança do paradigma na abordagem à saúde mental (passou da hospitalização prolongada para a prevenção e tratamento na comunidade) destaca-se a importância do processo de *recovery*, centrado na recuperação autónoma e no respeito pela individualidade de cada pessoa, valorizando o papel da família nesse percurso. O desenvolvimento de competências de autogestão interliga-se à teoria do *empowerment* e à resiliência, permitindo

lidar com adversidades e assumindo maior controlo sobre decisões e ações em saúde (Slade, 2011). Para tal, é primordial capacitar a pessoa com doença mental, promovendo conhecimento, autonomia e capacidade de gerir a sua própria condição, sendo essencial para superar limitações e mobilizar recursos.

Dentro deste novo paradigma, o EEESMP deve identificar e ativar recursos de reabilitação psicossocial, aplicar estratégias de empoderamento e técnicas psicoeducativas e psicoterapêuticas, promovendo um processo de recuperação centrado no desenvolvimento da autonomia e bem-estar, onde a relação enfermeiro-pessoa assistida se torna um pilar fundamental (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, 2015).

Segundo o Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho (2015), o *empowerment* é “um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (p. 17039), baseado na crença de que são capazes de adotar comportamentos positivos para a sua vida. Por sua vez, o *recovery* é definido como “um processo profundamente pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. É uma forma de viver uma vida com satisfação, de esperança e de contribuição” (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, 2015, p. 17040), promovendo a ressignificação da experiência da doença e a construção de um novo propósito de vida.

Com base nestes princípios, no decorrer do estágio em contexto hospitalar, foi possível desenvolver uma avaliação diagnóstica e um plano de cuidados com uma abordagem holística, promovendo uma relação terapêutica sólida, incentivando comportamentos saudáveis em saúde mental e fomentando a autonomia e o envolvimento ativo da pessoa do caso clínico no seu percurso de recuperação.

Através da elaboração do caso clínico foi possível assistir a pessoa a desenvolver as suas potencialidades através da implementação de intervenções psicoterapêuticas individualizadas, de psicoeducação e socioterapêuticas em grupo (competências sociais), por forma a contribuir para o seu processo de *recovery* e *empowerment*, tendo identificado, descrito e monitorizado os resultados obtidos através de indicadores *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Como complemento a esta abordagem, recorri ao Processo de Enfermagem e a documentação clínica disponível no serviço, com especial destaque para o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem, o que permitiu garantir uma prática mais estruturada, segura e centrada na pessoa.

Com base na entrevista clínica e no exame do estado mental da pessoa, foram recolhidos e analisados dados que permitiram identificar diversos diagnósticos de Enfermagem, segundo

a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2019), passando a enunciá-los: ansiedade, luto disfuncional, autoestima baixa, interação social comprometida, não adesão ao regime terapêutico e abuso de álcool.

A prática no uso de indicadores de resultado e instrumentos de avaliação psicométrica revelou-se bastante valiosa na minha formação enquanto futura EEESMP, pois estes recursos permitem não só avaliar o estado inicial de saúde mental da pessoa, como também medir a eficácia das intervenções implementadas, acompanhar a evolução clínica e ajustar os cuidados prestados de forma mais adequada. Além disso, contribuem para a definição clara dos resultados esperados, conforme preconizado no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018).

Através da aplicação de escalas psicométrica foi possível complementar informação para triar potenciais problemas/perturbações, quantificar os sintomas de saúde mental e monitorizar a evolução dos mesmos, bem como a resposta às intervenções realizadas, sendo estas: a *Hospital Anxiety and Depression Scale* ¹(HADS) e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* ²(Teste AUDIT). Durante minha intervenção também foram aplicados indicadores de resultado NOC referentes à autoestima, por forma a monitorizar o efeito das intervenções prescritas.

Embora não tenha sido aplicado um instrumento específico para a avaliação da Perturbação do Luto Prolongado, foi identificado o diagnóstico de Luto Disfuncional, com base nos critérios da *International Classification of Diseases* (WHO, 2021c), que incluem sintomas como: ansiedade, desejo persistente pelo ente significativo, dor emocional intensa, dificuldades em aceitar a morte e instabilidade emocional. A pessoa referiu que havia espaços físicos na sua habitação tal como o ente falecido os deixou. No caso, a sala permaneceu intacta como o marido a deixou, dado que ele passava muito tempo nesse local e o período de luto ultrapassou os seis meses pré-definidos como fator diferencial pela DGS (2019).

A partir dos resultados obtidos nas avaliações de saúde mental, desenvolvi planos de cuidados personalizados, alinhados com os objetivos e necessidades da pessoa, que visaram uma abordagem holística e centrada na mesma, garantindo uma intervenção terapêutica ajustada e eficaz para promover a recuperação e o bem-estar da pessoa assistida, que descrevo posteriormente.

¹Instrumento de autorrelato com 14 itens em duas subescalas (ansiedade e depressão) em escala Likert de 4 pontos, utilizado para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em contextos hospitalares e clínicos (Zigmond & Snaith, 1983).

² Instrumento de autorrelato com 10 itens para rastrear padrões de consumo de álcool e risco de problemas relacionados (Babor et al., 2001).

Para tal, recorri a técnicas da Entrevista Motivacional (EM), em dois momentos distintos (Apêndice 12), sendo esta uma das recomendações para a prática em pessoas com perturbações relacionadas com o consumo de álcool, segundo uma adaptação da *Guideline Engaging Clients Who Use Substances* (Tomás et al., 2020).

A EM é uma abordagem de comunicação colaborativa, centrada na pessoa, que tem como objetivo ajudar a resolver a ambivalência face à mudança, promovendo o compromisso com o processo de transformação pessoal.

Segundo Barroso (2020), esta técnica assenta em quatro princípios fundamentais: expressar empatia, desenvolver discrepâncias entre comportamentos atuais e objetivos pessoais, saber lidar com a resistência, e reforçar a autoeficácia, estando estes elementos alinhados com os princípios da relação de ajuda entre pessoa-enfermeiro.

É essencial que o EEESMP acompanhe possíveis resistências da pessoa, reforçando a sua autoconfiança e valorizando experiências anteriores de mudança bem-sucedidas. Nesse contexto, o modelo FRAMES surge como um método de entrevista complementar à EM estruturado em seis componentes: *Feedback* (identificação dos problemas e riscos associados, por exemplo, ao consumo de álcool), *Responsibility* (reforço da responsabilidade pessoal na mudança), *Advice* (orientações sobre abstinência), *Menu* (oferta de alternativas de comportamento), *Empathy* (atitude empática) e *Self-efficacy* (promoção da confiança na própria capacidade de mudança).

Tanto a EM como o modelo FRAMES são estratégias eficazes para promover alterações comportamentais, especialmente em situações ligadas ao uso de substâncias, sendo que na EM o EEESMP adota uma postura não confrontativa, ajudando a pessoa a identificar as suas próprias motivações para mudar, e no modelo FRAMES, recorre-se a um conjunto de estratégias bem definidas para estimular essa mudança de forma orientada e motivacional.

Além disso, utilizei a escuta ativa, incentivo à comunicação de emoções e à intervenção psicoterapêutica da "História de Vida" (Apêndice 13), que para Ritter et al., (2013) conforme citado por Sampaio et al., (2023), não está classificada na *Nursing Interventions Classification*, mas devido à ausência de intervenções do domínio psicodinâmico/psicanalítico nessa classificação, pode ser considerada uma intervenção psicoterapêutica, tendo sido alcançados ganhos significativos, como o aumento da autoestima e o desenvolvimento de competências cognitivas e emocionais desde a primeira sessão.

A pessoa assistida também participou no "Programa de Treino de Habilidades de Interação Social", sendo um dos dois participantes que concluiu todas as sessões e tendo permitido à

pessoa desenvolver competências sociais, conforme demonstrado pelos indicadores de resultado NOC respetivos.

Como parte do processo de reintegração social, incentivei o envolvimento da pessoa em atividades comunitárias, como grupos de apoio e voluntariado, visando melhorar o seu sentido de pertença e reduzir o isolamento social. Também trabalhei na identificação de comportamentos mal adaptativos, especialmente relacionados com o uso de álcool, alinhando-me com a Teoria Comportamental de Dorothy Johnson, ajudando a pessoa a adotar um estilo de vida mais saudável, tendo para tal sugerido exercício físico regular, atividades de estimulação cognitiva, como a leitura, e a participação em voluntariado.

A Teoria Comportamental de Dorothy Johnson destaca a importância do comportamento adaptativo na saúde mental, enfatizando a autogestão da doença e as metas de vida da pessoa. Segundo essa teoria, o EEESMP tem um papel crucial na promoção da saúde mental, compreendendo o comportamento da pessoa, desenvolvendo estratégias e metas, e criando planos personalizados para manutenção ou recuperação da saúde (McEwen & Wills, 2015).

Para além das intervenções psicoterapêuticas, foram recomendadas práticas de autocuidado, como a gestão do *stress*, sono adequado, alimentação equilibrada e exercício físico, visando o bem-estar e a recuperação global da pessoa. A articulação entre serviços de saúde e apoio social garantiu a continuidade dos cuidados após a alta, incluindo o encaminhamento para um terapeuta especializado em luto e contacto com a UCC da área de residência. Apesar de limitações na relação terapêutica com a EEESMP da UCC, foi assegurado o seguimento por alunos de MESMP, com o objetivo de apoiar o contrato terapêutico e prevenir recaídas. Esta abordagem está em conformidade com as boas práticas da OE (2021b), promovendo cuidados contínuos e especializados na recuperação de pessoas com doença mental grave.

Estas intervenções permitiram-me desenvolver a competência supramencionada, uma vez que segundo o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), o EEESMP “Recorre à metodologia de gestão de caso (...), com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (p. 21429).

Outra atividade que vai ao encontro do que é preconizado nesta terceira competência, nomeadamente no desenvolvimento de “treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, (...) que evitem a exposição e exclusão social” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018, p. 21429), é o projeto de saúde mental “Treino de Habilidades de Interação Social em Pessoas com Patologia Dual”, pois permitiu promover a aceitação da condição mental como uma doença crónica, ajudando os participantes a combater o estigma

associado às perturbações mentais, a dar importância do “cuidar do cérebro” como um órgão vital que merece atenção, e de cultivar a aceitação pessoal e social face à doença.

Este projeto foi dinamizado por mim e pela colega de MESMP, ao longo de seis sessões com seis a sete participantes, tendo contado com atividades direcionadas para: a literacia em saúde acerca das consequências dos consumos (a nível pessoal, familiar e profissional), a promoção de escuta ativa, auto e heteroconsciência (“Roda Dentada”), a compreensão e aceitação das suas emoções e dos outros (“Balão das emoções”), a exploração de vivências e atribuição de significados (“*Body Map* da DUAL”), e o planeamento do futuro (“um olhar para o futuro”). A avaliação desta sessão foi efetuada qualitativamente através da narrativa dos participantes e quantitativamente, por intermédio dos indicadores NOC das habilidades de interação social.

O projeto revelou-se abrangente e eficaz, promovendo a empatia, comunicação interpessoal e relações positivas entre os participantes. Cada sessão gerou momentos de partilha significativos, com elevada participação e satisfação demonstrada pelos envolvidos.

Destaca-se um momento particularmente relevante durante a atividade “Balão das Emoções”, em que um participante partilhou sinais de profunda tristeza. Esta partilha possibilitou identificar um diagnóstico de Enfermagem que até então não tinha sido detetado, tendo sido um momento marcante tanto para a equipa, como para o próprio participante, que demonstrou coragem ao expressar as suas emoções perante os outros.

No contexto comunitário, o projeto “Des(amor) no Namoro” foi uma das atividades que contribuiu para o desenvolvimento da competência supramencionada, uma vez que esta preconiza que o EEESMP “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, 2018, p. 21429), na promoção de saúde mental em crianças e jovens.

Este projeto contou com três sessões cujo foco era a promoção da saúde emocional e a prevenção da violência no namoro entre os jovens. Na primeira sessão, “Vamos conhecer as nossas emoções?”, trabalhou-se o reconhecimento e a expressão emocional, incentivando a autorregulação através de atividades como: “O escultor” e a criação de infográficos. A segunda sessão, “O Amor não magoa”, abordou a identificação de diferentes formas de violência no namoro, desconstruindo mitos e promovendo literacia em saúde. Por fim, na terceira sessão, “Namorar com *fair play*”, desenvolveram-se competências para relações saudáveis, através de dinâmicas que estimularam a reflexão, o trabalho em grupo (construção de um *Body Map* e a criação de *slogans* para campanhas de prevenção contra a violência no namoro) e o uso de ferramentas como o “Semáforo da Violência”, por forma a criar limites

para a criação de relacionamentos saudáveis. Por questões de escassez de tempo, não foi possível aplicar instrumentos de avaliação, representando uma limitação da intervenção. Contudo, após cada sessão, solicitou-se feedback aos participantes, revelando uma experiência desafiante, mas gratificante. Esta situação enfatiza a importância da avaliação em intervenções mais especializadas, sem, contudo, diminuir a qualidade do trabalho desenvolvido, tendo evidenciado domínio no processo de planeamento e implementação de projetos de intervenção.

Neste mesmo contexto e no decorrer da comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental, *“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”*, foram dinamizadas atividades em duas áreas de intervenção, adaptadas a diferentes contextos. Desenvolveram-se dinâmicas dirigidas às equipas da UCC e da ECSCP do CS local incluindo: o “Círculo de Bem-Estar”, para partilha de estratégias de promoção da saúde mental no trabalho; a iniciativa “Agradece ao Teu Colega”, que ocorria após a escrita de palavras de reconhecimento e apreço aos colegas para depositar numa “caixa de boas palavras”; e o “Cuidar de Mim”, que convidou os participantes a refletir sobre as práticas de autocuidado que adotam no quotidiano. Posteriormente, realizaram-se atividades numa Escola EB 2,3, dirigidas a alunos, docentes e pessoal não docente, com o objetivo de sensibilizar a comunidade escolar para a importância da saúde mental no contexto educativo e incentivar o autocuidado individual e coletivo. Para tal, foi criado o “Mural da Saúde Mental na Escola”, no qual os participantes registaram mensagens ou desenhos com estratégias de promoção da saúde mental, práticas de autocuidado e palavras de apoio dirigidas a alunos, professores e funcionários.

Esta atividade permitiu dar resposta a esta terceira competência por possibilitar a assistência e ajuda à pessoa ao longo do ciclo vital, com a avaliação de fatores que promovem o bem-estar e a saúde mental, bem como a identificação de problemas e necessidades específicas nesse âmbito. Sendo uma intervenção psicoeducativa, promoveu a educação e sensibilização em saúde mental, focando-se no bem-estar psicológico e na melhoria da literacia em saúde mental.

Como ponto fraco foi identificado o tempo limitado de contacto com a comunidade escolar, tendo sido apontado como ponto forte a riqueza das partilhas e a identificação de potenciais problemas de saúde mental, especialmente entre o pessoal não docente.

No âmbito das respostas diferenciadas foi desenvolvida a atividade “Construção do Legado” (Apêndice 14), em consonância com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), que orienta que o EEESMP “Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: (...) Promover e reforçar as capacidades das famílias” (p. 21429). Esta

intervenção teve como propósito não apenas apoiar a pessoa em CP, mas também envolver ativamente a sua família, promovendo um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa.

Durante o estágio na ECSCP foi possível implementar esta atividade com uma cuidadora/esposa da pessoa assistida, num momento marcado por grande sofrimento e perda de esperança. De acordo com Holtslander et al. (2005), conforme citado por Marques (2014), é essencial que os cuidadores compreendam a situação da pessoa dentro de um contexto mais abrangente, o que pode proporcionar conforto emocional e fomentar a esperança, tratando-se de aspetos fundamentais para uma prestação de cuidados eficaz no contexto dos CP.

A criação de um legado configura-se como uma intervenção complexa e de elevado valor para a equipa multidisciplinar, pois permite revisitar a história de vida da pessoa e da sua família. Este processo contribui para a atribuição de significado à vivência, resolução de conflitos e arrependimentos, reviver memórias felizes e preparar, de forma mais serena e construtiva, a fase final da vida, bem como o processo de luto (Guedes et al., 2019).

A minha intervenção, enquanto futura enfermeira especialista em ESMP, foi determinante no suporte emocional à família, num contexto de sofrimento intenso causado por uma doença incurável e em fase terminal. A atividade teve como principais objetivos promover a esperança e apoiar a cuidadora no seu luto antecipatório. A sua concretização só foi possível através do estabelecimento de uma relação terapêutica assente na escuta ativa, empatia e presença genuína, permitindo à cuidadora reencontrar um propósito, mesmo em tempos adversos. Atendendo à necessidade de proteger a identidade e dados pessoais de todos os intervenientes, não me é permitida a apresentação do mesmo neste relatório.

Segundo Gonçalves et al. (2016), o sofrimento humano vai além do físico, incluindo também dimensões existenciais e espirituais, sendo a esperança um elemento essencial neste processo. Ao fomentar a esperança e manter um diálogo significativo com a cuidadora, garanti que os desejos e necessidades tanto da pessoa, como da sua cuidadora fossem respeitados, criando um ambiente de segurança e dignidade no final de vida.

Neste caso específico, a pessoa em CP demonstrava sinais de tristeza profunda, resultante da perda de autonomia e de papéis sociais, traduzindo-se num isolamento social e períodos de mutismo (em particular com todos os elementos externos à família), relevando uma profunda ausência de esperança. A sua esposa e cuidadora principal, vivenciava também sofrimento intenso perante a deterioração física e emocional do marido, refletindo igualmente um estado de “desesperança”.

De acordo com Neto (2022), a esperança é entendida como uma expectativa positiva de atingir um objetivo, sendo um recurso vital para lidar com doenças graves. Por ser um fenómeno subjetivo com impacto direto na saúde e vivência humana, integra a espiritualidade como elemento essencial.

A dimensão espiritual revelou-se indispensável neste contexto, pois proporciona bem-estar, paz interior e sentido existencial. É reconhecida como uma estratégia de *coping* que promove qualidade de vida, especialmente em situações de doença oncológica (Gonçalves et al., 2016). O cuidado espiritual, apoiado pelas instituições de saúde, deve ser considerado componente central nos CP (Matos et al., 2024).

Conforme orienta a OE (2021b), a intervenção nesta esfera exige uma comunicação sensível e empática, capaz de abranger a dimensão existencial da pessoa, incluindo a identificação de sinais de sofrimento espiritual, avaliação das fontes de força e esperança, escuta ativa, presença acolhedora, criação de vínculos significativos, e manutenção de um ambiente terapêutico.

Neste contexto, o plano de cuidados delineado teve como eixo central a promoção da esperança, respondendo diretamente às necessidades expressas pela cuidadora, dado que a pessoa assistida não se encontrava em condições físicas nem emocionais para participar.

Em todas as atividades realizadas foi essencial avaliar o impacto e a eficácia das intervenções de Enfermagem, em conformidade com o Regulamento dos PQCEESM, que reforça o compromisso do EEESMP com a excelência profissional e a procura dos mais elevados níveis de satisfação das pessoas, através da avaliação da sua perceção sobre os cuidados prestados (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, 2015). Paralelamente, o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018) destaca que o EEESMP deve identificar, monitorizar e descrever os resultados clínicos individualizados da pessoa, avaliando a efetividade dos cuidados e os ganhos em saúde mental.

2.2.4 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

A última competência específica do EEESMP, conforme estabelecido no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), refere-se à implementação das intervenções previamente planeadas “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 (...)” (p.

21430). Para tal, o EEESMP presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do ciclo de vida, envolvendo a pessoa, a família e a comunidade, com o objetivo de promover, manter ou recuperar a saúde mental.

A implementação destas intervenções do plano de cuidados visa ajudar a pessoa a alcançar um estado de saúde mental desejado ou a adaptar-se à situação de saúde/doença, através da mobilização de estratégias individualizadas, promovendo reabilitação psicossocial, educação e capacitação em saúde mental, através de ações como orientar, treinar, apoiar, capacitar e supervisionar.

Segundo a OE (2023), a intervenção psicoterapêutica deve ser conduzida por um EEESMP, de forma estruturada, sistemática, progressiva e sequencial, e deve partir da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no domínio da Saúde Mental, sendo essencial que a pessoa tenha algum grau de autoconsciência e adote um papel ativo no processo. No seu planeamento devem ser programadas entre três e doze sessões, fundamentadas na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre enfermeiro e pessoa, sendo o principal objetivo destas intervenções a promoção da “mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente” (OE, 2023 p. 15).

Por sua vez, e baseado na descrição de psicoeducação do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho (2015), as intervenções psicoeducacionais têm como objetivo informar e capacitar a pessoa com doença mental e a sua rede de apoio, promovendo a compreensão da doença e o desenvolvimento de estratégias de gestão. No entanto, não devem ser consideradas isoladamente, mas sim como parte integrante de um plano terapêutico por forma a ajudar a pessoa na prevenção de recaídas e nas estratégias adotadas para a gestão da sua doença.

Atendendo ao que foi exposto anteriormente, durante a experiência em contexto hospitalar foram realizadas intervenções psicoterapêuticas com a pessoa assistida (caso clínico), em resposta aos diagnósticos de Enfermagem identificados: Ansiedade, Autoestima Baixa, Abuso de Álcool, Interação Social Comprometida e Luto Disfuncional, definidos a partir da colheita de dados e da avaliação inicial previamente descrita.

A prescrição da intervenção “escuta ativa” foi transversal à maioria dos diagnósticos identificados, dado o seu papel central na facilitação da comunicação emocional da pessoa assistida após a criação de um espaço seguro para a mesma explorar emoções e recordar momentos marcantes, atribuindo-lhes significado, conforme defendido por Sequeira (2016). Esta intervenção está em conformidade com o previsto no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), que estabelece que o EEESMP “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio

terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (p. 21430).

Segundo Sequeira (2016), a escuta ativa não se limita a ouvir, mas envolve escutar com atenção, atribuir significado, responder de forma adequada e demonstrar uma postura de verdadeira disponibilidade para a partilha. Coelho e Sequeira (2020) reforçam que esta intervenção permite ao enfermeiro compreender profundamente as necessidades da pessoa, através de uma atitude marcada por empatia, respeito e aceitação incondicional, sendo fundamental para a construção de uma relação terapêutica eficaz.

No âmbito do diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, a pessoa assistida foi incluída nas três sessões de *snoezelen* preconizadas pelo projeto, cuja avaliação de eficácia era efetuada pela monitorização da frequência cardíaca antes e após cada sessão e pelo relato da pessoa após a sessão. Em todas as sessões a pessoa apresentou diminuição da frequência cardíaca e verbalizou que se sentia relaxada após a estimulação multissensorial.

Relativamente ao diagnóstico de Enfermagem de “Autoestima Baixa” foi prescrita a intervenção psicoterapêutica “História de Vida”, implementada ao longo de três sessões. Durante esse processo, a pessoa foi capaz de identificar três características pessoais positivas, verbalizar três atividades que lhe proporcionavam bem-estar, mas que deixou de realizar, e recordar memórias associadas a momentos felizes, demonstrando entusiasmo ao partilhá-las. Após esta intervenção, e ao longo do internamento, participou diariamente em jogos de xadrez (atividade que tinha deixado de praticar após a morte do marido) e retomou o hábito da leitura, referindo que essas atividades lhe proporcionavam uma sensação de bem-estar.

A eficácia das intervenções implementadas foi avaliada com recurso aos indicadores de resultado NOC relativos ao diagnóstico de Autoestima, tendo-se verificado uma melhoria significativa em todos os parâmetros analisados. Estes resultados estão em consonância com a observação da evolução comportamental da pessoa durante o internamento, nomeadamente através de mudanças na postura corporal e na demonstração de uma atitude mais confiante. Assim, conclui-se que a intervenção realizada foi, de forma geral, eficaz.

No contexto do diagnóstico de “Abuso de Álcool” foram realizadas duas entrevistas motivacionais, em fases distintas do processo de intervenção, cada uma com objetivos e impactos específicos no percurso terapêutico da pessoa assistida.

A primeira EM, enquadrada na fase inicial da intervenção, teve como foco principal a tomada de consciência por parte da pessoa relativamente ao seu padrão de consumo. Nesta fase trabalhou-se a identificação de fatores de risco associados ao uso de álcool, bem como de

fatores protetores e promotores de saúde mental e reabilitação psicossocial. Esta entrevista foi essencial para estabelecer uma relação de confiança e criar espaço para a reflexão e a ambivalência face à mudança.

Já a segunda EM, realizada numa fase subsequente, a de preparação para a mudança, permitiu identificar com maior precisão o estágio motivacional em que a pessoa se encontrava. Foi neste momento que se destacou uma negociação estruturada e colaborativa, a partir da qual se contratualizou um plano terapêutico. Apesar de previamente delineado por mim, o plano foi revisto, ajustado e validado conjuntamente com a pessoa, integrando as suas necessidades, objetivos e estratégias viáveis de atuação.

Esta segunda entrevista foi particularmente significativa, pois formalizou a aliança terapêutica e promoveu a responsabilização ativa da pessoa assistida, conferindo-lhe um papel central e autónomo no seu processo de recuperação. A intervenção reforçou, assim, os princípios orientadores do *recovery* e do *empowerment*, valorizando a capacidade da pessoa para gerir a sua condição de forma consciente e genuína, tal como é referido por Macedo et al. (2019).

No contexto de respostas diferenciadas, a criação do “Guia do Cuidador” vai ao encontro do que é definido pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), em que o EEESMP “Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas”. Neste caso, trata-se de uma ferramenta de apoio para a capacitação do cuidador da pessoa em CP, uma vez que a definição de CP (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, 2012) inclui explicitamente o cuidador como parte integrante da intervenção, reconhecendo e valorizando as suas necessidades e o sofrimento que experiencia ao longo do processo. A vulnerabilidade do cuidador e da família manifesta-se não apenas pela vivência da doença do seu familiar, mas também pelas múltiplas perdas associadas a essa realidade.

Ainda no contexto de respostas diferenciadas, destaco a intervenção “Construção do Legado” como aquela que exerceu maior impacto junto da cuidadora e da família da pessoa em CP, como intervenção terapêutica no luto antecipatório.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) descreve as mudanças significativas que ocorrem ao longo da vida e que afetam o bem-estar das pessoas e suas famílias. Estas transições podem ser desenvolvimentais, situacionais, organizacionais, de saúde-doença ou múltiplas. No contexto dos cuidados de fim de vida, destaca-se a transição de saúde-doença, muitas vezes marcada pelo declínio progressivo, e a transição situacional, que inclui o processo de luto vivido pela pessoa e cuidadores face à aproximação da morte.

Neste cenário, o enfermeiro tem um papel essencial como facilitador da adaptação a estas transições, planeando intervenções que ajudem a pessoa e a família a lidar com a perda, o sofrimento e a reconstrução emocional que o luto implica.

Segundo Coelho et al. (2020), o luto antecipatório manifesta-se como uma experiência de sofrimento traumático, resultante da exposição contínua a situações que ameaçam a vida da pessoa cuidada. Este processo envolve tanto a dor associada à separação iminente quanto às perdas relacionais já vividas no presente. Nesse contexto, os cuidadores enfrentam exigências significativas de regulação emocional, frequentemente prolongadas no tempo e cumulativas, desafiando a sua resiliência e bem-estar psicológico.

Atendendo ao descrito anteriormente, esta intervenção foi estruturada em quatro sessões, com o objetivo de apoiar a cuidadora, num momento de acentuado sofrimento físico, psicológico e espiritual, procurado criar espaços de reflexão, onde memórias significativas pudessem ser evocadas e valorizadas, traduzindo-se numa narrativa de vida. A materialização desta narrativa assumiu a forma de um livro, desenvolvido em colaboração com a cuidadora, e estruturado cronologicamente como um diálogo dirigido ao marido e, posteriormente, incluiu ainda uma galeria de fotografias significativas, organizadas com o contributo dos filhos, sendo cada imagem acompanhada por uma descrição pessoal feita pela cuidadora. Esta compilação permite que filhos e netos acessem a momentos da história familiar que possivelmente desconheciam, prolongando este legado ao longo das gerações.

Desde o início, priorizei a criação de uma relação terapêutica assente na confiança e empatia, envolvendo ativamente a cuidadora no processo. A avaliação diagnóstica incluiu a aplicação da versão portuguesa do *Herth Hope Index – Caregiver* (Marques, et al., 2016)³, que permitiu identificar a presença de “falta de esperança” e orientar a intervenção para a construção de uma narrativa partilhada da vida do casal. Este percurso foi enriquecido com nove memórias cuidadosamente escolhidas, relatos emocionais e fotografias selecionadas pela família, que se tornaram elementos-chave na estruturação do legado.

Para avaliar os efeitos da intervenção da “Construção do Legado”, foi novamente aplicado o instrumento anteriormente mencionado após implementação da mesma, contudo os resultados obtidos não evidenciaram diferenças significativamente expressivas. Esta ausência de impacto mensurável pode estar relacionada com diversos fatores, nomeadamente a deterioração do estado físico da pessoa cuidada, o momento de

³ Versão portuguesa do *Herth Hope Index – Caregivers* (Marques et al., 2016), instrumento de autorrelato com 9 itens em escala Likert de 4 pontos para avaliar a esperança em cuidadores, mantendo o foco na perceção do futuro, força interior, otimismo e sentido de ligação.

instabilidade emocional vivido pela família devido a situações externas à doença, e a sobrecarga física sentida pela cuidadora no período em que o instrumento foi aplicado.

No entanto, após a avaliação qualitativa da intervenção, o impacto emocional desta abordagem foi evidente nos testemunhos recolhidos ao longo das sessões: *“Obrigada por me ter lembrado dos momentos em que fui feliz”* ou *“Quando estou a cuidar dele, só me lembro dos momentos bons.”* Estes relatos demonstram como o resgate de vivências significativas pode reforçar a identidade da pessoa em sofrimento, proporcionar conforto emocional e fortalecer os vínculos familiares, transformando a dor em afeto. Além disso, permitem criar um legado afetivo que ultrapassa a perda de papéis e se perpetua no tempo (Boles&Jones, 2021).

A materialização desta narrativa assumiu a forma de um livro, desenvolvido em colaboração com a cuidadora, e estruturado cronologicamente como um diálogo dirigido ao marido e, posteriormente, incluiu ainda uma galeria de fotografias significativas, organizadas com o contributo dos filhos, sendo cada imagem acompanhada por uma descrição pessoal feita pela cuidadora. Esta compilação permite que filhos e netos acedam a momentos da história familiar que possivelmente desconheciam, prolongando este legado ao longo das gerações.

Esta abordagem permitiu à família reconhecer e valorizar a história de vida e os tributos da pessoa assistida, promovendo um espaço de partilha emocional e de reflexão sobre memórias significativas. A intervenção revelou-se extremamente gratificante, ao possibilitar a validação das emoções por parte da cuidadora, à atribuição de significado à experiência vivida e a inspiração de esperança no seio da família.

Esta intervenção revelou-se profundamente transformadora, não apenas para a família, mas também para mim enquanto futura enfermeira especialista ESMP, não só pelo contacto direto com a vivência do luto e da perda, mas também porque me proporcionou ferramentas concretas para apoiar e orientar a família neste processo delicado, as quais posteriormente pude aplicar na prática clínica. Ao permitir-me integrar a dimensão relacional, como um dos pilares dos CP, e a dimensão espiritual, numa prática centrada na integralidade da pessoa, na dignidade, memória e esperança, eu considero ter demonstrado sensibilidade e habilidades comunicacionais na abordagem ao luto.

Ao integrar conhecimentos científicos, técnicos e humanos na prática clínica, e ao exercer um elevado julgamento clínico, o EEESMP promove experiências terapêuticas significativas, tanto a nível intrapessoal, como interpessoal.

Como referido no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (2018), “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em

saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” (p. 21427).

Neste percurso de aquisição de competências especializadas acredito ter contribuído positivamente para a saúde mental e bem-estar das pessoas, famílias e grupos que acompanhei, e, em simultâneo, reconheço o quanto cresci, pessoal e profissionalmente, com cada um deles.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. RESUMO

Enquadramento: Os CP são uma abordagem ativa e integrada que visa promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e da família face a uma doença incurável e avançada. Para a pessoa em fim de vida, a construção do legado assume um papel humanizador e significativo, promovendo a dignidade, o sentido de vida e a continuidade da identidade após a morte e, simultaneamente, facilita adaptação no processo de luto.

Objetivo: Mapear os benefícios das intervenções e estratégias que envolvam a construção do legado no processo de luto vivenciado em CP; identificar as intervenções e estratégias e os seus efeitos, utilizadas na construção do legado; e, identificar as principais limitações dos estudos quanto à implementação das intervenções de construção do legado descritas pela literatura.

Metodologia: Realizou-se uma RCL, aproximada aos pressupostos metodológicos do JBI para *scoping review*. A questão de investigação foi estruturada segundo a mnemónica PCC: (P) Pessoas adultas em fim de vida, (C) Intervenções de construção do legado no processo de luto e (C) Cuidados Paliativos. Relativamente à pesquisa, esta foi conduzida nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCOhost), sem horizonte temporal. Seguiram-se as orientações PRISMA-Scr para seleção e análise dos estudos, recorrendo-se ao software *Rayyan* para a triagem e organização dos dados.

Resultados: Identificaram-se seis estudos que cumpriram os critérios de inclusão, distribuídos por três continentes (Oceania, Europa e América do Norte), com uma tendência crescente na última década. Os resultados apontam para benefícios emocionais, espirituais e relacionais da construção do legado, com a reafirmação da identidade, o fortalecimento dos vínculos afetivos e ganhos na prática profissional. As principais limitações apontadas incluem amostras reduzidas, carácter exploratório, curta duração das intervenções e ausência de seguimento longitudinal.

Conclusões: A construção do legado traduz uma prática de cuidado transpessoal e ético, que reforça a dignidade, o sentido de vida e o conforto existencial. Contudo, a literatura demonstra fragilidades metodológicas e conceptuais que exigem o desenvolvimento de investigações mais robustas e contextualizadas, capazes de avaliar o impacto a médio e longo prazo e de explorar a influência nas gerações futuras.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Legado; Luto; Final de Vida.

ABSTRACT

Background: Palliative care is an active and integrated approach that aims to promote the well-being and quality of life of individuals and families facing incurable and advanced illness. For people at the end of life, building a legacy plays a humanising and meaningful role, promoting dignity, a sense of purpose and continuity of identity after death, while also facilitating adaptation in the grieving process.

Objective: To map the benefits of interventions and strategies involving legacy building in the grieving process experienced in PC; to identify the interventions and strategies and their effects used in legacy building; and to identify the main limitations of studies regarding the implementation of legacy building interventions described in the literature.

Methodology: A Critical Literature Review was conducted, approximating the methodological assumptions of the JBI for scoping reviews. The research question was structured according to the PCC mnemonic: (P) Adults at the end of life, (C) Legacy-building interventions in the grieving process, and (C) Palliative care. The search was conducted in the MEDLINE (via PubMed) and CINAHL (via EBSCOhost) databases, with no time limit. The PRISMA-Scr guidelines were followed for the selection and analysis of studies, using Rayyan software for data screening and organisation.

Results: Six studies that met the inclusion criteria were identified, distributed across three continents (Oceania, Europe, and North America), with an increasing trend over the last decade. The results point to emotional, spiritual, and relational benefits of legacy building, with the reaffirmation of identity, the strengthening of emotional bonds, and gains in professional practice. The main limitations identified include small samples, exploratory nature, short duration of interventions, and lack of longitudinal follow-up.

Conclusions: Legacy building reflects a transpersonal and ethical care practice that reinforces dignity, meaning of life, and existential comfort. However, the literature shows methodological and conceptual weaknesses that require the development of more robust and contextualized research capable of assessing the medium- and long-term impact and exploring the influence on future generations.

Keywords: Palliative Care; Legacy; Grief; End of Life.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Quando Cicely Saunders inaugurou o primeiro *hospice* em 1967 – o *St. Christopher's Hospice* – iniciava um caminho pioneiro em prol dos CP modernos, apesar de todas as descrenças e vertentes opositoras ao cuidar compassivo e centrado na pessoa (Cicely Saunders Institute, 2025).

Em Portugal, com a criação da Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, 2012), os CP consolidaram-se como uma estrutura organizada e com reconhecimento a nível do Serviço Nacional de Saúde, passando a ser definidos como:

Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, p. 5119).

Deste modo, a filosofia dos CP centra-se na promoção da qualidade de vida da pessoa e família diante de uma doença incurável, progressiva e avançada, e com prognóstico limitado, assentando em quatro pilares: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

O atual PEDCP (2023-2024) salienta que os CP devem ser personalizados, coordenados e integrados, providos de dignidade e respeito, para que sejam valorizadas as necessidades individuais da pessoa e família, com vista a promover a sua capacitação de ambos para a tomada de decisão informada e uma maior autonomia possível. Paralelamente, destaca a necessidade de apoio especializado no luto, no peri-morte e pós-morte, para que sejam alcançados cuidados de excelência (CNCP, 2023).

Segundo Coelho (2023), o enfermeiro em CP detém um papel central na prestação de cuidados de qualidade, pela sua presença contínua junto da pessoa em fim de vida, sendo essencial que este profissional seja empático, habilitado de competências comunicacionais e relacionais, para melhor compreender as necessidades da pessoa/família nessa fase da vida e para prestar apoio humanizado no momento da morte.

Neste contexto, torna-se fulcral salientar a relevância de integrar o EEESMP nas equipas de suporte em CP, dada as suas competências específicas em áreas fundamentais como: a comunicação (com a pessoa e família, bem como na interação com restante equipa

multidisciplinar), a gestão emocional, e o acompanhamento no luto (preparatório, antecipatório e pós-morte).

A atuação do EEESMP na abordagem ao luto assume particular preponderância, tanto pela sua formação especializada em saúde mental como pela sua capacidade em avaliar, integrar e intervir com sensibilidade e eficácia, nos processos de perda vivenciados pela pessoa, família e até pelos seus pares.

No decurso dos anos, o conceito de luto tem denotado uma evolução significativa, distanciando-se da associação recorrente ao desenvolvimento de doenças físicas ou mentais, e aproximando-se da compressão do mesmo como um processo natural e esperado, aquando da interrupção de um laço afetivo (Sousa et al., 2022). O luto desencadeia um processo ativo de transformações e de mudanças multidimensionais, sendo estas físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais, sociais e culturais (Barbosa, 2016 conforme citado por Sousa et al., 2022).

Para Aguiar (2022), o luto é um processo complexo que carece de tarefas relacionadas com a reestruturação da identidade e emocional após a rutura de um vínculo significativo, tornando-se numa vivência única e coerente com fatores internos e externos à pessoa. O método de elaboração do luto requer ajustamento à perda e aceitação da realidade, o que envolve sofrimento, tempo indefinido e está intrinsecamente relacionado com a capacidade de reencontrar esperança, conforto e novos significados para a vida.

Todas estas repercussões emocionais, cognitivas e identitárias que se dão diante da ameaça da finitude de uma pessoa, pode ser vivenciado tanto pela pessoa quanto pelos familiares ou pessoas próximas, desde que surge o conhecimento do diagnóstico de doença limitativa no tempo e qualidade de vida. Deste modo, torna-se imprescindível destacar e definir dois conceitos-chave: o luto antecipatório e o luto preparatório.

O luto antecipatório segue uma orientação para o futuro, sendo descrito como “a experiência de luto dos membros da família enquanto a pessoa com doença limitante está viva, mas que se concentra nas perdas temidas ou antecipadas que ocorrerão após a morte da pessoa” (Singer et al., 2022, p.10). É caracterizado pela angústia de separação e pela preocupação com um futuro sem a presença física da pessoa doente, corroborando outros estudos que descrevem o luto antecipatório em termos da antecipação de perdas futuras relacionadas com a perda física de alguém (Singer et al., 2022 citados por Milic et al., 2025).

O processo pode ter início de forma precoce quando os familiares ou pessoas próximas começam a adotar um afastamento emocional como estratégia de defesa ou de adaptação. A compreensão do início e da natureza dual do luto antecipatório permite que profissionais de

saúde ajustem as suas intervenções, sendo esta abordagem particularmente relevante na minimização dos efeitos psicossociais negativos resultantes da sobrecarga de cuidados, frequentemente associados a dinâmicas familiares disfuncionais, tal como é demonstrado por investigações anteriores. (Masterson et al. 2013 citados por Milic et al., 2025).

O início precoce deste processo possibilita que os familiares comecem a vivenciar o luto ainda antes da ocorrência efetiva da perda. Contudo, essa antecipação pode também resultar em reações de luto prolongadas após a morte, dificultando a adaptação devido à presença de múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de perturbação de luto prolongado (PLP), tal como definido pela Norma 003/2019 da DGS. A identificação precoce dos sinais de PLP e o seu acompanhamento adequado pode favorecer estratégias de enfrentamento mais eficazes e uma preparação emocional mais adequada, prevenindo comorbilidades associadas (Milic et al., 2025).

No que concerne ao luto preparatório é referente à pessoa que se encontra em fim de vida, que segundo Cordeiro et al. (2020, p. 206) “é o período de até 12 meses que antecede a morte”.

O luto preparatório é um processo ativo de adaptação à iminência da perda, que capacita a pessoa a desenvolver resiliência. Este período é crucial para a qualidade de vida restante da pessoa e para o bem-estar da família (Silva, 2024).

Mystakidou et al. (2005) refere que a pessoa considera que este é o luto da perda de si mesmo, causando sofrimento por: perdas que já ocorreram (perda da privacidade, perda da independência, perda dos sonhos, dos projetos, da dignidade, do papel na família...); perdas que estão a ser vivenciadas (perda da imagem corporal, perda de capacidades cognitivas...); e, perdas que ocorrerão após a morte, como consequência dela (por exemplo, as alterações na vida da família).

Nesse processo, é frequente manifestarem tristeza, medo e ansiedade relacionados com a separação que se aproxima, a incerteza espiritual e a percepção de metas de vida não alcançadas, no entanto pode favorecer uma sensação de conclusão ou de despedida. Trata-se de uma vivência comum, em que o sofrimento emocional surge como o fator independente mais fortemente associado a níveis mais elevados de luto, independentemente de variáveis psicológicas, físicas, clínicas ou demográficas. Contudo, quando não é resolvido, o luto preparatório pode evoluir para quadros de ansiedade e depressão. Assim, o apoio psicológico assume um papel fundamental para ajudar a lidar com a complexidade emocional deste período (Vergo et al., 2017 conforme citados por Milic et al., 2025).

Dessa forma, a compreensão do luto preparatório e antecipatório torna-se essencial para orientar a intervenção do enfermeiro enquanto agente fulcral neste processo, podendo ser enquadrada à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (1985) – propondo uma abordagem relacional, espiritual e humanizada do cuidar – e da Teoria do Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore (1998) – (Andrade et al., 2022)

Segundo Watson (2007), o cuidado deve um ato intencional e profundo, que transcende as dimensões físicas e promove ligações genuínas emergentes do apoio à expressão dos sentimentos, à promoção de fé e esperança, e da criação de um ambiente seguro e harmonioso. Foi baseado nesta premissa que surgiu a Teoria do Cuidado Transpessoal, e cuja concretização na prática se sustenta nos processos caritativos que operacionalizam esta filosofia de cuidar e orientam para a relação transpessoal, destacando a importância do cuidado compassivo sustentado por valores humanísticos e altruístas, da escuta ativa e do reconhecimento da unicidade do outro.

Deste modo, o enfermeiro que fundamenta a sua prática na Teoria do Cuidado Transpessoal é incentivado a autodesenvolver-se e a cultivar a sensibilidade para consigo próprio e para com os outros, o que lhe permite compreender melhor a visão do mundo do outro e, consequentemente, aumentar o seu foco relativamente ao conforto e o bem-estar da pessoa assistida (Watson, 2007).

Paralelamente, a Teoria do Final de Vida Pacífico (*Peaceful End of Life Theory*), proposta por Ruland e Moore em 1998, constitui um referencial para avaliar e planear intervenções de enfermagem, possibilitando que a pessoa em fim de vida vivencie este período de acordo com cinco critérios fundamentais: a ausência de dor, a promoção de conforto, a vivência com dignidade/respeito, proporcionar paz (promover tranquilidade em relação a aspetos físicos, psicológicos e espirituais) e a proximidade com pessoas significativas (Zaccara et al., 2017).

Estas abordagens teóricas sublinham a relevância do cuidado centrado na pessoa, orientado não só para o controlo dos sintomas físicos, mas simultaneamente para a promoção do bem-estar emocional e das relações interpessoais. Assim, num contexto em que os CP procuram integrar práticas holísticas e individualizadas, é crucial reconhecer que intervenções como a construção do legado são vivenciadas e valorizadas por adultos em fim de vida e respetivas famílias, sobretudo pelo contributo que oferecem na mitigação do sofrimento inerente ao processo de luto.

De acordo com Boles e Jones (2021), o legado é a representação da identidade do “eu”, atendendo aos seus valores, vivências, impactos e vínculos, sendo construído e transmitido entre gerações. Pode assumir formas tangíveis ou imateriais, e resultar de um ato intencional

ou de circunstâncias fortuitas, mas assume sempre o papel de meio de conexão, transmissão de saberes, de inspiração e transformação.

Para Timóteo et al. (2024), o legado funciona como conector entre o passado, presente e futuro, oferecendo sentido de vida, através de memórias ou símbolos (planeados ou espontâneos) promovendo emoções positivas impactantes para o presente e que se podem perpetuar no tempo. Por se tratar de uma intervenção singular reforça a necessidade de cuidados centrados na pessoa, que respeitem a dignidade humana, promovam relações interpessoais e contribuam para a resolução de questões existenciais no fim de vida.

Em suma, a construção do legado configura-se como uma expressão concreta de cuidado transpessoal, que valida a existência da pessoa, reafirma o seu valor e permite a continuidade do seu ser para além da morte. A criação de memórias significativas e a partilha de valores e narrativas pessoais integram-se nos processos caritativos descritos por Jean Watson – Teoria do Cuidado Transpessoal - revelando práticas de cuidado profundo, ético e espiritual que conferem dignidade no fim de vida.

Enquadra-se igualmente na perspetiva da Teoria do Final de Vida Pacífico, uma vez que pode facilitar a comunicação e a proximidade entre a pessoa e a família, apoiar posteriormente o processo de luto das pessoas significativas e permitir a revisão de vida, promovendo a paz interior e uma vivência mais serena no final da vida (Vidal et al., 2018; Cardoso et al., 2023).

A literatura acerca das intervenções de legado em CP é fragmentada e heterogénea, com definições pouco consistentes e descrições dispersas das intervenções existentes. Os efeitos reportados são maioritariamente subjetivos, pouco sistematizados e baseados em estudos com metodologias e amostras limitadas, o que dificulta a comparação e a integração na prática clínica. Assim, existe uma lacuna na sistematização das intervenções de legado e na clarificação dos seus efeitos, justificando a pertinência desta investigação.

3. METODOLOGIA

A Prática Baseada na Evidência orienta a tomada de decisões clínicas, integrando a melhor evidência disponível, o contexto assistencial, as preferências da pessoa e o julgamento profissional, contribuindo para cuidados de saúde mais eficazes, centrados na pessoa e com menor custo (Apóstolo, 2017).

Conforme anteriormente referido, optou-se pela realização de uma RCL, aproximada aos princípios metodológicos preconizados pelo JBI para uma *scoping review*, por se considerar que esta é a tipologia de revisão que melhor responde à análise e reflexão dos objetivos delineados.

Neste capítulo serão apresentados os objetivos do presente estudo, a questão de investigação, os critérios de inclusão e exclusão, as fontes de informação utilizadas, as expressões de pesquisa e o processo de seleção e análise das fontes de evidência.

3.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Formular uma questão de investigação é um dos pilares fundamentais do pensamento crítico-reflexivo, pois possibilita a tomada de decisões baseadas em evidências, contribuindo para a resolução de problemas. Para apoiar este processo, existem estruturas padronizadas, como acrónimos, que ajudam a delinear os elementos essenciais da questão (Sousa et al., 2018).

Esta investigação tem por objetivo geral mapear os benefícios das intervenções e estratégias que envolvam a construção do legado no processo de luto vivenciado (antecipatório, preparatório e pós-morte) em CP e, como objetivos específicos: identificar as intervenções e estratégias utilizadas para a construção do legado, na vivência da pessoa em fim de vida e família/cuidadores, bem como os seus efeitos, e identificar as principais limitações dos estudos quanto à implementação das intervenções de construção do legado descritas pela literatura.

Recorreu-se à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), atendendo que: (P) Pessoas adultas em fim de vida, (C) Intervenções de construção do legado no processo do luto e (C) Cuidados Paliativos. Deste modo, formulou-se a seguinte questão de investigação - "Quais as intervenções de legado em Cuidados Paliativos são descritas e quais os efeitos reportados?".

A metodologia PCC garantiu uma abordagem estruturada e coerente na identificação da evidência disponível, tendo sido possível orientar e delimitar a pesquisa de forma precisa,

permitindo a seleção de estudos pertinentes para responder ao objetivo definido, tal como fica explanado no mapa de conceitos que se segue (Tabela 1):

Tabela 1

Mapa de conceitos

	Termos de linguagem natural	Termos MESH	CINAHL Subject Headings
P	end-of-life, 'palliative patient', 'terminally ill', 'palliative people'	Terminal care	Terminal Care
C	Legac*, 'life purpose', 'life history', 'life review', 'heritage'		
C		Palliative Care, Palliative Medicine, Hospice and Palliative Care Nursing, hospice care	Palliative Care Nursing Hospice Care

É importante salientar que não existe termo MeSH nem CINAHL *Subject Headings* específico para “legado”, o que condiciona a sua utilização direta enquanto descritor controlado.

Baseados na mnemónica PCC da JBI, os critérios de inclusão foram: (P)Participantes - pessoas adultas (com idade superior a 18 anos) em fim de vida (12 meses de vida); (C)Conceito – intervenções de construção do legado no processo de luto (preparatório/antecipatório/pós-morte); e, (C)Contexto - Cuidados Paliativos (Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos).

Foram incluídos estudos primários (quantitativos, qualitativos ou mistos) e secundários, publicados em todos os idiomas e sem limite temporal, independentemente do ano da publicação, que cumprissem a mnemónica construída.

Os critérios de exclusão abrangeram todos os artigos que não se inserissem no contexto de CP, assim como aqueles que abordassem exclusivamente o luto após a morte, sem evidência da integração do luto preparatório e luto antecipatório.

3.2 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa contemplou fontes de evidência publicadas e decorreu em duas etapas. Numa fase inicial, realizou-se uma pesquisa exploratória nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost) e Google Académico, analisando títulos e resumos para definição dos descritores. Posteriormente, a estratégia de pesquisa adotada foi

aplicar os termos identificados, de forma sistemática, nas bases referidas. Foram considerados os estudos disponíveis nas bases de dados MEDLINE e PubMed, sem horizonte temporal até 20 de agosto de 2025, cuja estratégia de pesquisa se encontra descrita na Tabela 2.

Tabela 2

Extração das pesquisas

ID	Estratégia de Pesquisa	Nº de artigos
CINAHL Complete (via EBSCOhost)		
S1	XB end-of-life OR XB 'palliative patient' OR XB 'terminally ill' OR XB 'palliative people' OR MH Terminal Care	39.525
S2	XB Legac* OR XB 'heritage' OR XB 'life review' OR XB 'life history' OR XB 'life purpose'	11.645
S3	MH Palliative Care Nursing OR MH Hospice Care	10.801
S4	S1 AND S2 AND S3	27
Expressão de pesquisa: (MH Palliative Care Nursing OR MH Hospice Care) AND (XB Legac* OR XB 'heritage' OR XB 'life review' OR XB 'life history' OR XB 'life purpose') AND (XB end-of-life OR XB 'palliative patient' OR XB 'terminally ill' OR XB 'palliative people' OR MH Terminal Care)		
MEDLINE (via Pubmed)		
S1	(((((end-of-life[Title/Abstract]) OR ('palliative patient'[Title/Abstract])) OR ('terminally ill'[Title/Abstract])) OR ('palliative people'[Title/Abstract])) OR (Terminal care[MeSH Terms]))	86.637
S2	(((((Legac*[Title/Abstract]) OR ('life purpose'[Title/Abstract])) OR ('life history'[Title/Abstract])) OR ('life review'[Title/Abstract])) OR ('heritage'[Title/Abstract]))	54.835
S3	((((Palliative Care[MeSH Terms]) OR (Palliative Medicine[MeSH Terms])) OR (Hospice and Palliative Care Nursing[MeSH Terms])) OR (hospice care[MeSH Terms]))	73.960
S4	S1 AND S2 AND S3	133
Expressão de pesquisa: ((((((end-of-life[Title/Abstract]) OR ('palliative patient'[Title/Abstract])) OR ('terminally ill'[Title/Abstract])) OR ('palliative people'[Title/Abstract])) OR (Terminal care[MeSH Terms])) AND (((((Legac*[Title/Abstract]) OR ('life purpose'[Title/Abstract])) OR ('life history'[Title/Abstract])) OR ('life review'[Title/Abstract])) OR ('heritage'[Title/Abstract])) AND (((((Palliative Care[MeSH Terms]) OR (Palliative Medicine[MeSH Terms])) OR (Hospice and Palliative Care Nursing[MeSH Terms])) OR (hospice care[MeSH Terms]))		

Os artigos relevantes para a revisão foram analisados com base nas informações fornecidas e triados através da plataforma *Rayyan*, segundo duplicação de estudos e, posteriormente, análise do título e resumo tendo sido finalizada a sua seleção com 16 estudos para leitura do artigo integral e recuperados todos os que cumpriam os critérios de inclusão da revisão.

Para a recolha e síntese dos dados obtidos dos artigos foi elaborado um instrumento, contemplando: nome(s) do(s) autor(es), título artigo, ano de publicação, país de origem,

metodologia do estudo, tamanho da amostra, fase do luto, estratégias/intervenções de construção do legado, benefícios da estratégia/intervenção e limitações do estudo.

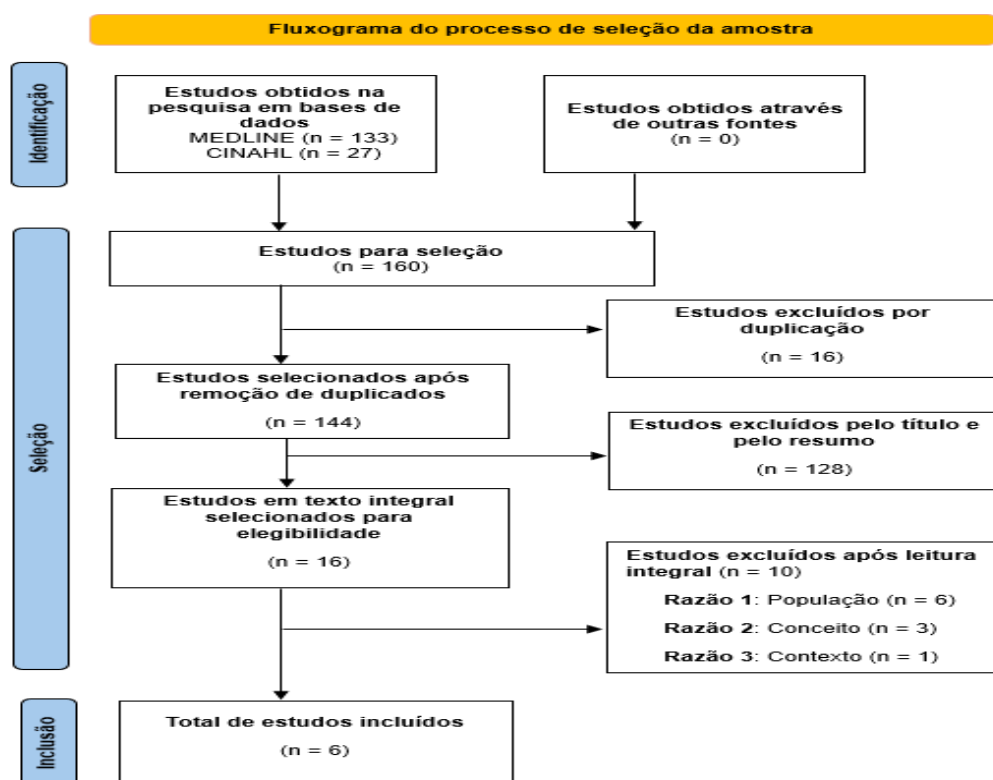
4. RESULTADOS

A seleção dos estudos incluídos foi conduzida em conformidade com as diretrizes metodológicas PRISMA-Scr (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), conforme ilustrado no fluxograma subsequente, apresentado na Figura 1.

A pesquisa identificou 133 artigos na base de dados MEDLINE via PubMed e 27 artigos na base de dados CINAHL via EBSCOhost, com potencial relevância. De modo a realizar a análise dos artigos, recorreu-se ao *software Rayyan*. Assim, foram excluídos: 16 estudos por duplicação; dos restantes estudos, 128 foram excluídos, após avaliação do título e do resumo, ficando com 16 artigos. Destes 16 artigos, após leitura integral dos artigos, 6 foram excluídos pela caracterização da sua amostra não corresponderem à população a ser estudada, 3 por diferirem do conceito preconizado e 1 devido ao contexto não representar o definido para o estudo. Finalizou-se esta etapa com 6 artigos.

Figura 1

Fluxograma do processo de seleção



Fonte: Fluxograma PRISMA-Scr (adaptado de Tricco et al., 2018).

Para facilitar a organização, descrição e discussão dos artigos incluídos, estes foram codificados através da atribuição de identificadores sequenciais (E1 a E6), dispostos por

ordem cronológica. Procedeu-se ainda à caracterização das respetivas amostras, considerando a sua origem e participantes, conforme ilustrado na Tabela 3.

Tabela 3

Codificação dos estudos selecionados

Código	País de Origem	Ano	Autores	Título	Caracterização da Amostra
E1	Portugal	2022	<u>Julião</u> , M.; <u>Sobral</u> , M. A.; <u>Johnston</u> , B.; <u>Lemos</u> , A. R.; <u>Almeida</u> , S.; <u>Antunes</u> , B.; <u>Dönmez</u> , Ç. F.; <u>Chochinov</u> , H. M.	“A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents”	39 pessoas com com doença terminal (oncológica) receberam a intervenção - apenas 17 consentiram a análise qualitativa dos documentos
E2	Alemanha	2021	<u>Cuhls</u> , H.; <u>Hesse</u> , M.; <u>Ates</u> , G.; <u>Radbruch</u> , L.	“Audiobooks from terminally ill parent for their children – a qualitative evaluation”	54 participantes: todos pais com doenças terminais
E3	Estados Unidos da América	2020	<u>Shuber</u> , C.; <u>Kok</u> , A.	“Hospice Photography’s Effects on Patients, Families, and Social Work Practice”	7 participantes: 6 assistentes sociais experiência média de 4 anos em CP e 1 familiar (neta de uma pessoa fotografada).
E4	Estados Unidos da América	2019	<u>Beck</u> , A.; <u>Cottingham</u> , A. H.; <u>Stutz</u> , P. V.; <u>Gruber</u> , R.; <u>Bernat</u> J. K.; <u>Helft</u> , P. R.; <u>Wilhelm</u> , L.; <u>Schmidt</u> , K.; <u>Stout</u> , M. E.; <u>Willard</u> C.; <u>Johns</u> , S. A.	“Abbreviated dignity therapy for adults with advanced-stage cancer and their family caregivers: Qualitative analysis of a pilot study”	11 Participantes: todos os participantes em fim de vida
E5	Austrália	2017	<u>Vuksanovic</u> , D.; <u>Green</u> , H. J.; <u>Dyck</u> , M.; <u>Morrissey</u> , S. A.	“Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial” (RCT)	56 participantes: Todos os participantes tinham expectativa de vida de 12 meses ou menos
E6	Austrália	2017	<u>Vuksanovic</u> , D.; <u>Green</u> , H.; <u>Morrissey</u> , S.; <u>Smith</u> , S.	“Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients”	56 participantes: Todos os participantes tinham expectativa de vida de 12 meses ou menos

Foram incluídos seis estudos elegíveis nesta RCL, analisados na íntegra, abrangendo três continentes: Oceania (2), Europa (2) e América do Norte (2). Toda a produção científica foi publicada na última década, o que evidencia um interesse crescente e recente sobre a temática, destacando-se que o estudo mais recente corresponde a uma investigação de âmbito nacional.

Por forma a mapear as intervenções de construção do legado identificadas nos estudos incluídos (E1–E6), os tipos de luto abordados e os benefícios reportados, foi elaborada a tabela que se segue (Tabela 4). Esta organização permite evidenciar de forma comparativa as abordagens utilizadas, bem como os seus impactos na vivência do luto, nas pessoas em fim de vida, familiares/cuidadores e na prática profissional.

Tabela 4

Mapeamento das intervenções de construção do legado e seus efeitos no processo de luto

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Intervenções para construção do legado						
Terapia Dignidade (TD)	x				x	x
Terapia de Dignidade Abreviada				x		
Audiolivro		x				
Fotografias			x			
Revisão de vida (RV)					x	x
<i>Waitlist</i>					x	x
Tipo de luto vivenciado						
Luto preparatório	x	x	x	x	x	x
Luto antecipatório			x	x	x	
Luto pós-morte			x			
Benefícios do legado na vivência do luto						
Expressão pessoal e identidade						
Permite expressão de valores, memórias, mensagens e desejos	x			x		x
Reafirma dignidade, autonomia e identidade além da doença			x		x	
Favorece reflexão e avaliação da própria vida				x	x	x
Apoio emocional e espiritual						
Redução de ansiedade e depressão; aumento de bem-estar psicológico e espiritual	x	x		x		x
Alívio emocional e sentido de propósito no fim de vida	x	x		x		
Estímulo à esperança e resiliência				x	x	x
Benefícios para familiares e cuidadores						
Consolação, lembrança tangível, conforto no luto		x	x	x	x	
Fortalecimento do relacionamento/vínculos e abertura de conversas profundas sobre vida/morte	x			x	x	
Transmissão de identidade e valores para gerações futuras				x	x	
Benefícios para a prática profissional						
Instrumento centrado no doente, melhora do vínculo terapêutico	x		x			
Maior satisfação profissional em cuidados paliativos			x			

A condição *Waitlist* correspondeu à aplicação da TD padrão após um período de espera de 10 dias (Vuksanovic et al., 2017). Na versão TD abreviada, foram exploradas apenas três das nove questões originais, selecionadas por evocarem conteúdos emocionalmente significativos (Chochinov et al., 2002, conforme citado por Beck et al., 2019; Johns, 2013, citado por Beck et al., 2019).

Para responder à questão de investigação e aos objetivos do estudo, foi elaborada a Tabela 5, que sintetiza os dados dos artigos elegíveis, incluindo o tipo de luto, a intervenção de construção do legado, os benefícios observados e as principais limitações.

Tabela 5

Síntese das respostas às questões de revisão apresentadas por estudo

Estudo	Intervenções para construção do legado	Tipo de Luto	Benefícios alcançados	Limitações do estudo
E1	Terapia da Dignidade (TD): entrevistas gravadas, transcritas e editadas em documentos de generatividade (legado)	Preparatório	Expressão de identidade, valores e memórias; fortalecimento de vínculos; bem-estar psicológico; sentido e propósito; apoio centrado na pessoa.	Amostra reduzida (17 analisados); não inclui diversidade cultural; análise qualitativa restrita aos documentos
E2	Criação de audiolivros por pais terminais para filhos pequenos	Preparatório	Preservação da conexão; alívio pelas mensagens e conselhos; aumento de bem-estar espiritual e autoestima; apoio social.	Intervenção exigente para pessoas em fim de vida; não avaliado efeito nos filhos a longo prazo
E3	Fotografias (retratos, mãos dadas, objetos) feitas por assistentes sociais em CP	Antecipatório, Preparatório e Pós-morte	Reafirmação da dignidade e identidade; lembrança tangível; conforto no luto; fortalecimento de vínculos; melhora da prática profissional	Ausência de participação direta das pessoas (falecidas); n.º de participantes reduzido; exploratório
E4	TD abreviada: projeto de legado escrito (mensagens, memórias, valores)	Preparatório e Antecipatório	Autoexpressão, reflexão, propósito; fortalecimento de laços; processar emoções em conjunto; esperança; transmissão de identidade para o futuro	Amostra reduzida (11); intervenção abreviada limita comparabilidade com TD completa; resultados subjetivos
E5	TD vs Revisão de Vida (RV) vs Waitlist: construção de documento legado	Preparatório e Antecipatório	Maior senso de dignidade, propósito e integridade do ego; legado para gerações futuras; alta satisfação de doentes e famílias	Sem diferenças significativas quanto à qualidade de vida geral; foco a curto prazo; não generalizável
E6	TD vs Waitlist vs RV	Preparatório	Favorece esperança, resiliência e senso de legado; promove reflexão e autoafirmação; facilita crescimento psicológico e emocional	Temas importantes (arrependimentos, assuntos inacabados) menos explorados; diferenças de conteúdo podem refletir enviesamento do terapeuta

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A construção de um projeto de legado, ou documento de generatividade, é uma intervenção terapêutica que promove a reflexão pessoal, a autonomia e o fortalecimento das relações familiares, permitindo a realização da revisão de vida da pessoa, resolver assuntos inacabados e expressar valores e mensagens significativas para os seus familiares/pessoas de referência. Este processo, realizado num ambiente seguro e significativo, favorece a comunicação familiar e ajuda a pessoa a encontrar sentido e propósito de vida e paz interior em fim de vida (Cuevas et al., 2021).

A categorização dos benefícios das intervenções usadas para a construção do legado no processo de luto, evidencia a diversidade dos seus impactos, distribuídos por diferentes domínios, para pessoa doente, familiares/cuidadores e profissionais de saúde, refletindo também a representatividade atribuída a cada dimensão nos estudos analisados (Tabela 6).

Tabela 6

Benefícios das intervenções para construção do legado no processo de luto

Categorias	Benefícios das intervenções para construção do legado no processo de luto
Expressão pessoal e identidade E1, E3, E4, E5, E6	Expressão de valores, memórias, mensagens, dignidade, autonomia e reflexão de vida.
Fortalecimento de vínculos e continuidade relacional E1, E2, E3, E4, E5, E6	Reforço de laços familiares e afetivos; preservação de conexões; continuidade após a morte.
Apoio emocional e espiritual E1, E2, E4, E5, E6	Bem-estar psicológico e espiritual; redução de ansiedade/depressão; sentido de propósito; esperança e resiliência.
Impacto positivo para familiares/cuidadores E1, E2, E3, E4, E5	Consolação, lembrança tangível, conforto no luto; fortalecimento de relações; transmissão de identidade e valores às gerações futuras.
Contribuição para a prática profissional E1, E3	Melhoria do vínculo terapêutico; instrumento centrado na pessoa em fim de vida; satisfação profissional em CP.

A análise dos resultados evidencia que as intervenções de construção do legado geram benefícios vastos, com impacto direto na pessoa, na família e nos profissionais de saúde em CP. A maioria dos estudos incluídos recorreu à TD e suas variantes, tais como a TD abreviada e RV (E1, E4, E5 e E6), contudo, outras estratégias como a criação de audiolivros (E2) e o uso de fotografias (E3), também demonstraram resultados relevantes. Em comum, todas as intervenções privilegiaram a autonarrativas ou a reflexão sobre o significado da vida e a comunicação intergeracional, refletindo uma abordagem psicossocial centrada na pessoa

(Beck et al., 2019; Cuhls et al., 2021; Julião et al., 2022; Shuber & Kok, 2020; Vuksanovic, et al., 2017).

No que concerne ao tipo de luto vivenciado, todos os estudos fazem referência ao luto preparatório, e grande parte ao luto antecipatório em simultâneo, salientando a importância de preparar emocionalmente a pessoa e família antes da perda. Apenas um estudo (E3) inclui o luto pós-morte, evidenciando a importância de objetos e recordações tangíveis na continuidade do vínculo afetivo (Shuber & Kok, 2020).

O aspeto transversal a todos os estudos elegíveis (E1 a E6) refere-se ao fortalecimento de vínculos e continuidade relacional, verificando-se que o legado contribui para o reforço das relações familiares e afetivas, promovendo oportunidades de partilha e conexão (Beck et al., 2019; Cuhls et al., 2021; Julião et al., 2022; Shuber & Kok, 2020; Vuksanovic, et al., 2017). Embora desenvolvido num contexto geriátrico, Neller et al. (2023) refere que a criação de um documento de legado é um instrumento comunicacional entre gerações, promovendo e preservando a comunicação de ativos intangíveis, como valores, desejos, lições de vida e emoções, e permitindo preparar um fim de vida com intencionalidade. O estudo E2, em particular, demonstra que este tipo de intervenção possibilita preservar a ligação com descendentes menores, assegurando a presença simbólica do progenitor no futuro (Cuhls et al., 2021). Por sua vez, em E3, E5 e E6 emerge a ideia do legado como veículo de prossecução após a morte, permitindo que os familiares mantenham a perceção de ligação à pessoa após a perda (Shuber & Kok, 2020; Vuksanovic, et al., 2017).

Outro dos aspetos mais relevantes relaciona-se com a expressão pessoal e a afirmação da identidade, uma vez que os participantes dos estudos E1, E4 e E6, sublinham que estas intervenções permitem dar voz a valores, memórias, mensagens e desejos, funcionando como um meio de comunicação interpessoal (Beck et al., 2019; Julião et al., 2022; Vuksanovic, et al., 2017). O estudo de Montross et al. (2011) não aludindo aos benefícios da TD, confirma que os temas mais abordados nesta estão relacionados com informações autobiográficas, lições apreendidas na vida, realizações, projetos inacabados, esperanças e sonhos. Nos estudos E3 e E6 a construção de um legado proporcionou a reafirmação da dignidade, propósito e autonomia, preservando a identidade e integridade do ego (Shuber & Kok, 2020; Vuksanovic, et al., 2017). Goddard et al. (2013), no contexto geriátrico, mencionou que a TD possibilitou a valorização dos aspetos positivos da vida à pessoa assistida e aos familiares, permitiu a descoberta de informações identitárias referentes ao seu ente querido. Por sua vez, em E4 e E6 todo o processo de construto favoreceu a autorreflexão sobre o percurso de vida, explorando a vertente existencial da pessoa que, de acordo com a literatura, constitui um

marco nuclear na atribuição de sentido e propósito de vida em CP (Beck et al., 2019; Vuksanovic, et al., 2017).

No domínio do apoio emocional e espiritual, os resultados obtidos reforçam a importância destas intervenções no alívio do sofrimento multidimensional. Os estudos E1, E2, E4, E5 e E6 demonstram uma redução significativa de ansiedade e depressão, bem como aumento de autoestima, e do bem-estar psicológico e espiritual (Beck et al., 2019; Cuhls et al., 2021; Julião et al., 2022; Vuksanovic, et al., 2017). Boles e Jones (2021) validam que o legado é um meio de fortalecer vínculos humanos, manter laços e garantir que as pessoas sejam recordadas com menor incidência e sintomatologia depressiva nas pessoas enlutadas (pais/cuidadores). Em E4 e E6 é salientado que o processo de construção do legado estimula a esperança e a resiliência, funcionando como recurso protetor perante a finitude (Beck et al., 2019; Vuksanovic, et al., 2017).

Os estudos E1, E2, E3, E4 e E5 destacam que a construção do legado tem um impacto positivo para familiares e cuidadores, sendo descrito como fonte de consolação, lembrança tangível e de conforto na vivência do luto, seja antecipatório ou pós-morte (Beck et al., 2019; Cuhls et al., 2021; Shuber & Kok, 2020; Vuksanovic, et al., 2017). Corroborando com este achado, Goddard et al. (2013) identificou na população geriátrica que a TD permitiu promover conforto aos familiares enlutados, após a leitura integral do documento de legado. Ainda referente a esta propriedade, os estudos E4 e E5 denotam que estas intervenções promovem o fortalecimento de relações e facilitam diálogos mais profundos sobre a vida e a morte, sendo uma estratégia promotora de preparação para a perda. Os mesmos estudos realçam a transmissão de identidade e valores, atribuindo ao legado um papel educativo e de continuidade para as gerações futuras (Beck et al., 2019; Vuksanovic, et al., 2017).

Tal como havia sido referido anteriormente, as intervenções relacionadas com o legado tornam-se impactantes também para os profissionais em CP. Os estudos E1 e E3 ressaltam que o legado se configura como um instrumento centrado na pessoa em fim de vida, com potencialidade de fortalecer a relação de ajuda e melhorar a relação terapêutica entre pessoa-profissional (Julião et al., 2022; Shuber & Kok, 2020). Este facto é corroborado por Keall et al. (2013), que aquando da aplicação da intervenção baseada na revisão de vida, referiu que a mesma foi gratificante e eficaz para a conexão na relação terapêutica entre profissionais e pessoa assistida, conduzindo para uma relação profunda e significativa. Concomitantemente, o E3 refere que estas intervenções contribuem para uma maior satisfação profissional no contexto CP, ao possibilitar práticas mais humanizadas e significativas para a pessoa (Shuber & Kok, 2020).

Em suma, as intervenções de legado geram benefícios multidimensionais, promovendo o bem-estar e dignidade da pessoa em fim de vida, fortalecendo os vínculos familiares e facilitando o processo de luto. Paralelamente, reforçam o papel dos profissionais enquanto facilitadores de cuidados mais individualizados e humanizados.

5.1 – LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

No que se refere às limitações dos estudos analisados, ficou patente que existem restrições metodológicas, amostrais e temporais (Tabela 7).

Tabela 7

Limitações dos estudos

Limitações	Descrição
Amostra reduzida e falta de generalização E1, E3, E4	• Número pequeno de participantes e limitações de representatividade cultural, social ou clínica.
Carácter exploratório ou qualitativo E1, E3, E4	Resultados subjetivos, qualitativos ou exploratórios, com limitações para generalização ampla.
Limitações metodológicas E4, E6	Diferenças entre TD completa e abreviada; enviesamento pelo terapeuta; comparabilidade restrita entre grupos.
Foco temporal e curto prazo E5	• Avaliação concentrada em efeitos imediatos, sem seguimento a longo prazo.
Conteúdo limitado do legado E6	• Alguns temas pouco explorados, como arrependimentos, assuntos inacabados ou espiritualidade.
Exigência para a pessoa/família E2	• Intervenções exigentes para pessoas em fim de vida, esforço elevado; impacto nos filhos ou familiares não avaliado.

A análise das limitações anteriormente apresentadas demonstra fragilidades metodológicas relevantes que condicionam a robustez e generalização das conclusões sobre as intervenções do legado. Torna-se evidente que a reduzida dimensão das amostras e a falta de representatividade cultural, social e clínica (todos os estudos em contexto oncológico) é uma das limitações mais mencionadas, em metade dos estudos analisados (E1, E3, E4). Estes mesmos estudos destacam que o seu carácter exploratório ou qualitativo resultou em evidências de natureza subjetiva, cuja aplicabilidade a contextos mais amplos se encontra limitada (Beck et al., 2019; Julião et al., 2022; Shuber & Kok, 2020).

O predomínio de abordagens qualitativas ou exploratórias, embora adequadas para compreender significados e processos vivenciais, acarreta para a limitação quanto à

mensuração de resultados objetivos e comparabilidade entre grupos. A ausência de uniformização metodológica (E4 e E6) pode gerar enviesamentos por parte do profissional e dificulta a síntese de evidências consistentes (Beck et al., 2019; Vuksanovic, et al., 2017).

Outra das limitações descritas prende-se com o foco temporal e a ausência de seguimento a longo prazo (E5), centrando a apreciação aos efeitos imediatos e impedindo uma avaliação longitudinal de sustentabilidade dos efeitos das intervenções e do seu impacto no processo de luto posterior, representando uma lacuna importante (Vuksanovic, et al., 2017).

Num dos estudos (E6) ficou demonstrado que o conteúdo do legado, por vezes limitado a temas específicos, não permite explorar outras dimensões como os arrependimentos, as reconciliações, os assuntos inacabados e a espiritualidade (Vuksanovic, et al., 2017).

Por fim, a exigência emocional e cognitiva (E2) que estas práticas impõem à pessoa em fim de vida e à sua família constitui uma limitação ética e moral significativa, uma vez que o esforço exigido pode ser contraproducente com a fase de vulnerabilidade e fragilidade física e emocional que vivenciam (Cuhls et al., 2021).

Do ponto de vista conceptual, verifica-se também uma lacuna na clarificação e diferenciação dos conceitos de luto antecipatório e luto preparatório, uma vez que os estudos analisados fazem referência à tipologia contextualizando, mas não atribuem definição, considerando que a conceptualização dos mesmos é de extrema importância.

A principal limitação deste trabalho de investigação prendeu-se com a estratégia de pesquisa, que, embora cuidadosamente delineada, teve de ser reformulada em várias ocasiões devido à ausência de resultados relevantes nas pesquisas preliminares.

Implicações para a prática clínica:

As intervenções de legado configuram-se como uma componente dos CP que privilegia uma abordagem humanizada, holística e centrada na pessoa, respeitando a sua história de vida, valores e desejos, integrando dimensões psicossociais e espirituais na abordagem clínica.

Estas intervenções evidenciam potencial para favorecer a elaboração de um luto adaptativo, reforçar os processos de resiliência familiar perante a perda e promover a preservação da identidade e dignidade da pessoa em fim de vida.

6. CONCLUSÃO

O legado é entendido como uma ponte temporal, que confere propósito à vida da pessoa em CP e criando memórias, objetos ou símbolos que se perpetuam nas gerações futuras. Frequentemente, traduz-se na reflexão e testemunho de vida, em que as histórias retratadas estão repletas de valores, significados e preceitos da pessoa e que são reconhecidos e partilhados por outros.

As intervenções de construção do legado constituem formas poderosas de promover significado, conexão e dignidade no fim de vida. Cada intervenção deve ser singular e profundamente pessoal, refletindo a singularidade e a identidade de quem a vive, o que reforça a importância de ser uma abordagem centrada na pessoa.

Para os profissionais de saúde, em particular em CP, estas práticas assumem-se como uma dimensão essencial no cuidar holístico e humanizado, em consonância com os princípios da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e a Teoria do Final de Vida Pacífico de Ruland e Moore. No entanto, do ponto de vista prático, são identificadas lacunas no ensino em Enfermagem, onde a abordagem da morte e do morrer ainda são evitados ou pouco explorados.

A análise dos resultados demonstra que as intervenções de legado têm impacto multidimensional, com benefícios pessoais e interpessoais para a pessoa em fim de vida e família, assim como para os profissionais que as implementam. A promoção da exposição emocional, a atribuição de significado de vida e a preservação da identidade, bem como o reforço de vínculos afetivos e a criação de memórias significativas que facilitam a adaptação e o processo de luto, são alguns dos benefícios encontrados na evidência científica.

Contudo, as limitações metodológicas, amostrais e temporais evidenciam o condicionamento da generalização dos resultados, o que reforça a necessidade de mais investigação nesta área. As futuras investigações poderão centrar-se em: avaliar longitudinalmente os impactos da implementação de intervenções do legado nas famílias de pessoas em fim de vida, permitindo compreender a sustentabilidade destas práticas no processo de luto e na adaptação emocional dos familiares; estudos com amostras mais amplas e diversificadas, de modo a poder generalizar resultados e captar diferentes contextos culturais e clínicos; e, explorar a eficácia de diferentes formatos de registo do legado (narrativas escritas, gravações áudio ou vídeo), avaliando de que forma cada um influencia a experiência subjetiva da pessoa e da família.

REFLEXÃO FINAL

Num contexto em que os serviços de Saúde Mental e Psiquiatria se encontram em reorganização, e em que a articulação entre hospital e comunidade se torna cada vez mais crucial, o enfermeiro especialista assume um papel central na ligação transdisciplinar entre a pessoa, o hospital e a comunidade. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, o EEESMP detém competências específicas para prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, devendo exercer plenamente este potencial para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde mental.

Este percurso foi profundamente desafiante e transformador, confrontando-me com a vulnerabilidade humana e revelando o verdadeiro sentido do cuidar. Entre momentos de exigência emocional e física, encontrei espaço para o crescimento, para o autoconhecimento e para o fortalecimento das minhas competências comunicacionais e relacionais. A comunicação assumiu-se como o alicerce dos meus cuidados em todos os contextos, permitindo criar relações terapêuticas genuínas, promover o alívio do sofrimento e devolver dignidade à pessoa assistida.

Aprendi que cuidar é muito mais do que fazer: é ser, é estar e escutar. Esta vivência exigiu reflexão constante, adaptabilidade e uma postura ética, consolidando em mim a identidade profissional que procuro enquanto futura EEESMP. Muito devo às minhas tutoras, pelo exemplo inspirador e pela orientação sábia que me ajudaram a encontrar o meu caminho e a cuidar com mais sentido, empatia e humanidade.

O Cuidar da pessoa em fim de vida foi, simultaneamente, um desafio e um privilégio. Cada experiência trouxe crescimento pessoal e profissional, ensinando-me a valorizar o silêncio, a escuta e a presença como formas genuínas de cuidado. Em CP, eu aprendi a dar de mim e a receber, e a reconhecer que o impacto do cuidado vai muito além do gesto clínico, envolve empatia, humanidade e conexão com a pessoa.

No meu contexto profissional atual, esta intervenção encontra-se já presente na prática de Enfermagem, refletindo uma forma de cuidar que reconhece a história, a subjetividade e a singularidade de cada pessoa. Enquanto futura EEESMP, pretendo continuar a integrar e aprofundar estas práticas na minha intervenção, promovendo experiências de significado e continuidade às pessoas em fim de vida e às suas famílias. Acredito que, ao fazê-lo, não apenas contribuo para o seu bem-estar e dignidade, mas também fortaleço as minhas próprias relações profissionais e humanas, ampliando a minha capacidade de cuidar com empatia, presença e autenticidade.

Apesar do cansaço e da intensidade emocional, este percurso académico foi profundamente enriquecedor, permitindo um novo desafio profissional e reforçando o compromisso com uma prática humanizada, baseada na evidência e sustentada por uma presença consciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. (2022). Cartilha de orientações sobre luto para profissionais da área de saúde. *Grupo de Estudos em Paliativismo Pediátrico*.
- Amaral, A. P. M. (2022). *Stress e saúde: Contextualização teórica e intervenção em educação para a saúde*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.26/41865>
- Amaral, A. (2020). Observação e avaliação inicial em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.a ed., pp. 84–86). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- American Psychological Association (APA). (2020). *Manual da American Psychological Association: O guia oficial do estilo APA* (7.a ed.).
- Andrade, C. G. de, Costa, I. C. P., Batista, P. S. de S., Alves, A. M. P. de M., Costa, B. H. S., Nassif, M. S., & Costa, S. F. G. da. (2022). Cuidados paliativos e comunicação: Uma reflexão à luz da teoria do final de vida pacífico. *Cogitare Enfermagem*, 27, e80917. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80917>
- Andrade, C. M. L. B. M. (2018). *Construção participativa de respostas sociais inovadoras na área da saúde mental, uma exigência e um desafio. A Cooperativa “Deliciosas Diferenças”*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/83498>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In C., Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*, (pp. 97-101). Lidel.
- Beck, A., Cottingham, A. H., Stutz, P. V., Gruber, R., Bernat, J. K., Helft, P. R., Wilhelm, L., Schmidt, K., Stout, M. E., Willard, C., & Johns, S. A. (2019). Abbreviated dignity therapy for adults with advanced-stage cancer and their family caregivers: Qualitative analysis of a pilot study. *Palliative & supportive care*, 17(3), 262–268. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000482>
- Boles, J. C., & Jones, M. T. (2021). Legacy perceptions and interventions for adults and children receiving palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 35(3), 529–551. <https://doi.org/10.1177/0269216321989565>

- Capelas, M. L., Neto, I. G., & Coelho, S. P. (2016). Organização de serviços. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto. (3ª Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 915-935). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, A., Remondes-Costa, S., Veiga, E., Almeida, V., Rocha, J. C., Teixeira, R. J., Macedo, G., & Leite, M. (2023). Meaning of life therapy: A pilot study of a novel psycho-existential intervention for palliative care in cancer. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231209654>
- Cartwright, C. (2011). Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*, 15(3), 112–120. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00030.x>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025). *Teen dating violence: Intimate partner violence prevention*. <https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/about-teen-dating-violence.html>
- Cicely Saunders Institute. (2025). *Biography Archive*. Cicely Saunders International. <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/st-christophers-hospice>
- Coelho, L. (2023). Os enfermeiros e o cuidar em fim de vida. *Revista Ordem dos Enfermeiros Açores*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28322/27_02_2023-21821-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family caregivers' anticipatory grief: A conceptual framework for understanding its multiple challenges. *Qualitative Health Research*, 30(5), 693–703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Coelho, J., & Sequeira, C. (2020). Escuta ativa. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.a ed., pp. 177–179). Lidel - Edições Técnica, Lda.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental – Biénio 2023-2024*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP_2023_2024_signed.pdf
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cordeiro, F. R., Oliveira, S. G., Giudice, J. Z., Fernandes, V. P., & Oliveira, A. T. (2020). Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: A scoping review.

- Costa, M. J. H. M. S. L. da. (2019). *Promoção da saúde mental no trabalho: Estudo observacional de determinantes biopsicossociais e presentismo*. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10451/48451>
- Costa, S. P. B. (2019). *Efeitos do snoezelen no bem-estar e qualidade de vida de pessoas com deficiência profunda*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Fafe]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/30360>
- Cuevas, P. E., Davidson, P., Mejilla, J., & Rodney, T. (2021). *Terapia da dignidade para pacientes em cuidados finais de vida: Uma revisão da literatura*. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2374373521996951>
- Cuhls, H., Hesse, M., Ates, G., & Radbruch, L. (2021). Audiobooks from terminally ill parent for their children – a qualitative evaluation. *BMC Palliative Care*, 20(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00872-6>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. (2023). Cria as unidades locais de saúde e estabelece o respetivo regime jurídico. Em *Diário de República: 1ª Série*, n.º 215, 4-20.
- Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro. (2021). Princípios gerais e regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental. Em *Diário de República: 1ª Série*, n.º 240, 104-108. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-174918366>
- Decreto-Lei n.º 48/1995, de 15 de março. *Código Penal*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 63. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-169645609>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2019/12/PNPAS_DGS2017.pdf
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Nóbrega, M. M. L. da, Vasconcelos, M. F. de, & Viana, A. C. G. (2020). *Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>

- Faustino, S., & Aguadeiro, A. R. (2021). Conspiração do silêncio: Análise bioética a partir de um caso clínico. *Cadernos de Saúde*, 13(1), 49-55. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9719>
- Filho, C. M. (2016). O juramento de Hipócrates e o código de ética médica. *Residência Pediátrica*, 6(1), 45-46. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2016.v6n1-10>
- Fraga, A. M., Mesquita, B., Facucho-Oliveira, J., Albuquerque, M., Costa, M., Espada-Santos, P., & Moutinho, A. (2021). COVID-19, saúde mental, e nutrição: Uma revisão narrativa / COVID-19, mental health and nutrition: A literature review. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(3), 94–100. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v7.i3.223>
- Goddard, C., Speck, P., Martin, P., & Hall, S. (2013). Dignity therapy for older people in care homes: a qualitative study of the views of residents and recipients of 'generativity' documents. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 122–132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05999.x>
- Gonçalves, A., Guedes, A., Silva, R., & Neto, I. (2016). A importância da esperança nos doentes vulneráveis e em fim de vida. *Patient Care*. https://www.researchgate.net/publication/317626493_A_importancia_da_esperanca_nos_doentes_vulneraveis_e_em_fim_de_vida
- Guedes, A., Gonçalves, A. L., Silva, R. S., Bragança, J., Pavoieiro, M., Neto, I. G., Abril, R., Calisto, C., & Figueiredo, G. (2019). Construção de legado: Uma intervenção complexa em fim de vida – estudo de caso. *Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 6(1), 97. Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/74c15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf>
- Guerreiro, T. V., Gorgulho, A. S., Quinto, L., Pereira, A. C., & Marques, F. (2023). Silêncio ensurdecador: Reflexão ética sobre um caso clínico. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 22-26. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11764>
- Guimarães, A. C., Freitas, L., Costa, S. O., & Brandão, V. (2020). Cuidar de quem cuida: Ferramentas de avaliação dos cuidadores. *Gazeta Médica*, 7(1), 13-16. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i1.281>
- Julião, M., Sobral, M. A., Johnston, B., Lemos, A. R., Almeida, S., Antunes, B., Dönmez, Ç. F., & Chochinov, H. M. (2022). A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents. *Palliative & Supportive Care*, 20(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000754>

- Keall, R. M., Butow, P. N., Steinhauser, K. E., & Clayton, J. M. (2013). Nurse-facilitated preparation and life completion interventions are acceptable and feasible in the Australian palliative care setting: results from a phase 2 trial. *Cancer nursing*, 36(3), E39–E46. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182664c7a>
- Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. (2023). Lei da Saúde Mental. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 141, 2-23.
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. (2019). Estatuto do Cuidador Informal. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 171. 3-16.
- Lei n.º 31/2018, de 18 de julho. (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 137, 3238-3239.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 181, 8059-8105.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.º 172. 5119-5124.
- Loureiro, C. R. E. C. (2013). *Competências sociais de estudantes do ensino secundário: Construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/75999>
- Luís, C. G. (2021). *O papel da inteligência emocional e a liderança: Um estudo numa organização na zona centro do país*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Gestão de Tomar]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39235>
- Macedo, E., Candeias, A., Gomes, F., Duarte, A., Pires, B., Azevedo, C., Peixoto, S., Iglésias, C., Silva, I., & Garcia, A. (2019). *Guião de intervenção na promoção do recovery para a pessoa com doença mental*. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/59637/1/Gui%C3%A3o%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20Recovery%20da%20pessoa%20com%20doenla%20mental.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Marques, R. M. D., Dixe, M. A., Querido, A. I., & Sousa, P. P. (2016). *Herth Hope Index para cuidadores de pessoas em cuidados paliativos – Versão portuguesa*. Cadernos de Enfermagem, 10(2), 89–95.
- Marques, R. M. D. (2014). *Promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada: Avaliação da eficácia de um programa para melhorar o conforto e a*

- qualidade de vida* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.14/16962>
- Matos, J., Querido, A. & Laranjeira, C. (2024). Spiritual Care through the Lens of Portuguese Palliative Care Professionals: A Qualitative Thematic Analysis. *Behavioral Sciences*, 14 (2), 134. <https://doi.org/10.3390/bs14020134>
- Mcewen, M., & Wills, E. M. (2015). *Bases Teóricas de Enfermagem* (4ª ed.). Artmed Editora.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, R. M. C., Rua, M., S., & Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 143-151. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>
- Milic, J., Vucurovic, M., Grego, E., Jovic, D., Sapic, R., Jovic, S., & Jovanovic, V. (2025). From Fear to Hope: Understanding Preparatory and Anticipatory Grief in Women with Cancer—A Public Health Approach to Integrating Screening, Compassionate Communication, and Psychological Support Strategies. *Journal of Clinical Medicine*, 14(11), 3621. <https://doi.org/10.3390/jcm14113621>
- Montero, R. (2019). *A ridícula ideia de nunca mais te ver* (M. S. Pereira, Trad.). Porto Editora. (Obra original publicada em 2013).
- Montross, L., Winters, K. D., & Irwin, S. A. (2011). Dignity therapy implementation in a community-based hospice setting. *Journal of palliative medicine*, 14(6), 729–734. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0449>
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Sakkas, P., & Soldatos, C. (2005). Life before death: Identifying preparatory grief through the development of a new measurement in advanced cancer patients (PGAC). *Supportive Care in Cancer*, 13(10), 834–841. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0797-4>
- Nações Unidas. (2023). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. <https://unric.org/pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>
- Neller, S. A., Cloyes, K. G., Edelman, L. S., Wong, B., Baines, B., & Towsley, G. L. (2023). Preparing for the Future While Living in the Present: Older Adults' Experiences Creating a Legacy of Values. *The Gerontologist*, 63(9), 1488–1496. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad019>
- Neto, I. G. (2022). *Da ciência, do amor e do valor da vida: Relatos e padrões da identidade dos cuidados paliativos*. Oficina do Livro.

- Nunes, L. (2020). *E se eu não puder decidir?: Saber escolher no final da vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Oliveira, M. M. P. M. (2020). *Plano de acolhimento e integração de novos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33211>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas da intervenção psicoterapêutica* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1.^a ed. digital). Papa-Letras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021a). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021b). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de Enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIFE®* (Versão 2019). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cife/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos, M. L. Souza, L. Sousa, L. Mónico, & Prado, F. H. (Orgs.) (Vol. 2), *Gestão nas organizações de saúde - Pessoas, formação e*

desenvolvimento profissional (pp.147-152). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenitos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas

Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M., & Alencar, A. B. de. (2019). Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem em Foco*, 10(6), 64–69. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2374>

Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª Série, n. 26*, 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n. 515/2018 de 7 de agosto (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Em *Diário da República, 2.ª série, n. 151*, 21427-21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Regulamento n. 356/2015 de 25 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Em *Diário da República, 2.ª série, n. 122*, 17034-17041. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Saavedra, R. M. M. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis* (Dissertação de doutoramento). Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14248/1/Rosa%20Maria%20Melim%20Saavedra.pdf>

Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J.P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C. & Lopes, S. C. (2023). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros (1ª ed.). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. (p. 22). Papa-Letras.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1a). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Sequeira, C. A. C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Shuber, C., & Kok, A. (2020). Hospice Photography's Effects on Patients, Families, and Social Work Practice. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(1), 19–41. <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1703876>

- Silva, M. de F. F. (2024). *Luto preparatório em clientes em fim de vida e em cuidados paliativos: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas comuns de mestre em enfermagem* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52539>
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13). 946-969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Singer, J., Roberts, K. E., McLean, E., Fadalla, C., Coats, T., Rogers, M., ... & Lichtenthal, W. G. (2022). An examination and proposed definitions of family members' grief prior to the death of individuals with a life-limiting illness: A systematic rev*Palliative Medicine*, 36(4), 581–608. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35196915/>
- Slade, M. (2011). *100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: Um guia para profissionais da saúde mental*. https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/100Modos_Versa%CC%83oFinal_3.pdf
- Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: *Scoping review*. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 97–109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, vol 2, 31-39.
- Szerman, N., Martinez, J., Baler, R., Roncero, R., Veja, P., Basurte, I., & Ruiz, P. (2017). *Decálogo de patología dual* (Vol. 4). Sociedad Española de Patología Dual. https://www.patologiadual.es/docs/Decalogo_Patologia_Dual_Portuques.pdf
- Teixeira, S. M. L. (2010). *Fatores de stress em cardiologia: Artigo de revisão* [Trabalho de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina]. <https://hdl.handle.net/10316/81348>
- Timóteo, C., Vitorino, J., Ali, A. M., & Laranjeira, C. (2024). Legacy in end-of-life care: A concept analysis. *Nursing Reports*, 14(3), 2385–2397. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030177>
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Evidências em saúde mental: Da conceção à ação – Entrevista motivacional* (pp. 1–22). ESSLei – Coleção Evidências em Saúde Mental. <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>
- 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>
- União de Mulheres Alternativa e Resposta. (2024). *Violência no namoro em Portugal: Vitimação e Conceções Juvenis*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMAR_2024_v002_compressed.pdf
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vidal, C., Gonçalves, A. L., Guedes, A., Pavoeiro, M., Pinheiro, N., Silva, R. S., & Neto, I. G. (2018). Creating a legacy: A tool to support end-of-life patients. *European Journal of Palliative Care*, 25(3), 116–118. https://www.researchgate.net/publication/327121030_Creating_a_legacy_a_tool_to_support_end-of-life_patients
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., & Morrissey, S. A. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>
- Vuksanovic, D., Green, H., Morrissey, S., & Smith, S. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 530-537.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.016>
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/Caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- World Health Organization. (WHO). (2024). *Mental health at work*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- World Health Organization. (WHO). (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (WHO). (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

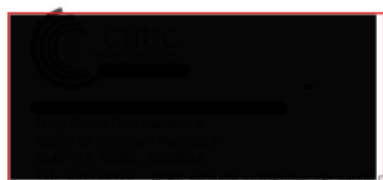
World Health Organization. (WHO). (2021b). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

World Health Organization. (WHO). (2021c). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Zaccara, A. A. L., Costa, S. F. G. da, Nóbrega, M. M. L. da, França, J. R. F. de S., Morais, G. S. da N., & Fernandes, M. A. (2017). Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de fawcett1. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002920017>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Documentos de apoio à prática clínica em Enfermagem (Nota de Alta/Avaliação Inicial)



Identificação do Utente

Nota de Alta

SERVIÇO DE SC

Internado em:

Alta administrativa:

Alta médica:

Focos e diagnósticos de enfermagem ativos

Foco: [Comportamento de Adesão]

Adesão ao regime terapêutico;

Foco: [Uso de substâncias]

Sem abuso de substâncias

Intervenções de enfermagem ativas

Avaliar Uso de substâncias [S.O.S]

Avaliar Adesão ao Regime Terapêutico [S.O.S]

Dados da alta do internamento

- Proveniência do utente;
- Se veio por iniciativa própria ou tratamento involuntário;
- Se veio por abuso de álcool ou de substâncias;
- Se teve síndrome de privação;
- Se teve uma evolução favorável – referenciar os diagnósticos ativos durante o internamento e a sua evolução;
- Referir atividades de intervenção de enfermagem em que o utente participou;
- Destino após alta;
- Como será mantido o seguimento do utente;
- Se tem medicação injetável programada.

1. Identificar
Diagnósticos
ativos

2. Realizar
avaliação
diagnóstica (em
diagnósticos não
ativos – FOCO)

3. Dar termo às
intervenções que
não tenham
diagnóstico ativo
(exceto, **avaliar**)

4. Manter as
intervenções
pertinentes para
os diagnósticos
ativos

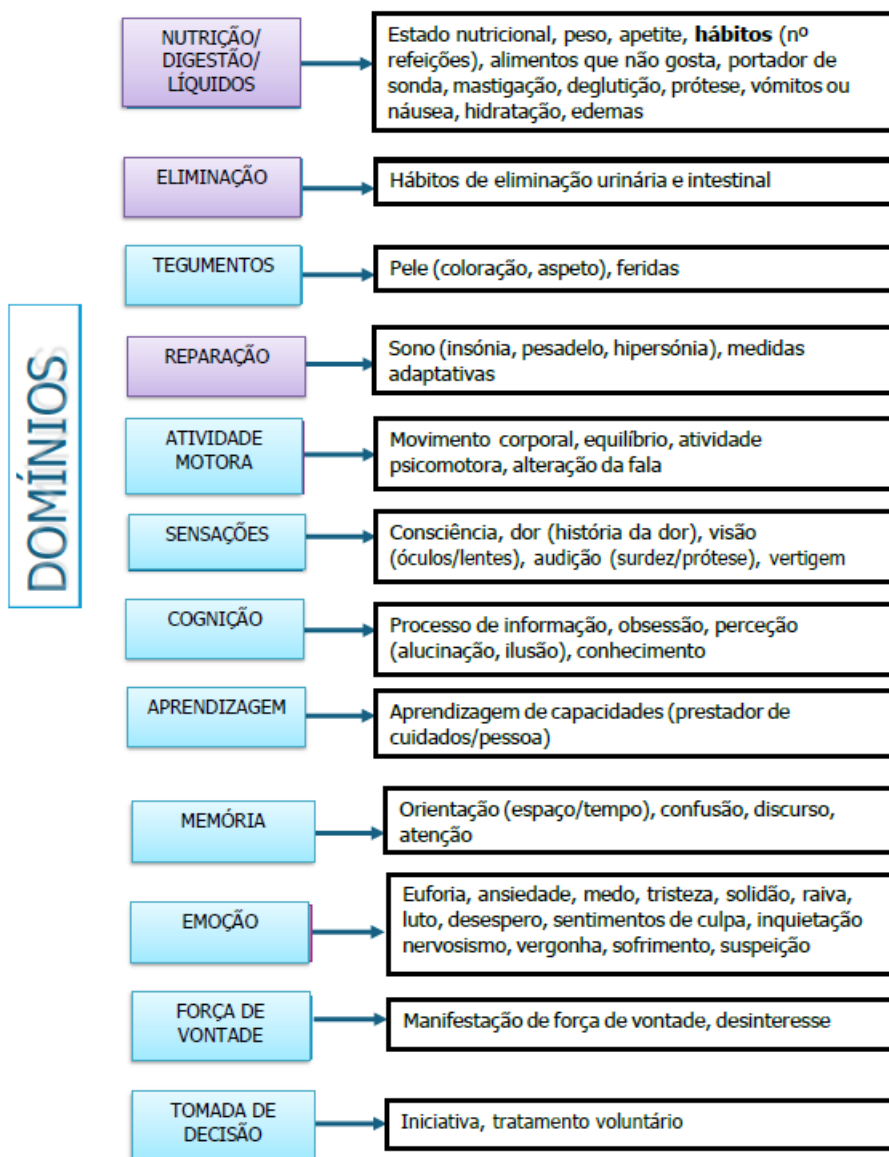
5. Dar termo às
Atitudes
terapêuticas e
respetivas
intervenções, sem
continuidade

Data e local:

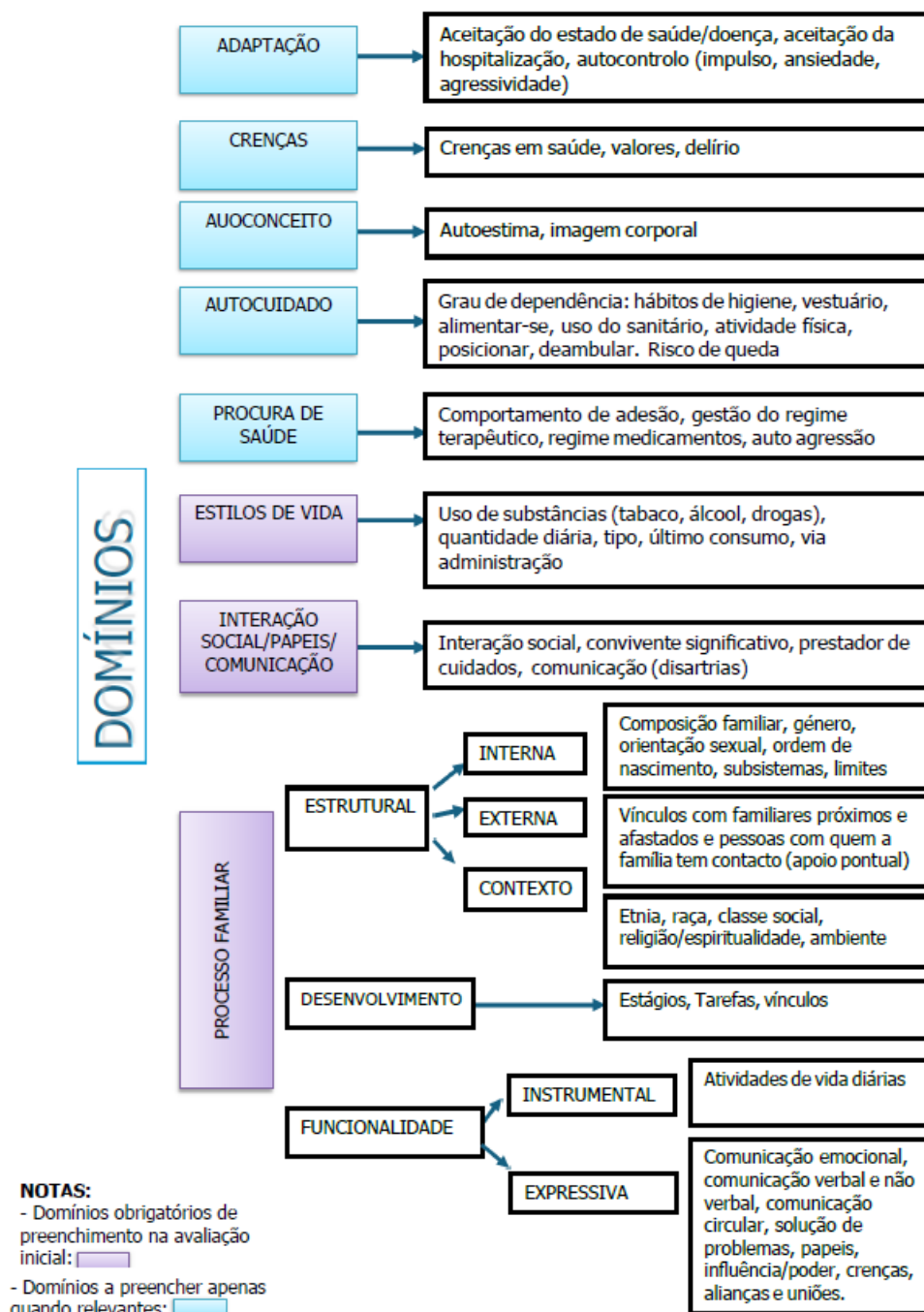
Enfermeiro responsável

APÊNDICE 1 – Documentos de apoio à prática clínica em Enfermagem (Nota de Alta/Avaliação Inicial - continuação)

GUIA PARA COLHEITA DE DADOS: AVALIAÇÃO INICIAL



APÊNDICE 1 – Documentos de apoio à prática clínica em Enfermagem (Nota de Alta/Avaliação Inicial - continuação)



APÊNDICE 2 – Formação em Serviço “Processo de Enfermagem Baseado nos Referenciais Teóricos”

Teoria da Autocuidado de Dorothea Orem

- Autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e bem-estar.
- Forma um tipo específico de vida.

- Teoria da Autocuidado: refere-se à realização do autocuidado em si, e especificamente a necessidade de autocuidado (Orem).
- Teoria da Saúde da Autocuidado: consiste em explicar **porque a pessoa** em situações de enfermagem não necessita e transmuta-se à pessoa, em relação ao processo de cuidar.
- Teoria da Gestão de Enfermagem: relaciona com o déficit da autocuidado da pessoa e a necessidade dos cuidados de enfermagem para o completar (Orem).

Teoria da Autocuidado de Dorothea Orem

- Fatores que influenciam o Autocuidado:
- Fatores cognitivos – capacidade de aprendizagem, resolução de problemas, memória e autoconhecimento.
- Fatores psicológicos – personalidade, autoestima, motivação, autoconceito e confiança.
- Fatores físicos – destreza, força e outras capacidades físicas (se a eliminação da atividade física pode ser perturbada no autocuidado).
- Fatores demográficos – idade, sexo, educação, nível socioeconômico e estilo de vida.
- Fatores socioculturais – suporte familiar, social, cultura e valores.

“Ao longo do ciclo vital, oscilamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autônomas da sua participação e nas necessidades de apoio dos agentes de autocuidado quando pelas diversas razões, nos processos de transição se altera a nossa condição ou a do meio, da autonomia caminhamos para a dependência”.

(Queiroz, 2010, p. 8)

Teoria das Transições de Meleis

- A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra [...] refere-se tanto ao processo como aos resultados da interação entre a pessoa e o ambiente.
- Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto ou situação.
- As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e as posturas de resposta.

(Meleis e Sawyer, 1996)

Teoria das Transições de Meleis

A Teoria das Transições assenta em três pilares:

Natureza da Transição	Condição de Transição	Padrão de Resposta
Tipos	Pessoas	Indicadores de Processo
Padrões	Comunidades	Indicadores de Resultado
Propriedades		

Tipos

Transições podem ser classificadas em: **Transições de Estado** (mudanças de estado físico, psicológico, social, etc.) e **Transições de Papel** (mudanças de papel social, etc.).

Padrões

Transições podem ser classificadas em: **Transições de Estado** (mudanças de estado físico, psicológico, social, etc.) e **Transições de Papel** (mudanças de papel social, etc.).

Propriedades

Transições podem ser classificadas em: **Transições de Estado** (mudanças de estado físico, psicológico, social, etc.) e **Transições de Papel** (mudanças de papel social, etc.).

Teoria das Transições de Meleis

Natureza das Transições

- Condições que facilitam ou dificultam a transição (o papel do profissional é maximizar as condições facilitadoras e minimizar as dificultadoras).

Teoria das Transições de Meleis

Condições das Transições

- Forças** – significativas, energias e atitudes, estados psicológicos, nível de participação, etc.
- Condições** – modo de suporte (suporte físico, psicológico, etc.), fatores facilitadores, etc.

Teoria das Transições de Meleis

Padrões de Resposta

- Forças** – significativas, energias e atitudes, estados psicológicos, nível de participação, etc.
- Condições** – modo de suporte (suporte físico, psicológico, etc.), fatores facilitadores, etc.

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF)

A avaliação do sistema familiar contém em si três categorias principais:

- Avaliação estrutural: interna e externa e contexto.
- Avaliação do desenvolvimento: estilo da família, funções e rituais.
- Avaliação funcional: AIO e avaliação integrada.

Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF)

Diagrama de fluxo do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

Processo de Enfermagem

Exemplo de aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) no processo de enfermagem.

Foco VS Diagnóstico

- FOCO** – área de atenção relevante para a enfermagem, por exemplo:
 - Atividade.
 - Uso de Substâncias.
 - Comportamento da Adesão.
 - Processo de pensamento (pensar).
- DIAGNÓSTICO** – é o tipo de alteração na forma de estado físico e mental após a avaliação, por exemplo:
 - Altera de substâncias ou sem elas de substâncias.
 - Altera de substâncias ou sem elas de substâncias.
 - Processo de pensamento (pensar) comprometido.

ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

1. Identificação de um problema – FOCO DE ATENÇÃO.
2. Identificação do grau do problema – AVALIAÇÃO AVANÇADA DIAGNÓSTICA.
3. Estabelecimento de um DIAGNÓSTICO após avaliação do problema.
4. Prescrição de INTERVENÇÕES necessárias, para dar resposta ao problema.

NO MOMENTO DA ALTA

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

Vinheta Clínica

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

CASO 1

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

CASO 2

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

CASO 3

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

Conclusão

- O processo de enfermagem, orientado pelas teorias do Autocuidado de Orem, e das Transições de Meleis e pelo Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, assegura um cuidado centrado na pessoa e na família.
- Proporciona intervenções eficazes e holísticas na promoção de saúde, promoção de autonomia e adaptação positiva às transições.

Sugestão para preenchimento da Avaliação Inicial

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

Sugestão da elaboração da Nota de Alta

Diagrama de fluxo do Processo de Enfermagem no momento da alta.

Referência Bibliográfica

- Assunção, D. R. (2004). Construção e implementação da prescrição de enfermagem informacional em uma UCI. Rio Grande, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. 2017. Tomada de Decisão em Enfermagem na CHUC – O processo de mudança. Volume 1. 1ª edição. CHUC.
- Queiroz, P. P. & Gesteira, E. (2016). Evaluation of families with two or more mother-in-law women: A case study. *Journal of Nursing Research*, 31(1), 100-108.
- Queiroz, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14(1), 5-7.

Obrigada !

Imagem de uma pessoa segurando a mão de outra.

APÊNDICE 3 – Flyers informativos desenvolvidos na UCC

DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO



A SAÚDE DO CÉREBRO

Há várias vitaminas e nutrientes que são importantes para a saúde do cérebro.

VITAMINA B12

A vitamina B12 é essencial para a saúde do cérebro, ajudando a produzir glóbulos vermelhos e a manter o funcionamento normal do sistema nervoso.

VITAMINA B6

A vitamina B6 ajuda a produzir neurotransmissores, que são substâncias químicas importantes para a comunicação entre as células cerebrais.

VITAMINA B9

É importante para a formação dos glóbulos vermelhos e a formação do DNA. E também tem papel importante no desenvolvimento do cérebro e na função cognitiva.

VITAMINA E

A vitamina E é um poderoso antioxidante que ajuda a proteger o cérebro contra o dano celular e o envelhecimento.

ÓMEGA-3

Ácidos graxos essenciais encontrados principalmente em peixes como salmão, atum, sardinha e truta são fundamentais para a saúde cerebral, pois ajudam na formação de células cerebrais e na comunicação entre as células cerebrais.

VITAMINA D

A vitamina D é importante para o desenvolvimento do cérebro e está relacionada com a função cognitiva. A deficiência dessa vitamina está relacionada a problemas como depressão, ansiedade e distúrbios neurológicos.

FERRO

O ferro é importante para o transporte de oxigênio para o cérebro e para a produção de neurotransmissores.

ZINCO

O zinco é importante para a função cognitiva e para a saúde do sistema nervoso.

ÁGUA

A água é o elemento central de uma alimentação saudável. A desidratação está associada à redução da capacidade de concentração, fadiga mental e à alteração de humor.

É importante lembrar que para obter esses nutrientes deve-se ter uma dieta equilibrada e variada que inclua uma variedade de frutas, vegetais, grãos integrais, proteínas e gorduras saudáveis.

16 DE OUTUBRO 2024

UNIVERSIDADE LUIZ VASCONCELOS

UNIVERSIDADE LUIZ VASCONCELOS

DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL

10 de outubro de 2024

"CUIDAR DE MIM"

segunda	terça
quarta	quinta
sábado	domingo

Menu de Autocuidado :

- . Meditar ou relaxar;
- . Fazer exercício físico;
- . Optar por uma alimentação mais saudável;
- . Ter momentos offline;
- . Passar tempo com a família e amigos;
- . Criar uma rotina de sono;
- . Apreciar a natureza;
- . Ouvir música;
- . Cuidar da autoimagem (banho relaxante,...);
- . Escrever um diário;
- . Ler um livro.

Intervenção Combinada de Terapia de Reminiscência e Exercício Físico

Exercício Físico

É qualquer atividade física que envolve a movimentação do corpo de forma estruturada e repetida, com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física, saúde geral e bem-estar.

BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MENTAL:

- . melhora a função cognitiva;
- . reduz os níveis de stress;
- . promove a neurogênese (formação de novos neurônios), especialmente em adultos mais velhos.

Terapia da Reminiscência

É uma intervenção psicoterapêutica que incentiva a pessoa a reviver e partilhar experiências pessoais significativas.

BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MENTAL:

- . Fortalece o sentido de identidade;
- . Aumenta a autoestima;
- . Reduz sintomas de depressão e ansiedade;
- . Reforça a interação social e combate à solidão.

BENEFÍCIOS DA INTERVENÇÃO COMBINADA

Reduz sintomas de ansiedade e depressão

Ajudar a melhorar o humor e a reduzir a sensação de tristeza, através da expressão emocional e ativação física.

Promove a cognição

A estimulação mental através da reminiscência e o exercício físico melhoram a função cognitiva (especialmente a memória e a atenção).

Fomenta a socialização

Tanto as sessões de reminiscência como a atividade física, quando realizadas em grupo, criam oportunidades de interação social.

Melhora a autoestima e a qualidade de vida

Ao reatar memórias positivas e ao fomentar a autonomia física, ganham um maior sentido de propósito e bem-estar global.

17 de outubro de 2024

UNIVERSIDADE LUIZ VASCONCELOS

UNIVERSIDADE LUIZ VASCONCELOS

"DES(AMOR) NO NAMORO"

SEMAFRO DA VIOLÊNCIA

PROCURA AJUDA

- . ANUNCIAR-TE
- . AMEAÇA-TE COM OBJETOS
- . AMEAÇA A TUA VIDA
- . PRENDE-TE
- . FORÇA-TE A RELAÇÕES ÍNTIMAS

REAGE! NÃO PERMITAS

- . CONTROLA-TE/PROÍBE-TE
- . DESTROÍ OS TEUS BENS PESSOAIS
- . FERE-TE "A BRINCAR"
- . BELISCA-TE/ARRANHA-TE
- . EMPURRA-TE

TOMA CUIDADO!

- . CHANTAGEA-TE
- . MENTE-TE/ENGANA-TE
- . IGNORA-TE/DESPREZA-TE
- . PROVOCA-TE CIÚMES
- . HUMILHA-TE EM PÚBLICO

APROVEITA A VIDA!

- . RESPEITA A TUA VARIANTE
- . OUIE AS TUAS PRIORIDADES
- . DEMONSTRA CARINHO
- . RESPEITA O TEU ESPAÇO
- . VALORIZA AS TUAS VITÓRIAS

APÊNDICE 4 – “Guia do Cuidador”

GUIA DO CUIDADOR

DEDICADO A TODOS OS QUE CUIDAM COM AMOR ...



"O SOFRIMENTO HUMANO
SÓ É INTOLERÁVEL
QUANDO NINGUÉM CUIDA."

(CICELY SAUNDERS)

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são um direito de todos as pessoas/famílias/cuidadores que enfrentam problemas relacionados com uma doença avançada e ameaçadora da vida.

As equipes comunitárias de suporte de cuidados paliativos pretendem aliviar o sofrimento através do controle de sintomas (como a dor, falta de ar, cansaço, obstrução/¹ prisão de ventre², insônia/dificuldade em dormir, ansiedade, entre outros), prestar apoio psicológico e social, e melhorar a qualidade de vida de todos os que escolheram ficar no seu lar, quando a doença se encontra numa fase avançada.

Queremos ajudar o cuidador nesta missão para que os cuidados prestados sejam eficazes e que tenham os melhores resultados possíveis.

Cuidar de um familiar em cuidados paliativos é um ato de amor, coragem e dedicação, mas ao mesmo tempo constitui um desafio emocional e físico significativo. O caminho que muitas vezes o cuidador necessita de percorrer é marcado por dúvidas, incertezas e um turbilhão de emoções, que vão desde a esperança ao medo, passando pela tristeza e exaustão.

Este guia serve para apoiar os cuidadores nesta jornada, através da transmissão de informações úteis e práticas para o vosso cuidar.

Juntos cuidaremos melhor!

NOTAS/DÚVIDAS

A decorative floral illustration in the bottom right corner, featuring a large purple flower with yellow centers, surrounded by green leaves and smaller blue and yellow flowers.

SENTIMENTOS DE TRISTEZA/MEDO/RAIVA

Sentir medo, tristeza ou raiva é natural tanto para a pessoa doente como para si.

O medo surge pela incerteza sobre o que vai acontecer, a tristeza aparece quando há a perda de autonomia e a alteração dos planos para o futuro, e a raiva pode surgir por achar que a situação é injusta. Estas emoções fazem parte do processo pela qual estão a viver, e é muito importante falarem sobre elas.

QUANDO...

A pessoa doente demonstra de forma repetida, irritação, tristeza ou medo pela perda de autonomia, e não consegue ajudá-lo tal como deseja.

O QUE FAZER?

- Se a pessoa manifestar raiva com os familiares/cuidadores, é necessário dizer-lhe que entende os seus sentimentos de raiva e tristes, mas que não deverá ficar agressivo porque desse modo tornar-se difícil cuidar dela.
- Se a pessoa sente medo, é importante conversar com ela sobre os seus receios e transmiti-lhe que nunca estará sozinha.
- Se o doente apresentar ataques de pânico, converse com ela tranquilamente e procure ajudá-la junto da nossa equipe.

NOTAS/DÚVIDAS

APÊNDICE 4 – “Guia do Cuidador” (continuação)

CONFUSÃO/DESORIENTAÇÃO/AGITAÇÃO

A confusão, a desorientação e a agitação são comuns em pessoas doentes e, ainda mais frequente quando têm idade avançada.

O comportamento da pessoa pode alterar-se de forma repentina devido à doença ou aos tratamentos a que está sujeito.

Pode ocorrer que pessoas deixem de reconhecer as pessoas mais próximas ou o ambiente onde se encontra, passe a ter atitudes ou gestos estranhos, ou a ver e ouvir algo que não é real (alucinações), e apresentar movimentos demasiado lentos ou bruscos.

NOTE: BEM:

A confusão e a agitação da pessoa são consequência da doença. Procure não valorizar estes comportamentos com dirigidos a si ou como algo relacionado consigo.

Como lidar com este tipo de comportamento?

- Procure que a pessoa se mantenha acompanhada.
- Mantenha a pessoa num ambiente seguro (retire objetos perigosos, feche as janelas e portas de exterior, coloque as grades na cama, entre outros).
- Procure não limitar os movimentos da pessoa.
- Fale com pessoa de forma clara, devagar e com tom de voz suave.
- Evite confronto com a pessoa.

NOTAS/DÚVIDAS

[illegible]

CUIDE DE SI PRÓPIO/A

Ser cuidador de uma pessoa doente é uma tarefa exigente, tanto física como emocionalmente, podendo levar ao cansaço extremo, isolamento social e aumento do stress. Ao dedicar-se totalmente ao outro, pode esquecer-se de si próprio/a, comprometendo a sua saúde e a qualidade dos seus cuidados. É preciso cuidar de si para garantir o seu bem-estar e resistência emocional.

IA ACONTECEU COMIGO?

Os dias são longos e exigentes, e as noites mal dormidas. Com o tempo, deixou de sair com os amigos, já não tem tempo para as suas leituras favoritas e sente-se constantemente cansado/a. Ultimamente, note-se mais irritado/a e emocionalmente esgotado/a.

Sugestões para os cuidadores:

- Reconheça os seus próprios limites e estabeleça metas realistas.
- Esteja atento aos sinais de alarme.
- Procure informação e aconselhamento, se necessário.
- Atravante tempo para si próprio.
- Não valorize crises.
- Procure contacto social para evitar o isolamento.
- Aprenda a lidar com o stress.

NOTAS/DÚVIDAS

[illegible]

ENFRENTAR A PERDA E O PROCESSO DE LUTO

A morte de um ente querido é sempre difícil e quando vivido por alguém que cuida, é um processo particular, pois pode iniciar-se antes, pela perda progressiva das capacidades da pessoa, dos projetos de vida e da sua identidade.

Na fase final da doença, pode sentir-se rejeitado pela pessoa e experimentar um luto antecipado. Após a morte, podem surgir emoções contraditórias, como o choque, a tristeza ou o alívio, por ter terminado o sofrimento. Com o tempo, a dor tende a atenuar e a lembrança da doença dá lugar à imagem da pessoa como era antes de adoecer, embora inicialmente isso pareça difícil.

Não há um tempo certo para o luto ...
Cada pessoa faz o seu caminho!

▲ **Sugestões para enfrentar a morte e o luto:**

- ☐ Reconheça e aceite os seus sentimentos.
- ☐ Prepare-se para viver uma série de emoções, em especial nas épocas especiais: festa, aniversários e férias.
- ☐ Mantenha o contacto com a família, amigos e outras pessoas que possam ajudá-lo a lidar com os seus sentimentos.
- ☐ Procure um médico se sentir que está a ficar deprimido.
- ☐ Consulte o seu médico se não se sentir bem, pois o luto pode aumentar o risco de adoecer.
- ☐ Conte ao seu conselheiro espiritual, se tiver um.

NOTAS / DÚVIDAS



"FICA SEMPRE UMA FRAGRÂNCIA NA MÃO QUE LHE OFERECE ROSAS."

(DITADO CHINÊS DA ANTIGUIDADE)



APÊNDICE 5 – Declaração de frequência do "Curso Básico em Cuidados Paliativos"



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que Sara Vale, concluiu com sucesso, o percurso formativo "Curso básico em Cuidados Paliativos" com a duração estimada de 25 horas, desenvolvida pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, CNCP em parceria com a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

Lisboa, 14 Setembro 2024





Curso de Comunicação em Saúde

Certifica-se que

Sara Vale

participou no Curso de Comunicação em Saúde, com a duração de 6 horas, organizado pela Speak and Lead a 21, 22 e 23 de Janeiro de 2025.

O CEO

(David Mourão)



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Sara Margarida Rodrigues do Vale

TREINO DE HABILIDADES DE INTERAÇÃO SOCIAL EM PESSOAS COM PATOLOGIA DUAL

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A Patologia Dual (PD) consiste na associação de duas patologias psiquiátricas, sendo que uma delas corresponde a uma perturbação aditiva. É uma condição frequente e com forte impacto na vida diária dos indivíduos e dos que os rodeiam (Menezes, Santos & Teixeira, 2024).

As adições constituem, segundo as definições da Organização Mundial de Saúde e da Associação Americana de Psiquiatria (CID e DSM), “uma perturbação mental como outras, e não um problema de vontade, ou falta de caráter, ou vício” (Andrade, 2018, p.13). Estas são classificadas em duas categorias principais: Perturbações do Uso de Substâncias (PUS) e Comportamentos Aditivos ou Dependências Sem Substância (por exemplo, o jogo). Ambos os comportamentos ativam os sistemas de recompensa cerebrais de maneira semelhante e aplicam-se a todas as situações em que os sintomas causam um sofrimento ou prejuízo clinicamente relevante nas áreas social, familiar, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento do indivíduo (Menezes, Santos & Teixeira, 2024).

O tratamento da pessoa com patologia dual torna-se complexo e representa um desafio para os profissionais de saúde mental, desde o diagnóstico até ao seu tratamento farmacológico e psicoterapêutico.

Segundo Andrade (2018, p.14-15) o tratamento deve ser,

(...) individualizado incidindo sobre os fatores de vulnerabilidade do doente (e não nas substâncias) e pode ser dividido em três fases: a de compensação aguda (quando o doente se encontra em descompensação psiquiátrica e é definido o plano de intervenção), a de recuperação precoce (em que se procura recuperar o equilíbrio do doente do ponto de vista

psiquiátrico, psíquico, cognitivo e físico; nesta fase, que pode durar de 6 meses a um ano, é necessário definir com o doente e família o plano terapêutico e o seu projeto de vida) e, por último, a fase da recuperação continuada (estando o doente estabilizado ponto de vista psíquico, familiar e social, há que manter o seu acompanhamento, de forma a evitar as recaídas e a descompensação psiquiátrica).

Cada processo de recuperação é individual e único, tendo sempre por base uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e funções (Palha & Palha, 2016 citados por Andrade, 2018). No entanto, as habilidades de interação social nas pessoas com PD encontram-se fortemente comprometidas, sendo necessário a sua reaprendizagem para uma reabilitação psicossocial na integra.

O treino de habilidades de interação social é sustentado pela Teoria da Aprendizagem Comportamental de Bandura, que segundo Abreu & Loureiro, 2007; Carvalho & César, 2001; Duch, Groh & Allen, 2001; Hmelo-Silver, 2004 citados por Loureiro (2013, p.54),

A cooperação e a aprendizagem cooperativa apresentam vantagens comparativamente com a aprendizagem individual, a vários níveis, nomeadamente, na resolução de situações problema, na mediação de conflitos, na aquisição e consolidação de conhecimentos e no desenvolvimento de competências pessoais, comunicacionais, sociais e tecnológicas.

Segundo Loureiro (2011) aprender a interagir e a agir de forma positiva é essencial para um crescimento e desenvolvimento saudável. Este tipo de interação reflete-se no comportamento social, que inclui as ações, atitudes e pensamentos que uma pessoa demonstra em relação aos outros com quem se relaciona, bem como em relação a si mesma. Desse modo, o EEESMP assume um preponderante papel pois “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” (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

Neste seguimento foi delineado um programa com 6 sessões, a implementar no espaço temporal de 3 de Junho de 2024 a 21 de Junho de 2024, que será explanado de seguida.

Tabela 1

Programa de Treino de Habilidades de Interação Social

Título do Programa: Treino de Habilidades de Interação Social em pessoas com PD
Contexto: Serviço de Internamento da Patologia Dual da ULS [REDACTED]
Finalidade: Promoção da aprendizagem de habilidades de interação sociais nas pessoas com PD.
Objetivos específicos: - Capacitar as pessoas com estratégias de coping, que contribuam para o seu bem-estar; - Melhorar a comunicação interpessoal; - Promover a resolução construtiva de conflitos; - Fomentar a empatia e habilidades de autocontrolo; - Promover relações saudáveis e positivas entre pares.
População alvo: Utentes internados no Serviço de Internamento da Patologia Dual da ULS [REDACTED] [REDACTED] Grupo de 6 a 8 pessoas.
CrITÉRIOS de inclusão: Utentes com diagnóstico de Perturbação de Uso de Substâncias e de outra patologia psiquiátrica associada, internados no serviço de Patologia Dual.
CrITÉRIOS de exclusão: Utentes com sintomatologia sugestiva de descompensação psicótica ou outra; utentes com défice cognitivo moderado a grave.
Duração: 6 sessões com a duração 45 - 60 minutos/cada. Preconiza-se a realização de duas sessões por semana, pelo que a duração total do projeto será de 3 semanas, a decorrer entre o dia 3 de junho de 2024 a 21 de junho de 2024.
Recursos Humanos: 2 Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
Recursos materiais: Sala ampla, sem obstáculos entre os participantes; cadeiras; material de escrita; computador com colunas ou aparelhagem, rolo de papel de mesa, folhas em branco, marcadores ou lápis de cor, balões. Grelha de avaliação com os indicadores NOC referentes às habilidades de interação social.
Sessões a desenvolver: - Sessão 1: Apresentação do Programa e realização de um jogo “Quebra-gelo” com o Jogo da Glória. - Sessão 2- Literacia em saúde acerca das consequências dos consumos; - Sessão 3- Roda Dentada; - Sessão 4- O balão da emoção; - Sessão 5- Body Map da Dual; - Sessão 6- Encerramento do Programa: um olhar para o futuro.
Avaliação de resultados: Indicadores NOC referentes a Habilidades de Interação Sociais.

Tabela 2

Sessão 1: Apresentação do programa e Jogo Quebra-Gelo- Jogo da Glória

Sessão 1:	Apresentação do programa e Jogo Quebra-Gelo – Jogo da Glória.	
Duração: 45 minutos	Metodologia: método interativo em sessão de grupo.	
Participantes	6 a 8 pessoas.	
Recursos: Espaço amplo, cadeiras, Indicadores NOC sobre habilidades de interação social.		
Conteúdo:	- Apresentação dos EEESMP que implementarão o programa; - Apresentação do tema do programa, objetivos e duração; - Pedido de consentimento para a participação no programa; - Apresentação dos participantes através do Jogo Quebra-Gelo – o Jogo da Glória. - Aplicação dos indicadores NOC selecionados.	
Objetivos:	- Apresentar a equipa de EEESMP responsável pela realização do programa; - Apresentar o programa e o plano de sessões; - Garantir privacidade e confidencialidade durante todas as sessões; - Aplicar os indicadores NOC; - Promover a interação grupal através do jogo de Quebra-Gelo.	
Descrição da atividade:	Os participantes sentam-se em círculo. O elemento dinamizador inicia a dinâmica, dando dois dados ao primeiro participante. O mesmo lança os dados e responde à questão ou completa a frase, correspondente ao número identificado. Alguns exemplos de questões: “Se fosse um animal, que animal seria e porquê”; “Atividade preferida (o que mais gosta de fazer?”; “O que está a sentir neste momento?”; “Uma situação inesquecível pela qual tenha passado”; “Do que sente saudades?”, “O seu principal medo”. A atividade termina quando todos os participantes tiverem lançado os dados e respetivamente, respondido às questões.	
Avaliação:	Quantitativa: Indicadores NOC das habilidades de interação social. Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.	

Tabela 3**Sessão 2: Literacia em Saúde acerca das consequências dos consumos**

Sessão 2:		Literacia em Saúde acerca das consequências dos consumos
Duração: minutos	45	Metodologia: método expositivo e interativo em sessão de grupo.
Participantes:	6 a 8 pessoas.	
Recursos: Sala ampla; cadeiras, computador com colunas, projetor.		
Conteúdo:	-Apresentação com recurso a um PowerPoint acerca das consequências dos consumos (álcool e outras substâncias), ao nível pessoal, familiar e profissional.	
Objetivos:	-Desenvolver a auto e heteroconsciência; -Desenvolver capacidade de escuta-ativa; -Aumentar literacia em saúde acerca de consumos, nas esferas pessoal, familiar e profissional; -Promover capacidade de reflexão.	
Descrição da atividade:	As dinamizadoras do projeto reúnem o grupo numa sala ampla, com cadeiras. As mesmas apresentam um PowerPoint onde são explanadas as consequências dos consumos (álcool e outras substâncias) ao nível das esferas pessoal, familiar e profissional. No final realiza-se um brainstorming, abrindo espaço para questões, partilhas e esclarecimentos.	
Avaliação:	Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.	

Tabela 4*Sessão 3: Roda Dentada*

Sessão 3:		Roda Dentada
Duração: minutos	45	Metodologia: método expositivo e interativo em sessão de grupo.
Participantes:	6 a 8 pessoas.	
Recursos: Sala ampla; cadeiras em círculo.		
Conteúdo:	- Desenvolvimento de auto e hetero-consciência, e interação social.	
Objetivos:	- Promover a auto e hetero-consciência; -Facilitar a comunicação entre os participantes permitindo direcionar a mensagem de forma mais personalizada ao recetor; - Desenvolver a capacidade de verbalização e promoção da escuta-ativa; - Promover a empatia.	
Descrição da atividade:	Os participantes encontram-se sentados em círculo e pede-se que, elemento sim elemento não, cheguem as cadeiras à frente, e formem um círculo interno. Os elementos do círculo interno viram as suas cadeiras para trás de modo a ficarem frente a frente com os outros participantes. De seguida, a dinamizadora coloca um tema de conversa, dando uns minutos para esta se desenvolver. Ao sinal da dinamizadora, a conversa termina, e os participantes do círculo externo levantam-se e avançam uma cadeira no sentido dos ponteiros do relógio, ficando agora de frente a outro participante. É dado outro tema de conversa. A dinâmica desenvolve-se assim sucessivamente até chegarem ao participante com quem falaram primeiro. Exemplos de temas: “O que mais gosto ou menos gosto de fazer; Gosto que as pessoas...; A maior dificuldade que tenho na relação com os outros é...”; Eu divirto-me quando...”.	
Avaliação:	Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.	

Tabela 5*Sessão 4: O balão da emoção*

Sessão 4:	O balão da emoção	
Duração: 30 minutos	Metodologia: método expositivo e interativo em sessão do grupo.	
Participantes:	6 a 8 pessoas.	

Recursos: Sala ampla, cadeiras, balões, marcadores.

Conteúdo:	Desenvolvimento de auto e hetero-consciência acerca das emoções e da expressão corporal das mesmas.
Objetivos:	- Promover a compreensão e aceitação das suas emoções e do outro; - Promover a expressão saudável de emoções; - Fomentar a conexão e apoio grupal; - Promover a empatia; - Permitir o reconhecimento da expressão corporal das próprias emoções; - Promover o autoconhecimento e autocontrolo das emoções.
Descrição da atividade:	Os participantes sentam-se em cadeiras, dispostos em círculo. As dinamizadoras contêm num cesto balões, cada um de uma cor, com algumas emoções escritas (alegria, raiva, tristeza, medo, amor/afeto). Os balões vão sendo passados um a um, a cada participante. Quando o mesmo tiver o balão na sua posse deve dizer uma palavra ou frase que se relacione com a emoção escrita no balão e a que cor associa a emoção. A tonalidade da voz e da expressão corporal devem ser coincidentes com o modo como este sente determinada emoção. No final é feita uma partilha livre, acerca do que todos sentiram ao experienciar as diversas emoções.
Avaliação:	Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.

Tabela 5*Sessão 4: O balão da emoção*

Sessão 5:	Body Map da DUAL
Duração: 45 minutos	Metodologia: método expositivo em sessão do grupo.
Participant:	6 a 8 pessoas.
Recursos: Sala ampla, cadeiras, Folhas impressas com a imagem de um corpo humano, lápis e canetas de cor, computador com colunas.	
Conteúdo:	- Dinamização de uma atividade individual, através da construção de um body map.
Objetivos:	- Promover a exploração de vivências e atribuição de significados; - Promover o autoconhecimento; - Proporcionar exploração de emoções e sentimentos; - Promover o aumento da expressão criativa.
Atividades a desenvolver:	As dinamizadoras entregam um desenho de um corpo humano, sem definição de gênero ou expressão. Os participantes encontram-se sentados e cada um irá desenhar na folha acerca de si mesmo. O objetivo é que na construção do desenho esteja retratado: uma característica sua, um ponto forte que reconheça, um lema/frase de vida, uma cicatriz física e/ou psicológica, um símbolo que o represente e o que o fortalece/motiva. Para tal os elementos a inserir podem ser colocados em qualquer parte do desenho, de acordo com a sua preferência.
Avaliação:	Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.

Tabela 7**Sessão 6: Encerramento do programa: Um olhar para o futuro**

Sessão 6:		Encerramento do programa: Um olhar para o futuro
Duração:	45 minutos	Metodologia: método expositivo em sessão do grupo
Recursos: Sala ampla, cadeiras, computador com colunas, um poema, folhas, material de escrita.		
Conteúdo:		-Encerramento do Programa com uma atividade intitulada de: Um olhar para o futuro; -Avaliação do Programa segundo os indicadores NOC selecionados.
Objetivos:		- Avaliar resultados da implementação do Programa segundo os indicadores NOC; - Permitir reflexão acerca dos objetivos futuros após alta; - Permitir expressão de emoções; - Facilitar estratégias de planeamento e organização; - Incentivar pensamento criativo; - Aumentar sensação de bem-estar através do foco no planeamento futuro.
Descrição da atividade:		Os participantes reúnem-se numa sala, sentando-se em círculo. É realizada a leitura de um poema (ANEXO I). Após o poema é iniciado o exercício: um olhar para o futuro. É fornecida uma folha em branco a cada participante, onde cada um deve descrever livremente como imagina o seu futuro, quer em forma de desenho, quer em forma de texto. São dadas algumas diretrizes condutoras como por exemplo: -Definir uma música como banda sonora do seu futuro; -Definir a cor do seu futuro; -Descrever os principais objetivos do futuro. Os mesmos, caso queiram, podem partilhar as suas escolhas com o restante grupo, iniciando um momento de convívio e cooperação.
Avaliação:		Quantitativa: Indicadores NOC das habilidades de interação social. Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C. M. L. B. M. (2017). *Construção participativa de respostas sociais inovadoras na área da saúde mental, uma exigência e um desafio estudo sobre a cooperativa “deliciosas diferenças”* [Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório da UC.

Loureiro, C. R. E. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 7-14.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2880097/mod_folder/content/0/Treino%20de%20compet%C3%A2ncias%20sociaisuma%20estrat%C3%A9gia%20em%20sa%C3%BAde%20mental%20conceptualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20modelos%20te%C3%B3ricos.pdf

Loureiro, C. R. E. C. (2013). *Competências sociais de estudantes do ensino secundário: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção* [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Menezes, C., Santos, H., Teixeira, J. (2024). Impacto da Patologia Dual na Capacidade de Trabalho: relevância do setor de atividade. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*. <https://www.rpso.pt/impacto-da-patologia-dual-na-capacidade-de-trabalho-relevancia-do-setor-de-atividade/>.

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República n.º 151/2018 – 2ª Série.

Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

INDICADORES NOC – Interação Social

INDICADORES NOC	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Consistentemente demonstrado 5
150202 - Mostra receptividade (escuta e aceita novas ideias/opiniões)					
150203 - Cooperação com os outros (trabalha em grupo e partilha tarefas e responsabilidades)					
150204 - Mostra sensibilidade com os outros (compreende e respeita os sentimentos dos outros)					
150205 - Uso de comportamentos assertivos (expressa pensamentos e sentimentos, respeitando os direitos dos outros)					
150209 - Mostra empatia (demonstrar compaixão e apoio)					
150210 - Mostra de equilíbrio (mantém calma e controlo emocional)					
150212 - Envolvimento dos outros (promove participação e colaboração)					
150213 - Mostra confiança (demonstra segurança em si e nas suas capacidades)					
150216 - Uso de estratégias de solução de conflitos (capaz de mediar e resolver conflitos)					



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

III Curso Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Sara Margarida Rodrigues do Vale

VIOLÊNCIA NO NAMORO - “DES(AMOR) NO NAMORO”

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

“A adolescência é a idade dos anseios cósmicos e das paixões privadas...”

Haim G. Ginott (1982)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como um ato intencional, recorrendo ao uso da força física ou do poder, tendo um alvo de violência (contra si próprio ou contra terceiros), com possível dano físico, psicológico, sexual ou outros, incluindo a morte (OMS, 2002).

Justo (2005) citado por Leitão et al. (2013, p. 46), define o namoro como “uma forma de relação humana, e caracteriza-se por um contacto preliminar para ter um melhor conhecimento do outro, dos próprios sentimentos ou simplesmente, para “passar o tempo”, referindo que a expressão “ficar” (vulgarmente expressada pelos jovens) remete-se a um breve contacto entre pares, sem exclusividade ou compromisso assumido.

A violência no namoro é um fenómeno que pode ter um impacto significativo na vítima, a curto ou a longo prazo, com repercussões, quer a nível da saúde - física e/ou mental, quer na sua qualidade de vida, dada a particular fragilidade e falta de proteção vivenciada pela vítima (Caridade, 2008).

De acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2011), a violência no namoro está associada à ocorrência de atos abusivos, intencionais, pontuais ou contínuos, entre duas pessoas numa relação de proximidade e intimidade com o objetivo de uma delas se colocar numa posição de poder e domínio sobre a outra, de a magoar e/ou controlar, incluindo formas de violência psicológica, verbal e social, bem como atos físicos e sexualmente violentos.

Deste modo, a violência no namoro pode potenciar outras formas de agressão e tende a aumentar a frequência, intensidade e perigosidade, ao longo do tempo, sendo considerada um grave problema de saúde pública.

Desde 2013, a violência no namoro integra-se no quadro legal do crime de violência doméstica, no artigo 152.º n.º 1 b) do Código Penal, e contempla o uso de violência entre casais de sexo diferente ou do mesmo sexo, com quem a vítima mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro, ainda que sem coabitação. A punição com pena de prisão está prevista pela lei.

Podem ser consideradas formas de violência, as situações infracitadas (APAV, 2011):

- **Violência psicológica:** partir ou danificar objetos com a intenção de causar medo; insultar; humilhar; difamar; gritar;
- **Violência social:** controlar a outra pessoa nos seus tempos livres e ao longo do dia; proibir contacto com familiares ou amigos; *stalking*;
- **Violência física:** empurrões; pontapés; asfixia; o uso da força física para controlar, ameaçar ou dominar;
- **Violência sexual:** assédio sexual; forçar à prática de relações sexuais; acariciar sem consentimento da outra pessoa; exhibir conteúdos íntimos da vítima sem o seu consentimento.

A adolescência, segundo Papalia et al. (2013), é uma fase crucial no desenvolvimento humano, que marca a transição da infância para a idade adulta e desempenha um papel essencial na formação da identidade e personalidade.

É na adolescência que os papéis de género se consolidam e o “narcisismo” se intensifica, sendo também uma fase em que os mitos sobre romance e intimidade começam a ser vividos. Por conseguinte, é nesta fase de desenvolvimento que existe uma maior propensão para a violência no namoro devido às mudanças significativas no desenvolvimento e à instabilidade emocional.

Em Portugal, segundo o Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro, realizado pela União das Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) em janeiro de 2024, cerca de 20% dos jovens inquiridos sofreu de violência sexual no namoro, evidenciando um aumento em relação ao ano anterior.

O estudo supracitado foi realizado durante o mês de janeiro de 2024, composto por uma amostra de 6152 jovens, sendo 54,1% do sexo feminino, 44,3% do sexo masculino, 1,1% de outros géneros e 0,5% não responderam, e com uma média de idades de 15 anos.

As respostas do questionário encontravam-se agrupadas em duas dimensões: a prevalência dos indicadores de vitimação no namoro – atribuem a dimensão do problema; e, a legitimação – evidencia a representação social acerca da violência no namoro.

Os comportamentos de violência estudados foram associados em categorias, sendo estas: controlo; violência psicológica; perseguição; violência sexual; violência através das redes sociais; e, violência física.

No que diz respeito aos indicadores de vitimação, o controlo (45,5%), a violência psicológica (39,9%), a violência através das redes sociais (20,7%) e a perseguição (20,4%) são os comportamentos mais evidenciados pelos jovens, sendo que 63% dos jovens reportou ter experienciado, pelo menos, um dos indicadores de vitimação apresentado (ver gráfico 1).

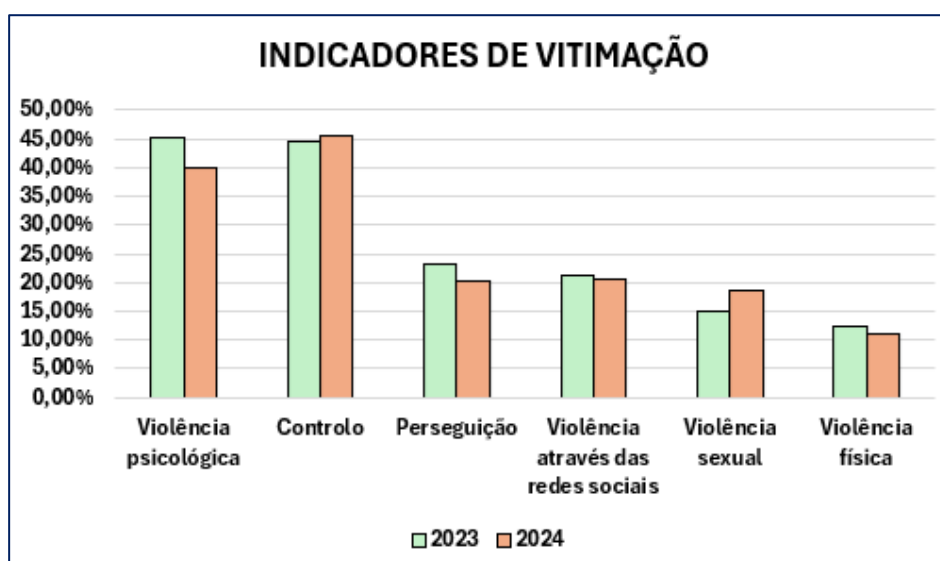


Gráfico 1 – Indicadores de vitimação (Fonte: Estudos UMAR de 2023 e 2024)

O mesmo estudo revela que, no que diz respeito aos resultados obtidos quanto à legitimação da violência no namoro, e comparando com o ano transato (ver gráfico 2), verifica-se um aumento significativo na legitimação de comportamentos de controlo (54,6%) e perseguição (31,1%). De realçar que, cerca de 68% dos jovens, não percecionam como violência no namoro, pelo menos, um dos quinze comportamentos questionados.

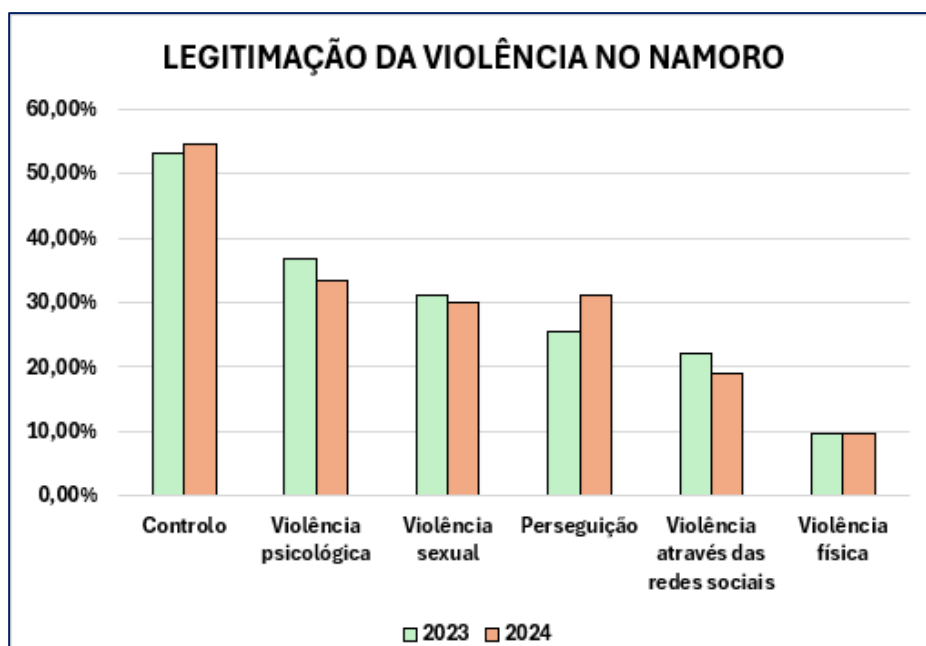


Gráfico 2 – Legitimação da violência no namoro (Fonte: Estudo da UMAR de 2023 e 2024)

Tal como referiu Saavedra (2010), a adolescência é uma fase propícia à ocorrência de comportamentos de risco, mas também de exploração e experimentação, inclusive em contextos de intimidade, tornando-se ideal para a educação e aprendizagem de competências positivas e adaptativas.

Já para o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a violência no namoro entre adolescentes é evitável, através do desenvolvimento de estratégias para promoção de relacionamentos saudáveis, não violentos e baseadas no respeito. Para tal, é fulcral empoderar os jovens com competências e habilidades, no que diz respeito à gestão de emoções, à gestão de conflitos e à comunicação assertiva (CDC, 2020).

Deste modo, é fundamental estimular a implementação de projetos que se centrem na prevenção primária, em detrimento de programas de prevenção secundária, por forma a promover o bem-estar, a segurança e o respeito pelos direitos humanos dos jovens.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

“Violência não é um sinal de força, a violência é um sinal de desespero e fraqueza.”

Dalai Lama (1989)

Tabela 1

Projeto de Intervenção Psicoeducativa: Violência no Namoro - “Des (amor) no Namoro”

Título do Projeto: Violência no Namoro - “Des (amor) no Namoro”.
Contexto: Contexto Escolar: Agrupamento de [REDACTED].
Finalidade: Consciencializar a população-alvo para a temática da violência no namoro.
Objetivos específicos: ▪ Promover literacia em saúde sobre a violência no namoro; ▪ Identificar os fatores preditores de violência no namoro; ▪ Sensibilizar os alunos para o fenómeno da violência no namoro; ▪ Refletir sobre ações de prevenção e combate à violência no namoro.
População alvo: Alunos a frequentar o 9º ano da EB [REDACTED].
Duração: 3 sessões com a duração 50 minutos/cada. Preconiza-se a realização das sessões em duas semanas, a decorrer entre o dia 28 de outubro de 2024 e o dia 5 de novembro de 2024.
Recursos Humanos: 2 Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
Recursos materiais: Sala ampla, com cadeiras em U e sem obstáculos; Computador; Projetor; Folhas de papel; Canetas; Cartolinas; Quadro branco; Panfleto informativo; “Semáforo da Violência”.
Sessões a desenvolver: - Sessão 1 - “Vamos conhecer as nossas emoções?” - Sessão 2- “O Amor não magoa.” - Sessão 3- “Namorar com fair play.”
Avaliação de resultados: Avaliação qualitativa através da reflexão e feedback dos participantes.

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Tabela 2

Cronograma de atividades

Sessão	Turma	28 de outubro	30 de outubro	5 de novembro
Sessão 1	9ºD			
Sessão 1	9ºE			
Sessão 2	9ºD			
Sessão 2	9ºE			
Sessão 3	9ºD			
Sessão 3	9ºE			

PLANEAMENTO DAS SESSÕES

Tabela 3

Sessão 1: “Vamos conhecer as nossas emoções?”

Sessão 1: “Vamos conhecer as nossas emoções?”	
Duração: 50 minutos	Metodologia: método expositivo e interativo.
Recursos: Espaço amplo; cadeiras; folhas de papel; canetas; cartões com as emoções; computador e projetor.	
Conteúdo:	- Apresentação dos EEESMP que implementarão o programa; - Apresentação do tema do programa, objetivos e duração; - Identificação de emoções primárias e secundárias/morais.
Objetivos:	- Apresentar a equipa de EEESMP responsável pela realização do programa; - Apresentar o programa e o plano de sessões; - Reconhecer e identificar as emoções primárias e as emoções secundárias/morais; - Estimular a comunicação não verbal e a autorregulação emocional.
Descrição da atividade:	- “O escultor” - cada grupo elegerá uma pessoa para representar uma emoção (essa não saberá qual é). Os restantes elementos irão “esculpir” a emoção na pessoa eleita, de modo a representá-la. Os restantes grupos realizam tentativas para a tentar adivinhar. - Realização de um infográfico sobre as emoções (ex.: qual(is) a emoção que sinto mais vezes; em que situações vivencio as emoções; o que faço com o que estou a sentir).
Justificação:	As emoções primárias são universais, com uma base biológica e evolutiva, sendo experienciadas por todos os seres humanos de forma automática e imediata. De acordo com Ekman (1992), estas incluem a alegria, tristeza, medo, raiva e nojo, que são respostas instintivas a estímulos específicos e estão relacionadas com a sobrevivência. Estas emoções não requerem processos cognitivos complexos, sendo observadas de forma consistente em diferentes culturas. Por outro lado, as emoções secundárias ou morais são mais complexas, envolvendo juízos éticos e normas sociais. Emoções como a culpa, vergonha, orgulho e gratidão são essenciais para o funcionamento social, ajudando a regular o comportamento e promover a coesão social. Ao contrário das emoções primárias, as morais exigem maior desenvolvimento cognitivo e são influenciadas pelo contexto cultural, refletindo normas e valores aprendidos ao longo da vida.
Avaliação:	Qualitativa: Descrição narrativa dos participantes, do que experienciaram durante a sessão.
Bibliografia:	Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. <i>Cognition & Emotion</i> . https://doi.org/10.1080/02699939208411068

Tabela 4

Sessão 2: "O Amor não magoa."

Sessão 2: "O Amor não magoa."	
Duração: 50 minutos	Metodologia: método interativo.
Recursos: mesas; cadeiras; computador e projetor; cartolinas; canetas; post-its; quadro; e, panfleto.	
Conteúdo:	- Identificação de comportamentos preditores de violência; - Distinção entre os diferentes comportamentos de violência (física e não física).
Objetivos:	- Conhecer comportamentos preditores de violência; - Descrever tipos específicos de abuso físico e não físico; - Desconstruir mitos comuns que podem justificar ou encobrir a violência.
Descrição da atividade:	A atividade começa com uma explicação sobre os diferentes tipos de violência no namoro (física, psicológica, sexual e social). Os participantes serão divididos em grupos e terão de analisar exemplos de comportamentos preditores de violência, categorizando-os consoante o tipo de violência a que pertencem. Após a categorização, os grupos irão identificar e discutir mitos/ditados populares que possam perpetuar ou minimizar a violência no namoro (ex.: "Quem ama, controla" ou "É normal haver ciúmes"). O objetivo é desconstruir estas crenças e reforçar a importância de relações saudáveis e respeitadoras. No final, será entregue um panfleto com informações detalhadas sobre os diferentes tipos de violência, sinais de alerta e contactos úteis para pedir ajuda.
Fundamentação:	A violência no namoro é um grave problema de saúde pública que pode agravar-se ao longo do tempo, aumentando em frequência, intensidade e perigosidade. Desde 2013, é considerada um crime de violência doméstica no Código Penal português (art. 152.º, n.º 1 b), aplicando-se a casais heterossexuais e homossexuais, mesmo sem coabitação, com penas de prisão previstas por lei. As formas de violência incluem: psicológica (intimidação, insultos), social (controle de atividades, isolamento), física (agressões físicas) e sexual (assédio, coerção).
Avaliação:	Qualitativa: Reflexão sobre o tema através da construção de uma "Mochila" - referindo qual a bagagem mais importante que levam para casa.
Bibliografia:	Decreto-Lei nº 48/95, Código Penal – Artigo 152º. Em <i>Diário da República</i>: Série nº 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-169645609

Tabela 5

Sessão 3: Namorar com fair play.

Sessão 3: Namorar com fair play.	
Duração: 50 minutos	Metodologia: método interativo.
Recursos: Sala ampla; cadeiras em círculo.	
Conteúdo:	- Literacia em saúde acerca dos fatores promotores de relações saudáveis; - Desenvolvimento de estratégias que ajudam a prevenir e a combater a violência nos relacionamentos.
Objetivos:	- Identificar fatores que contribuem para estabelecimento de relações positivas com os outros; - Descrever soluções e estratégias para combater a ocorrência de violência nos relacionamentos; - Aprender competências apropriadas para atingir os objetivos relacionados com relacionamentos saudáveis.
Descrição da atividade:	Os participantes são convidados a criar slogans para campanhas de combate à violência no namoro, nas redes sociais e meios de comunicação social (1 turma). Construção de um mural representativo de uma relação saudável/Body Map (1 turma). A sessão termina com a entrega do " Semáforo da Violência ".
Fundamentação:	As relações positivas são construídas sobre pilares como confiança, comunicação eficaz e respeito mútuo. De acordo com <i>Psychology Today</i> (2022), a confiança é o alicerce dos relacionamentos saudáveis, sendo essencial para que as pessoas se sintam seguras e valorizadas. Prevenir a violência nos relacionamentos, especialmente entre jovens, requer a promoção da educação emocional e conscientização sobre os sinais de abuso. Segundo a <i>Organização Mundial da Saúde</i> (WHO, 2021), a violência nos relacionamentos pode ser mitigada com a educação precoce sobre os comportamentos abusivos e com campanhas públicas voltadas para a conscientização. Além disso, ferramentas como o "Semáforo da Violência" são úteis para ajudar as pessoas a identificar comportamentos saudáveis (verde), de alerta (amarelo) e abusivos (vermelho), orientando-as a agir preventivamente.
Avaliação:	Qualitativa: Brainstorming acerca da temática (feedback do grupo).
Bibliografia:	. Psychology Today. (2022). The importance of trust in relationships. <i>Psychology Today</i>. https://www.psychologytoday.com/us/basics/trust . World Health Organization. (2021). Violence prevention: Relationship violence. <i>World Health Organization</i>. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

R.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caridade, S. (2008). *Violência nas relações juvenis de intimidade: comportamentos e atitudes dos jovens*. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Justiça. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020).
http://www.cdc.gov/chooserespect/understanding_dating_violence/index.html
- Decreto-Lei nº 48/95, Código Penal – Artigo 152º. Em *Diário da República*: Série nº 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-169645609>
- Leitão, M. N.; Fernandes, M. I.; Fabião, J. A.; Sá, M. C.; Veríssimo, C. M. & Dixe, M. A. (2013). Prevenir a violência no namoro – N(amor)o (Im)perfeito – Fazer diferente para fazer a diferença. *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: World Health Organization. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241545615>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (C. Monteiro e M. Silva; 12ª ed.). Artmed. (Obra originalmente publicada em 2012).
- Psychology Today. (2022). The importance of trust in relationships. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/basics/trust>
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República* n.º 151/2018 – 2ª Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Saavedra, R. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*. (Dissertação de Doutoramento). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14248/1/Rosa%20Maria%20Meli%20Saavedra.pdf>
- União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR). *Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro*. 2024. https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMA_2024_v0_02_compressed.pdf
- União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR). *Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro*. 2023. <https://www.cig.gov.pt/2023/02/apresentacao-do-estudo-nacional-sobre-violencia-no-namoro-2023/>

World Health Organization. (2021). Violence prevention: Relationship violence. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

APÊNDICE I - Folheto Informativo sobre Violência no Namoro

LEMBRA-TE...

A violência nunca é uma forma de expressar amor ou paixão por uma pessoa.

Os ciúmes não servem de desculpa para qualquer atitude violenta.



Se precisares de ajuda, contacta:

 **112 em caso de emergência**

 **Linha Nacional de Emergência Social** - através da linha **144** Serviço telefónico gratuito, disponível 24 horas por dia

 **APAV** (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) - **116 006** (chamada gratuita)

 **Linha Telefónica de Informação às Vítimas de Violência Doméstica** Serviço gratuito, anónimo e confidencial, **800 202 148**, disponível 24 horas por dia;

Projeto de Intervenção

“Des(amor) no Namoro”

Coimbra, 2024

A violência é :

Um ato intencional, pontual ou contínuo, exercido por um ou ambos os parceiros numa relação de namoro.

Com o objetivo de ...

**DOMINAR
CONTROLAR
TER MAIS PODER** que o outro.



Tipos de violência:

VIOLÊNCIA FÍSICA

- empurrar, agarrar, prender;
- ameaças à integridade física;
- uso da força para controlar.



VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

- partir ou danificar objetos para causar medo;
- insultar, humilhar, difamar e gritar.

VIOLÊNCIA SEXUAL

- assédio sexual;
- forçar à prática de relações sexuais;
- acariciar sem consentimento;
- divulgar conteúdos íntimos.



VIOLÊNCIA SOCIAL

- controlar a outra pessoa no seu dia-a-dia;
- proibir contacto com familiares ou amigos;
- perseguição (*stalking*).





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Sara Margarida Rodrigues do Vale

Avaliação das Sessões do Projeto de Intervenção “Des(amor) no Namoro”

O Projeto de Intervenção “Des(amor) no Namoro” foi implementado com o objetivo de sensibilizar e educar adolescentes do 9.º ano sobre as diferentes formas de violência no namoro e as suas consequências, promovendo uma reflexão crítica sobre comportamentos abusivos nos relacionamentos amorosos.

Este projeto foi desenvolvido com duas turmas, envolvendo um total de 47 alunos, e teve uma abordagem psicoeducativa, procurando alertar os jovens para os sinais precoces de violência e incentivar comportamentos saudáveis nos relacionamentos.

A violência no namoro é uma problemática crescente, com sérias repercussões para a saúde física e psicológica das vítimas, e a sua prevenção é essencial para garantir uma convivência mais saudável e respeitadora entre os adolescentes. Com o crescente número de vítimas de violência no namoro, especialmente entre os jovens, este projeto visou fornecer aos adolescentes os conhecimentos necessários para que possam identificar relações “tóxicas” e adotar comportamentos respeitosos e seguros nas suas relações.

O projeto foi desenvolvido ao longo de três sessões, tendo sido a primeira sessão realizada no dia 28 de outubro, e as sessões 2 e 3 no dia 5 de novembro, em cada uma das turmas.

Na primeira sessão, intitulada de “Vamos conhecer as nossas emoções?”, foi adotada uma metodologia combinada (expositiva e interativa), com o intuito de captar a atenção dos participantes e promover a reflexão acerca da temática.

O conteúdo desta sessão era a identificação das emoções primárias e secundárias, tendo por objetivo reconhecer e identificar emoções primárias e secundárias, por forma

a estimular a autorregulação emocional. A abordagem das emoções primárias, como a alegria, tristeza, raiva, medo e nojo, permitiu trabalhar as emoções universais, enquanto as secundárias ou morais (como a culpa, vergonha e orgulho) deram espaço para uma reflexão mais profunda sobre comportamentos sociais e valores.

As atividades realizadas foram:

- "O Escultor": A atividade foi criativa e dinâmica, permitindo que os participantes expressassem emoções de forma lúdica. Esta dinâmica não só incentivou a participação, como também promoveu o trabalho em grupo e a empatia ao tentar identificar as emoções expressas pelos colegas. Em ambas as turmas, houve grupos que manifestaram maior dificuldade em "esculpir" o outro, por se sentirem constrangidos perante a restante turma, no entanto, entendo que todos se esforçaram para contribuir na apresentação da emoção.

- Infográfico sobre Emoções: Este exercício ajudou os participantes a refletir sobre as emoções que sentiram com maior frequência nas 24h que antecederam à sessão, as situações em que as vivenciaram e como as geriram. Esta atividade promoveu a autoanálise, tratando-se de uma atividade importante para o desenvolvimento da autoconsciência emocional. Após análise dos infográficos, constatou-se que a emoção mais vezes referida foi a alegria, vivenciada na sua maioria "junto dos amigos", "com a família", "com as pessoas que gosto", ou perante o sucesso escolar ("tirei boas notas"), e em relação ao que fazia com o estavam a sentir, na sua generalidade, referem que "vivo o momento", "partilho com os outros".

Das restantes emoções primárias, um participante referiu tristeza e oito referiram a raiva, como emoção mais vivenciada, sendo que associam esta emoção às relações conflituosas com os pares, e não conseguem definir o que fizeram com ela (na sua maioria escrevem "nada").

A segunda sessão, designada de "O Amor não magoa." foi desenvolvida através de uma metodologia interativa, com a abordagem de um tema crucial para a prevenção da violência no namoro, fornecendo informações claras sobre os diferentes tipos de violência (física, psicológica, sexual e social), promovendo o aumento de literacia em saúde acerca do tema, e onde tiveram que, individualmente, correlacionar comportamentos preditores de violência, com o tipo de violência onde o mesmo se inseria.

Por outro lado, a desconstrução de mitos populares sobre a violência, como "quem ama,

foi muito relevante para combater os estigmas e sensibilizar os participantes para a importância de relações saudáveis e respeitadas, denotando-se que alguns dos adolescentes ainda tomam como verdades, alguns mitos que podem ser indutores de violência nesta fase de desenvolvimento, e perpetuarem-se durante a idade adulta.

A entrega de panfletos com sinais de alerta e contactos úteis foi realizada após as três sessões, para garantir que os participantes tivessem acesso a informações práticas e úteis. Este material pode servir de recurso importante em momentos de necessidade, dando autonomia aos jovens para procurarem ajuda caso precisem.

No que diz respeito à **terceira sessão** - "Namorar com fair play." a metodologia adotada foi a interativa, com o objetivo de estimular as competências para a construção de relações saudáveis, com ênfase na confiança, comunicação eficaz e respeito mútuo.

Foram desenvolvidas três atividades, sendo elas:

- Visualização de vídeos curtos de combate à violência no namoro, disponíveis no Youtube, que permitiram a reflexão acerca dos comportamentos preditores de violência e das diferentes abordagens perante o mesmo comportamento;
- A criação de slogans para o combate e prevenção de violência no namoro, estimulando a criatividade e trabalho de grupo, com recurso à escrita e ao desenho, através de frases apelativas e do uso de símbolos;
- A construção do "*Body Map*" representativo do combate à violência no namoro, onde ao longo do desenho de um corpo, os grupos expuseram frases alusivas à prevenção da violência no namoro.

A primeira e segunda atividade, foram desenvolvidas numa turma e a terceira atividade noutra turma, uma vez que foi necessário ajustar as atividades ao longo das sessões, para captar a atenção e foco dos adolescentes.

Estas atividades foram muito dinâmicas e não só ajudaram os jovens a refletir sobre comportamentos saudáveis numa relação amorosa, como também promoveram a expressão criativa e a colaboração em grupo.

A entrega do "Semáforo da Violência" foi uma ferramenta útil para ajudar os participantes a identificar sinais de alerta e comportamentos abusivos em potenciais relações.

Considero que as áreas a melhorar neste projeto prendem-se com: a necessidade de adaptar a abordagem para captar melhor a atenção dos adolescentes (sessões curtas

e separadas por dias); o recurso a mais meios audiovisuais (vídeos ou filmes alusivos à temática); e, implementação de dinâmicas de grupo, como dramatizações ou role-playing.

A maior dificuldade sentida durante as sessões foi estimular e manter o foco/atenção dos adolescentes, especialmente nas duas últimas sessões por terem sido consecutivas.

Para além de adaptarmos as sessões às necessidades das turmas, uma das estratégias utilizadas foi dar “voz” aos adolescentes e, num caso concreto, solicitar que o mesmo fizesse sugestões de melhoria para próximas sessões.

Este projeto foi, sem dúvida, uma mais-valia neste processo de aprendizagem, uma vez que permitiu desenvolver competências de EEESMP através da coordenação, implementação e desenvolvimento de um projeto de promoção da saúde mental, em contexto escolar, que visa o combate aos comportamentos abusivos, como a violência no namoro. Deste modo, entendo ter contribuído para o aumento de literacia em saúde sobre violência e comportamentos abusivos, uma vez que ficou patente com algumas atividades desenvolvidas durante o projeto, que ainda persistem muitos mitos acerca da violência no namoro.

Teria sido interessante realizar uma avaliação diferente deste projeto (não apenas qualitativa e baseada no feedback), no entanto, atendendo que os instrumentos de avaliação existentes e validados são demasiado extensos, não foi possível aplicá-los.

APÊNDICE 9 – Atividade “Rota do Coração”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

“ROTA DO CORAÇÃO - CANTANHEDE UNIDA PELO CORAÇÃO”
GESTÃO DO STRESS

Título	“ROTA DO CORAÇÃO - [REDACTED] E UNIDA PELO CORAÇÃO”: GESTÃO DO STRESS
Responsáveis	Estudantes do MESMP da ESEnfC, Catarina Lopes e Sara Vale
Data	29 de setembro de 2024
Local	[REDACTED]
Duração	Das 10 às 16h
População Alvo	População motivada para aderir e participar no Evento
Recursos	Recursos Materiais: - Tapete de esponja, canetas, cartões, balões, bolas anti-stress artesanais, balões com frases motivacionais e mensagens no interior, material reciclado, óculos, elásticos, sacos de sementes, mochila com pesos, faixa para impedir a abertura ocular.
Metodologia	Método interativo.
Objetivos	-Aumentar a literacia sobre o stress e a doença cardiovascular; -Sensibilizar para manifestações físicas, emocionais, comportamentais e cognitivas do stress; -Educar sobre estratégias de gestão de stress; -Criar oportunidade de partilha e discussão com a população alvo.
Desenvolvimento	- Realização do “ Jogo da Glória ” Com recurso a um tapete de esponja é proposto aos participantes responderem a várias perguntas, o que lhes permite atingir níveis de jogo com maior complexidade. Há medida que vão avançando vão sendo introduzidos objetos dificultadores como óculos, faixas oculares, pesos para colocar nos ombros. Durante a realização deste jogo serão discutidas e analisadas em conjunto as respostas. Níveis e questões:

	Nível 1: O stress é sempre negativo? Nível 2: Consegues ter uma vida normal se tiveres níveis de stress intensos? Nível 3: Diz-me uma manifestação física do stress. Nível4: Diz-me uma manifestação emocional / comportamental do stress. Nível 5: O que podes fazer para aliviar o stress? -Realização do jogo “O balão das Emoções” Propõe-se aos participantes identificar situações/emoções negativas que lhes causam stress. Após identificação das mesmas, vão enchendo um balão. Dentro de cada balão existe uma mensagem motivacional ou uma técnica de gestão de stress. Quando o balão rebenta os participantes são convidados a ler em voz alta a mensagem e a mesma será discutida em conjunto. -Realização da atividade “A cor da Vida” Dispõe-se balões cheios de várias cores, com a identificação da emoção correspondente a cada cor. Propõe-se que cada participante escreva ou desenhe algo que o faça identificar aquela cor, podendo ser: uma pessoa, um animal, uma situação ou um pensamento. De seguida, o participante deve colocar a mensagem no cesto da respetiva emoção: alegria (amarelo), tristeza (azul), raiva (vermelho), medo (roxo) e amor (rosa). No final destas atividades, oferecesse aos participantes uma bola anti-stress artesanal, em que estes são convidados a desenhar a face respetiva à emoção que estão a sentir no momento.
Avaliação	- A avaliação da participação no evento será feita informalmente de acordo com o feedback dos participantes.
Justificação	No decorrer do último século ocorreram grandes progressos nas condições de vida das populações, da medicina e da sociedade em geral. As doenças infecciosas reduziram significativamente a sua incidência e a mortalidade a ela associada. Mas, em contrapartida, o Homem passou a ser vítima de si próprio, dos comportamentos que adota, dos hábitos alimentares que possui, da forma como vive e do stress que cria e que tem que gerir (Teixeira, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023) o <i>stress</i> pode ser definido como a «epidemia de saúde do século XXI», afetando cada vez mais pessoas a um nível global e constituindo uma realidade comum no mundo de hoje e com consequências altamente significativas na vida do indivíduo. Podem ser desenvolvidos vários tipos de intervenção para evitar ou reduzir o stress. Qualquer que seja a intervenção implica que sejam desenvolvidas competências que capacitem os indivíduos para uma gestão mais adequada do stress, quer numa perspetiva de reduzir o seu impacto negativo, quer aumentando a sua resistência ao

	mesmo, numa lógica de prevenção. Nem sempre é fácil eliminar ou reduzir as situações que desencadeiam stress. Contudo podemos desenvolver estratégias e comportamentos que capacitem o individuo para gerir o stress e diminuir o seu impacto negativo. No contexto de psicoeducação pode-se desenvolver programas de intervenção que incluam, por exemplo, a prática de exercício físico e/ou de relaxamento e compreensão das próprias emoções (Amaral, 2022).
Referências Bibliográficas	- Amaral, A. P. M. (2022). Stress e saúde: <i>Contextualização teórica e intervenção em educação para a saúde</i>. Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra. ISBN: 978-989-8252-82-1. - Serviço Nacional de Saúde. (2019, 6 de novembro). <i>Dia de consciencialização do stress</i>. https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/06/dia-de-consciencializacao-do-stress/. - Teixeira, S. M. L. (2010). <i>Fatores de stress em cardiologia: Artigo de revisão</i>. [Trabalho final de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina].



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Avaliação do evento “Rota do Coração - [REDACTED] unida pelo coração” Gestão do Stress

O evento "Rota do Coração [REDACTED] unida pelo coração" foi uma iniciativa realizada a 29 de setembro de 2024, no âmbito do Dia Mundial do Coração, no [REDACTED] [REDACTED], com a parceria da UCC [REDACTED].

O objetivo principal foi sensibilizar a comunidade de [REDACTED] para a importância da prevenção da doença cardiovascular, que concerne aos aspetos físicos e mentais.

A nossa intervenção foi desenvolvida no espaço centrado na gestão do stress, procurando motivar a comunidade para a importância do bem-estar emocional e da redução do stress como ação preventiva da doença cardiovascular. Foram dinamizadas várias atividades (jogos terapêuticos, treino de respiração consciente, massagem terapêutica e Reiki) que incentivaram a participação ativa da comunidade, promovendo práticas saudáveis e abordando a gestão do stress como fator crucial para a saúde mental e física.

As atividades dinamizadas por nós contaram com a participação de 46 pessoas (21 pessoas nos jogos terapêuticos e 25 no treino de respiração consciente), das várias fases do ciclo vital, tendo sido uma experiência bem-sucedida, atendendo o nível de motivação e interesse demonstrados pelos participantes, incluindo a repetição de algumas pessoas ao longo do dia.

Como futuras EEESMP consideramos que o desenvolvimento desta intervenção deu resposta a alguns dos requisitos primordiais necessários, tendo em consideração a nossa área de especialização, tais como:

- Promoção da Literacia em Saúde Mental: a intervenção focou-se em aumentar a literacia da comunidade acerca da gestão do stress (pilar na prevenção de doenças cardiovasculares e mentais);

- Apoio na autogestão do stress: as atividades desenvolvidas deram ênfase à capacitação da pessoa para lidar com o stress, e deste modo, prevenir não só a doença cardiovascular com a doença mental (abordagem holística);

- Integração na comunidade: o envolvimento do EEESMP na comunidade é de extrema importância, pois cria a proximidade necessária para o desenvolvimento de uma relação de confiança com a população, promovendo a expressão de emoções e preocupações;

Esta intervenção deu-nos a oportunidade de aprimorar competências específicas enquanto EEESMP, destacando: **o desenvolvimento do autoconhecimento**, uma vez que a interação com os participantes, a gestão das dinâmicas e a adaptação aos desafios lançados pelos mesmos, exigiram que fôssemos sensíveis ao impacto das nossas reações e emoções pessoais, contribuindo não só para o desenvolvimento profissional, mas também pessoal; **psicoeducação** através da realização de ensinamentos sobre stress (a importância do stress no dia-a-dia e da sua gestão) e estratégias para reduzir e controlar o stress.

Outra das competências desenvolvidas durante esta intervenção prendeu-se com a capacidade de comunicar eficazmente, uma vez que as intervenções na comunidade (em espaço aberto) não correspondem à nossa prática diária enquanto profissionais de saúde, tanto pelo *setting*, como pela diversidade do público-alvo. No entanto, apesar do enorme desafio e de no início estarmos apreensivas com o nosso desempenho, entendemos que conseguimos corresponder às necessidades das pessoas e demonstrámos clareza e acessibilidade na abordagem adotada.

Em suma, esta intervenção teve um impacto positivo no nosso percurso académico, e sendo o primeiro contacto com a comunidade, criou-nos confiança para as intervenções seguintes.

APÊNDICE 10 – Atividade do Dia Mundial da Saúde Mental (contexto laboral/escolar) -
“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

DIA MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL 2024

“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”

Título	DIA MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL 2024 <i>“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”</i>
Responsáveis	Estudantes do MESMP da ESEnFC, Catarina Lopes e Sara Vale
Data	9 de outubro de 2024
Local	Centro de Saúde de Cantanhede
Duração	Das 9 às 10h e das 14 às 15h
População Alvo	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Cantanhede
Recursos	Recursos Materiais: - Folhas de papel A5, canetas, cartão de autocuidado.
Metodologia	Método interativo.
Objetivos	-Sensibilizar para a importância da saúde mental no local de trabalho; -Promover a partilha de estratégias para a promoção da saúde mental; -Fortalecer as relações interpessoais e a comunicação assertiva na equipa; -Promover o autocuidado.
Desenvolvimento	- Realização de dinâmica de grupo: “Círculo de Bem-Estar” Criar um círculo onde cada participante partilha uma estratégia ou um hábito que o ajuda a manter a saúde mental no trabalho. Depois de cada partilha, o grupo pode discutir e sugerir tarefas/atividades para promover/melhorar a saúde mental no local de trabalho. Essas estratégias/ atividades/ ideias são escritas num cartaz para oferecer à equipa. - Realização de atividade “Agradece ao Teu Colega” Cada participante deve escrever uma mensagem de agradecimento ou elogio a um colega e colocar numa caixa de “boas palavras”. Após colocar a mensagem deve retirar

	uma mensagem para si. - Realização do desafio de autocuidado: "Cuidar de Mim" Distribuir um "cartão de autocuidado" em que o participante é convidado a preencher com pequenas práticas promotoras de saúde mental para fazer durante a semana (como tirar 5 minutos para respirar, caminhar ou ouvir música). No verso são apresentadas sugestões. - Afixação de cartazes com mensagens alusivas à temática.
Avaliação	- A avaliação da participação no evento será feita informalmente de acordo com o feedback dos participantes.
Justificação	Priorizar a saúde mental no local de trabalho é essencial para promover o bem-estar dos trabalhadores e aumentar a produtividade. Estudos demonstram que um ambiente de trabalho que valoriza a saúde mental pode reduzir o absentismo, melhorar a autoestima da equipa e aumentar a estabilidade organizacional. Promover a saúde mental no trabalho não é apenas uma responsabilidade ética, mas também uma estratégia efetiva para o sucesso laboral. Deste modo, ambientes de trabalho seguros e saudáveis podem servir como um fator de proteção para a saúde mental. Condições insalubres, que incluem estigmatização, discriminação e exposição a riscos como assédio e outras situações de trabalho precárias, podem representar ameaças significativas, impactando a saúde mental, a qualidade de vida e, consequentemente, a participação e produtividade no trabalho. Com 60% da população global empregada, são necessárias ações urgentes para garantir que o trabalho minimize os riscos à saúde mental e proteja e apoie o bem-estar dos trabalhadores (WHO,2024). O local de trabalho é um ambiente fundamental para a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças mentais na população adulta, uma vez que a maioria das pessoas passa grande parte do seu tempo no trabalho. Este espaço deve proporcionar ao indivíduo um sentido de identidade e dignidade, significado na vida, pertença, apoio social e participação. Ao integrar a saúde mental nas políticas laborais, as medidas implementadas para promover a saúde mental podem assegurar um aumento do bem-estar e da produtividade dos trabalhadores, evidenciando a sua eficácia e um elevado custo-benefício. A gestão do stress e as estratégias que previnam exigências laborais excessivas e um baixo controlo sobre as tarefas podem ajudar a evitar consequências negativas para a saúde associadas ao trabalho (Costa, 2019). A World Health Organization (WHO, 2024) recomenda que as medidas para a promoção da saúde mental no local de trabalho passem por: formação e sensibilização dos gestores e trabalhadores para a importância da saúde mental, aumentando a literacia em saúde mental; disponibilização de serviços de apoio psicológicos e programas de assistência ao trabalhador; promoção de políticas de trabalho flexíveis que permitam um melhor equilíbrio entre a vida profissional e pessoal; e, implementação de ferramentas para avaliar o bem-estar dos colaboradores regularmente.

Referências Bibliográficas	- Costa, M. J. H. M. S. L. da. (2019). <i>Promoção da saúde mental no trabalho: Estudo observacional de determinantes biopsicossociais e presentismo</i>. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. - Nogueira, A. F. M. (2020). <i>Saúde mental no local de trabalho: A necessidade e importância da criação de um programa de promoção de saúde mental</i> (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto. Repositório Institucional do Instituto Politécnico do Porto. - World Health Organization (WHO). (2024). Mental Health in the Workplace. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work
-----------------------------------	---

APÊNDICE 10 – Atividade do Dia Mundial da Saúde Mental (contexto laboral/escolar) -
“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace” - Continuação



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

DIA MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL 2024

“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”

Título	DIA MUNDIAL DE SAÚDE MENTAL 2024 <i>“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”</i>
Responsáveis	Estudantes do MESMP da ESEnfC, Catarina Lopes e Sara Vale
Data	9 de outubro de 2024
Local	Escola Básica Marquês de Marialva
Duração	Das 10h15 às 12h30
População Alvo	Alunos, pessoal docente e não docente da Escola Básica Marquês de Marialva
Recursos	Recursos Materiais: - Papel de cenário, canetas, folhas de papel A5, canetas, pote, cartão de autocuidado, cartazes com mensagens alusivas à temática.
Metodologia	Método interativo.
Objetivos	-Aumentar a literacia em saúde mental; -Sensibilizar a comunidade escolar sobre a importância da saúde mental na escola; -Promover estratégias para promover a saúde mental na escola; -Estimular a colaboração e comunicação assertiva entre alunos, professores e funcionários; -Promover o autocuidado individual e coletivo.
Desenvolvimento	- Realização do “Mural de Saúde Mental na Escola” Pedir a alunos e/ou pessoal docente e não docente para escreverem num mural, efetuado com papel de cenário e com imagens alusivas à temática, o que pode/deve existir na escola para melhorar a Saúde Mental. Os alunos podem também desenhar ou escrever mensagens de apoio a professores e funcionários, incentivando a prática de autocuidado e o respeito pelos colegas na escola.

	-Realização da atividade – “Pote do Autocuidado” Os participantes devem escrever num papel o que para eles é importante para manter/melhorar a saúde mental e colocar num pote. A cor do papel fornecido aos alunos deve ser diferente da cor do papel fornecido ao pessoal docente e não docente, para que no final da atividade se faça um gráfico com os autocuidados mais mencionados. - Realização do desafio de autocuidado: “Cuidar de Mim” Distribuir um “cartão de autocuidado” em que o participante é convidado a preencher com pequenas práticas promotoras de saúde mental para realizar durante a semana (ex: tirar 5 minutos para respirar, caminhar ou ouvir música). No verso do cartão são apresentadas sugestões. - Afixação de cartazes com mensagens alusivas à temática.
Avaliação	- A avaliação da atividade será feita informalmente de acordo com o feedback dos participantes. - Realização de um Gráfico com os resultados do pote do Autocuidado para afixação posterior na escola.
Justificação	Priorizar a saúde mental no local de trabalho é essencial para promover o bem-estar dos trabalhadores e aumentar a produtividade. Estudos demonstram que um ambiente de trabalho que valoriza a saúde mental pode reduzir o absentismo, melhorar a autoestima da equipa e aumentar a estabilidade organizacional. Promover a saúde mental no trabalho não é apenas uma responsabilidade ética, mas também uma estratégia efetiva para o sucesso laboral. Deste modo, ambientes de trabalho seguros e saudáveis podem servir como um fator de proteção para a saúde mental. Condições insalubres, que incluem estigmatização, discriminação e exposição a riscos como assédio e outras situações de trabalho precárias, podem representar ameaças significativas, impactando a saúde mental, a qualidade de vida e, consequentemente, a participação e produtividade no trabalho. Com 60% da população global empregada, são necessárias ações urgentes para garantir que o trabalho minimize os riscos à saúde mental e proteja e apoie o bem-estar dos trabalhadores (WHO,2024). O local de trabalho é um ambiente fundamental para a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças mentais na população adulta, uma vez que a maioria das pessoas passa grande parte do seu tempo no trabalho. Este espaço deve proporcionar ao indivíduo um sentido de identidade e dignidade, significado na vida, pertença, apoio social e participação. Ao integrar a saúde mental nas políticas laborais, as medidas implementadas para promover a saúde mental podem assegurar um aumento do bem-estar e da produtividade dos trabalhadores, evidenciando a sua eficácia e um elevado custo-benefício. A gestão do stress e as estratégias que previnam exigências laborais excessivas e um baixo controlo sobre as tarefas podem ajudar a evitar consequências negativas para a saúde associadas ao trabalho (Costa, 2019).

	A World Health Organization (WHO, 2024) recomenda que as medidas para a promoção da saúde mental no local de trabalho passem por: formação e sensibilização dos gestores e trabalhadores para a importância da saúde mental, aumentando a literacia em saúde mental; disponibilização de serviços de apoio psicológicos e programas de assistência ao trabalhador; promoção de políticas de trabalho flexíveis que permitam um melhor equilíbrio entre a vida profissional e pessoal; e, implementação de ferramentas para avaliar o bem-estar dos colaboradores regularmente.
Referências Bibliográficas	- Costa, M. J. H. M. S. L. da. (2019). <i>Promoção da saúde mental no trabalho: Estudo observacional de determinantes biopsicossociais e presentismo</i>. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. - Nogueira, A. F. M. (2020). <i>Saúde mental no local de trabalho: A necessidade e importância da criação de um programa de promoção de saúde mental</i> (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto. Repositório Institucional do Instituto Politécnico do Porto. - World Health Organization (WHO). (2024). Mental Health in the Workplace. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Avaliação das sessões do Dia Mundial de Saúde Mental:

“It is time to Prioritize Mental Health in the Workplace”

No âmbito do Dia Mundial da Saúde Mental, este ano com foco na priorização da saúde mental no contexto laboral, desenvolvemos sessões psicoeducativas para dois contextos díspares: contexto laboral na área da saúde (Centro de Saúde de [REDACTED]) e na área da educação (Agrupamento de Escolas [REDACTED]).

Atendendo aos objetivos aos quais nos propusemos, consideramos que ambas as intervenções foram bastante enriquecedoras tanto para nós (na vertente académica, profissional e pessoal), como para todos os outros intervenientes.

A nossa experiência com a equipa de profissionais de saúde foi previamente mencionada como a mais desafiante, pois estaríamos a intervir com os nossos pares, e a área da saúde mental, mesmo entre profissionais, ainda é percecionada com algum estigma e desvalorização.

No entanto, o grupo composto por 6 enfermeiras, 1 assistente técnica e 2 alunas do CLE, mostrou-se motivado para a partilha e discussão dos temas abordados. Denotámos que cada uma, na sua individualidade, adota estratégias muito diferentes para promover o seu autocuidado (jardinagem, caminhada, exercício em grupo, música) e que, em grupo, também já adquiriram estratégias para promover a coesão e bem-estar grupal (almoço de equipa mensal, no dia da reunião). Referiram que uma das estratégias a adotar para melhorar a saúde mental no local de trabalho seria a colocação de sistema de som na instituição, para criação de música ambiente.

No que diz respeito à intervenção desenvolvida em contexto escolar, esta foi muito estimulante e da qual tivemos o melhor feedback. Para além da motivação dos alunos e interesse na participação (na construção do mural, na alocação de mensagens no pote do autocuidado e

recepção do cartão semanal do autocuidado), os mesmos revelaram que a abordagem deste tema é realizada sem estigma, ao mencionarem o combate ao *bullying* e à diferenciação étnica, como estratégias promotoras de saúde mental na comunidade escolar.

Podemos concluir que a “Família” é o principal pilar para a promoção de saúde mental dos alunos e que, em contexto escolar, a “relação com os colegas” é o ponto-chave para o equilíbrio mental dos mesmos.

Em relação aos docentes e pessoal não docente, a temática foi muito valorizada e realçaram a importância de a abordarmos. Há uma enorme carência de cuidados em saúde mental nesta franja da comunidade, referindo como causas para um potencial problema do foro mental a: desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho, exigência emocional e escassez de literacia em saúde. Durante a nossa intervenção, ficámos com a percepção que algumas pessoas se encontravam em sofrimento emocional e manifestavam sinais de stress.

À luz das competências do EEESMP, podemos considerar que através da implementação desta intervenção, desenvolvemos competências: na capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, através da gestão de fenómenos de contratransferência aquando exposição de emoções/sentimentos menos positivos referentes ao contexto laboral; na assistência à pessoa ao longo do ciclo vital, através da avaliação de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental; na ajuda à pessoa ao longo do ciclo vital, através da identificação de problemas e de necessidades específicas no âmbito da saúde mental; e, por se tratar de uma intervenção psicoeducativa encontra-se inerente a educação e sensibilização em saúde mental, por meio da promoção do bem-estar psicológico e aumento da literacia em saúde mental.

Salientamos como ponto fraco desta intervenção, o tempo reduzido que tivemos para o contacto efetivo com a comunidade escolar. Em contrapartida, reforçamos como ponto forte, a riqueza das partilhas realizadas e a oportunidade de identificarmos potenciais problemas de saúde mental, mais evidentes no pessoal não docente.

APÊNDICE 11 – Atividade do Dia Mundial da Alimentação – “Descobre quem sou e diz-me o que faço!”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO

“Direito à alimentação para uma vida melhor e um futuro melhor.”

Título	DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO “Direito à alimentação para uma vida melhor e um futuro melhor.”
Responsáveis	Estudantes do MESMP da ESEnfC, [REDACTED] Sara Vale
Data	16 de outubro de 2024
Local	Agrupamento de Escolas [REDACTED]
Duração	Das 10h15 às 12h30
População Alvo	Alunos, pessoal docente e não docente do Agrupamento de Escolas [REDACTED]
Recursos	Recursos Materiais: - Caixas, cartazes, alimentos diversos: abacate, banana, nozes, feijão, sal, açúcar, limão, ervas aromáticas, água, atum e brócolos.
Metodologia	Método interativo.
Objetivos	- Consciencializar sobre a importância de uma alimentação equilibrada e saudável; - Aumentar a literacia em saúde sobre a relação entre alimentação, saúde e bem-estar, incluindo os benefícios de uma nutrição adequada na promoção de saúde mental; - Sensibilizar a importância do microbioma na saúde mental e da componente neuroinflamatória de alguns alimentos; - Encorajar para escolhas alimentares conscientes, destacando a importância para a redução do desperdício alimentar.
Desenvolvimento	Realização da atividade: “Descobre quem sou e diz-me o que faço!” São colocados alimentos diversos e de forma aleatória dentro de caixas, e os participantes através da estimulação sensorial (tato, olfato), de olhos fechados/vendados, têm que adivinhar qual é o alimento que percecionam. De seguida, as dinamizadoras fazem uma breve descrição sobre os benefícios de cada alimento para a promoção de saúde mental. No espaço contíguo, estarão cartazes com a exposição de imagens de alimentos benéficos para o cérebro, no que diz respeito à função cognitiva, à prevenção de doenças neurodegenerativas e ao controlo da ansiedade/stress.

Avaliação	- A avaliação da participação no evento será feita informalmente de acordo com o feedback dos participantes.
Justificação	O Dia Mundial da Alimentação é celebrado a 16 de outubro desde 1981, e é inspirado pela campanha global da ONU, tendo como missão a consciencialização sobre a fome e a pobreza no mundo. Deste modo, pretende-se promover a nutrição, o desenvolvimento agrícola e a segurança alimentar no mundo. A alimentação é um direito humano fundamental, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. No entanto, 42% da população mundial, cerca de 3,1 mil milhões de pessoas, não conseguem ter acesso a uma dieta saudável, o que leva a diversos problemas de desnutrição, incluindo subnutrição e obesidade. A alimentação tem um impacto significativo na saúde mental, pois os nutrientes essenciais para o cérebro estão diretamente relacionados com o bem-estar psicológico. Dietas equilibradas, ricas em ácidos gordos ómega-3, vitaminas do complexo B e minerais, como o magnésio e o zinco, têm sido associadas a uma redução nos sintomas de depressão e ansiedade, enquanto padrões alimentares pobres podem agravar o risco de transtornos mentais. Estudos indicam que a alimentação inadequada, rica em açúcares e alimentos processados, pode estar associada a maiores taxas de depressão e ansiedade (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2021). A dieta mediterrânica, por exemplo, que privilegia frutas, legumes, cereais integrais e gorduras saudáveis, tem mostrado benefícios não apenas para a saúde física, mas também para a saúde mental, reduzindo o risco de desenvolver transtornos depressivos. O cérebro necessita de nutrientes específicos para regular neurotransmissores como a serotonina, que está associada ao humor e à sensação de bem-estar, e uma dieta pobre pode desregular este equilíbrio (Direção-Geral da Saúde, 2017).
Referências Bibliográficas	- Direção-Geral da Saúde. (2017). <i>Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável</i>. https://www.dgs.pt - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2021). <i>Alimentação e saúde mental</i>. https://www.sppsm.org



Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Serviço Patologia Dual [REDACTED]

Sara Margarida Rodrigues do Vale

Entrevista Motivacional (inicial) - Caso Clínico

- "Sr.^a A., o objetivo desta conversa é compreender melhor a sua situação e perceber como podemos ajudar a melhorar a sua saúde e bem-estar. Quero que saiba que tudo o que discutirmos aqui será confidencial. Sinta-se à vontade para falar abertamente."
- "Pode contar-me um pouco sobre a sua vida atualmente? O que faz no seu dia a dia?"
- "Como se sente em relação à sua situação atual?"
- "Pode falar-me sobre quando começou a consumir álcool?"
- "Quantas vezes por semana costuma beber?"
- "Pode descrever como é um dia típico em que consome álcool?"
- "Como acha que o álcool está a afetar a sua vida?"
- "Já teve algum problema de saúde relacionado com o consumo de álcool?"
- "Como o seu consumo de álcool afeta as pessoas à sua volta, como a família e os amigos?"
- "O que acha que o álcool lhe proporciona de positivo?"
- "E quais são os aspetos negativos do seu consumo de álcool?"
- "Existem coisas que gostaria de mudar na sua vida atual?"
- "Quais são as suas maiores preocupações relacionadas com o álcool?"
- "Já pensou em reduzir ou parar de beber? O que o motiva a pensar nisso?"
- "Quais são os seus objetivos a curto e longo prazo?"
- "Há algo ou alguém que o possa ajudar a atingir esses objetivos?"
- "Que tipo de apoio acha que precisa para reduzir ou parar de beber?"

- "Quais são as dificuldades que espera encontrar? Como podemos preparar-nos para elas?"
- "Podemos pensar em formas de ocupar o seu tempo, sem que se isole em casa. Por exemplo, gosta de ler... Já pensou em fazer sessões de leitura ou outro tipo de voluntariado no Centro de Dia/Lar da sua área de residência? Ou fazer uma atividade desportiva que a mantenha bem tanto fisicamente como mentalmente?"
- "Gostaria de marcar outros momentos como estes para ajudá-la a fazer este caminho."
- "Obrigado por partilhar a sua história comigo hoje. Estou aqui para apoiar o seu caminho para uma vida mais saudável."

Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Serviço Patologia Dual [REDACTED]

Sara Margarida Rodrigues do Vale

Entrevista Motivacional - Fase de Preparação (Caso Clínico)

- “Esta fase é muito importante para a mudança. Era importante que construísse um plano para a ajudar a definir metas e estratégias, para que tenha sucesso na cessação do álcool, quando estiver em casa. Aceita este desafio?”
- “Primeiro precisamos de estabelecer metas específicas que sejam possíveis de alcançar. “Quais são algumas das razões mais importantes para querer cessar com o consumo de álcool?”
- “Vamos falar sobre os passos que planeou para começar essa mudança. Quais são as ações específicas que está a pensar fazer?”
- “O que acha que pode ser um desafio ao longo do tempo?”
- “Como planear lidar com esses desafios se eles surgirem?”
- “Que tipo de apoio ou recursos acha que serão úteis durante esta mudança?”
- “O que pensa em relação aos cuidados que pretende ter a partir de agora (saúde física e mental)?”
- “A recaída pode existir ao longo deste percurso. Se tiver uma recaída o que pretende fazer?”
- Caso aconteça, convido-a a escrever sobre essa recaída. Primeiro, analise o porquê de ter acontecido, depois o que aprendeu com a experiência, o que pode mudar, a quem vai pedir apoio.
- “E, como pode celebrar as conquistas alcançadas?”
- “Como se sente ao saber que terá alta em breve? Como é que está a sua confiança de 0 a 10?”
- Obrigada pela sua disponibilidade e partilha. Agora, convidava-a a fazer o seu plano para a mudança, para levar para casa, para que ele faça parte do seu futuro e que a ajude a ter sucesso nesta nova etapa.



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Serviço Patologia Dual [REDACTED]

Sara Margarida Rodrigues do Vale

PLANO DE AÇÃO PARA A MUDANÇA – Contrato terapêutico

METAS	AÇÕES
Razões pessoais para parar de beber – “Quero parar de beber porque...”	Como vou fazer
Reconheço os gatilhos/obstáculos – pessoas ou emoções que possam motivar a recaída: “Os meus gatilhos/obstáculos são...”	Estratégias para evitá-los
Tenho um plano de ação para deixar de beber	Quando sentir vontade de beber vou...
Pedir apoio a amigos ou familiares	A quem vou mostrar o meu plano e pedir ajuda?
Pedir apoio profissional	Estratégia para utilizar recursos de saúde
Cuidar da saúde física e mental	Que cuidados vou ter a partir de agora?
Enfrentar possíveis recaídas	Se eu tiver uma recaída vou...
Celebrar conquistas	Quando alcançar marcos importantes, como uma semana, um mês sem álcool vou...

APÊNDICE 13 – Intervenção “História de Vida”



Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Serviço Patologia Dual – [REDACTED]

Sara Margarida Rodrigues do Vale

Intervenção Psicoterapêutica – “História de Vida”

Para Ritter et al., (2013) citado por Sampaio et al., (2023), a intervenção "História de vida" não está classificada na NIC, mas, devido à ausência de intervenções do domínio psicodinâmico/psicanalítico nessa classificação, pode ser considerada uma intervenção psicoterapêutica.

No Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, a intervenção foi incluída como "opcional" para o diagnóstico de Enfermagem "Baixa autoestima situacional" e deve ser utilizada quando o enfermeiro considera que a baixa autoestima do utente está relacionada com acontecimentos passados da sua vida.

A história de vida, enquanto intervenção de enfermagem, promove a reflexão e o autoconhecimento, elementos essenciais para o tratamento e reabilitação em saúde mental. Relatar a própria vida permite ao indivíduo organizar pensamentos, refletir sobre experiências passadas e encontrar soluções para os problemas enfrentados. Esta prática, fundamentada em teorias de diversos autores, sugere que a narração pessoal tem um efeito terapêutico significativo, ajudando o paciente a assumir autonomamente as mudanças necessárias na sua vida, além de melhorar o ajustamento psicológico e emocional (Graça, 2015).

Este programa de intervenção psicoterapêutica, baseado na “História de Vida” foi construído após a realização da entrevista de enfermagem, no âmbito da elaboração do Caso Clínico, com questões abertas e dando a liberdade total à utente de expor as suas vivências sem diretrizes.

APÊNDICE 13 – Intervenção “História de Vida” (continuação)

PROGRAMA DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – “HISTÓRIA DE VIDA”

Finalidade: Exposição de vivências e emoções baseadas na história de vida da utente

Objetivos específicos:

- Estabelecer uma relação terapêutica;
 - Estimular o reconhecimento das suas capacidades e identidade;
 - Promover o aumento da autoestima;
 - Estimular a realização de atividades que promovem bem-estar;
 - Cultivar esperança no futuro;
 - Promover a ressignificação dos pensamentos disfuncionais.
-

Recursos: Espaço onde seja garantida a privacidade e o conforto da utente.

Duração de cada sessão: 30 a 45 minutos.

SESSÃO 1 – “Os meus pontos fortes”

Objetivo: Estimular o reconhecimento das suas capacidades e identidade.

Descrição da atividade: A enfermeira senta-se junto da utente, e pede-lhe que enuncie 3 pontos fortes da sua personalidade e que justifique o porquê (baseada em experiências, atitudes ou emoções que esteja a sentir ou que tenha sentido no passado).

SESSÃO 2 – “O que me causa bem-estar”

Objetivo: Estimular a realização de atividades que promovem bem-estar.

Descrição da atividade: A enfermeira senta-se junto da utente, e pede-lhe que descreva as atividades que realizava antes do seu estado de doença, e que lhe provocavam sensações positivas, sempre que possível, o porquê de lhe causar bem-estar.

SESSÃO 3 – “Uma fase feliz da vida”

Objetivo: Cultivar esperança.

Descrição da atividade: A enfermeira senta-se junto da utente, e pede-lhe que descreva uma fase da vida, com descrição pormenorizada de sensações, cores, cheiros ou músicas que associa ao momento.

Avaliação das sessões: Indicadores NOC referentes à Autoestima; Observação do comportamento da utente; Narração da utente acerca das sessões.

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES:

Sessão 1 – “Os meus pontos fortes”

A enfermeira quando pediu para a utente enunciar os 3 pontos fortes acerca da sua personalidade, a mesma ficou mais retraída e respondeu que não se lembrava de nenhum aspeto positivo. Após exploração de vivências do passado, por parte da enfermeira, a utente referiu que sentia que era solidária, associando o facto de ser senhoria de uma habitação para estudantes PALOP e que sempre que eles necessitavam de ajuda, por questões de saúde ou burocracias, ela era “a primeira a ajudar” (sic).

Por outro lado, considera-se cuidadora, pois sempre cuidou dos seus ascendentes e descendentes até ficar doente. E, que também se considerava uma lutadora, pois tinha sobrevivido a um acidente grave e tinha “recuperado do coma” (sic).

Durante o período de avaliação do programa, a utente demonstrou solidariedade, respeito e cuidado para com outros utentes, inclusive mobilizou amigos e família para promoverem roupas para alguns utentes mais carenciados.

Ao ser questionada dos seus sentimentos perante as atitudes supracitadas, ela referiu sentir-se bem e que gosta que todos à sua volta estejam bem.

Sessão 2 – “O que me causa bem-estar”

A utente foi muito expressiva quando foi abordado este tema. Referiu ter perdido a vontade de fazer algumas coisas na vida, inclusive atividades que lhe causem bem-estar. No passado, refere que gostava muito de jogar xadrez, porque era uma atividade que fazia com o marido (professor de xadrez) e que a casa estava sempre cheia, com jovens aprendizes.

A segunda referência que fez foi o gosto pela leitura e pelo cinema. Refere que era uma leitora nata, que gostava de ler porque a levavam “para outros sítios” (sic). Ao cinema foi a última vez com os netos, ver um filme infantil, mas dos que aprecia já não via há muito tempo.

Ao longo do período de avaliação, a utente começou a jogar xadrez com outros utentes, com um tabuleiro que existia no serviço, mas, entretanto, pediu ao filho para trazer um dos seus, de casa. Atualmente, está a ensinar um dos utentes a jogar, pois refere que é “muito bom para estimular o cérebro” (sic).

Por outro lado, numa das reuniões comunitárias realizadas no serviço sugeriu que durante o fim-de-semana houvesse uma sessão de cinema no serviço, e tal chegou a suceder.

Quanto à leitura, lê diariamente e verifica-se que essa atividade a mantém relaxada.

Sessão 3 – “Uma fase feliz da vida”

Esta sessão foi baseada nesta revista, que um familiar trouxe para a utente ler.



A utente, ao folhear a revista, descreveu cada momento que visualizava com entusiasmo, pois tinha-o vivido com muita intensidade.

Fez referência aos músicos que, ainda hoje, são os seus ídolos: Sérgio Godinho, Zeca Afonso e José Mário Branco. Partilhou memórias dessa altura que a “fizeram muito feliz” (sic). No fim da sessão, referiu sentir bem em recordar esses momentos.

BIBLIOGRAFIA

- Graça, J. P. G. Q. G. (2015). *Histórias de Vida – Uma intervenção de enfermagem dirigida a pessoas com síndromes depressivos em processo de ajustamento saúde —doença*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16477>
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J.P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C. & Lopes, S. C. (2023). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros (1ª ed.). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. (p. 22). Papa-Letras.



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Promoção de Esperança em Cuidados Paliativos: “Construção do Legado”

➤ **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:**

A esperança é um conceito multifacetado, essencial ao ser humano, atribuindo significado à vida e promovendo a transformação e o reencontro com o propósito da existência. É dinâmica, orientada para o futuro e varia conforme as experiências individuais (Pacheco & Charepe, 2015; Kylvä et al., 2009, citado por Pinto et al., 2012).

A esperança manifesta-se em várias dimensões sendo estas, pessoal, profissional, familiar e social, e podendo ser projetada em objetivos com diferentes linhas temporais (Querido, 2005).

Podem ser várias as intervenções e abordagens para promover a esperança nos utentes e famílias que vivenciam os Cuidados Paliativos, aquando da ocorrência de uma doença grave, progressiva e incurável, sendo uma delas a construção de um legado.

A construção de um legado em Cuidados Paliativos reveste-se de grande importância, contribuindo para a afirmação do propósito de vida (Vidal et al., 2018). Etimologicamente, um legado refere-se a algo deixado como dádiva pelas gerações passadas para as gerações futuras (Porto Editora, 2024).

Esta prática permite a revisão de vida, promove a paz interior e fortalece a comunicação familiar, proporcionando uma vivência mais serena do fim da vida (Vidal et al., 2018). Além disso, as atividades de legado ajudam a restaurar a esperança, mesmo perante as perdas impostas pela doença (Vidal et al., 2018).

Ao facilitar a comunicação, a criação de um documento de legado pode contribuir para quebrar a conspiração do silêncio e, posteriormente, apoiar o processo de luto dos familiares (Cardoso et al., 2023).

A criação do legado representa uma intervenção complexa e altamente relevante para a equipa multidisciplinar, pois promove a revisão da história de vida do utente/família, contribuindo para que estes encontrem significado na sua vida, resolvam conflitos e arrependimentos, revivam momentos únicos de felicidade e se preparem de forma construtiva e serena para a fase final da vida (Guedes, et al., 2019).

De acordo com Holtslander et al (2005) citado por Marques (2014), ajudar os cuidadores a olhar para a sua situação dentro de um contexto mais amplo pode trazer conforto e estimular a esperança, sendo um aspeto essencial na prestação de cuidados eficazes para as famílias que vivem uma experiência de cuidados paliativos.

➤ **PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO:**

Finalidade: Promover esperança, bem-estar emocional e espiritual do utente/família em Cuidados Paliativos, facilitando a construção de memórias e significados de vida que possam servir como legado.

Objetivos específicos:

- Identificar os valores, memórias e desejos mais significativos para utente/família;
- Facilitar a expressão de sentimentos/emoções relacionadas com os momentos recordados;
- Promover um ambiente seguro para a construção de elementos simbólicos que representem o legado do utente;
- Fortalecer laços familiares e continuidade dos valores transmitidos pelo utente;
- Reduzir o sofrimento emocional e facilitar o processo de luto da família.

População-alvo: Utentes, familiares/cuidadores acompanhados pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da ULS de Coimbra.

Duração: Preconiza-se 4 sessões por utente/pessoa de referência.

Atividades a desenvolver:

- Apresentação da intervenção “Construção do legado” ao utente/pessoa de referência, quanto ao tema e objetivos, bem como, a equipa dinamizadora da intervenção (estudante do MESMP e supervisão das EEESMP);
- Aplicação dos Indicadores NOC (*Nursing Outcomes Classification*) de Esperança (ANEXO I) e da Escala *Herth Hope Index – Caregiver* (Marques, et al., 2016) antes e após a intervenção;

- Realização de entrevista semiestruturada recorrendo à “História de Vida” contada pelo utente ou pela pessoa de referência, baseada no exercício “O meu Álbum de Esperança” (Querido, A., Marques, R., & Dixe, M. A., 2011) (ANEXO II);

- Construção de um elemento tangível e simbólico que represente o legado deixado pelo utente, por meio de: fotografias, gravações áudio, cartas, livros, meios digitais, etc.;

Métodos de avaliação:

- **Quantitativa** *Herth Hope Index – Caregiver* (Marques, et al., 2016) e Indicadores NOC de Esperança;
- **Qualitativa:** Expressão livre de emoções sobre o tema.

➤ PAPEL DO EEESMP NA PROMOÇÃO ESPERANÇA

A intervenção do EEESMP revela-se essencial no acompanhamento de utentes e famílias que enfrentam intenso sofrimento emocional associado a doenças incuráveis, destacando-se pela promoção da esperança. Este, desempenha um papel crucial na construção de uma relação terapêutica, oferecendo apoio emocional por meio de escuta ativa, acolhendo as preocupações, medos e angústias manifestados, e proporcionando conforto e empatia. Paralelamente, contribui para que a pessoa encontre sentido e propósito de vida, mesmo diante da adversidade, através do diálogo e de intervenções terapêuticas adequadas.

Conforme referido por Gonçalves et al. (2016), o sofrimento humano não se limita a aspetos físicos, abrangendo também dimensões existenciais e espirituais, sendo a esperança um elemento fundamental neste contexto.

Ao fomentar a esperança e facilitar o diálogo entre utente, equipa de saúde e família, o EEESMP garante que as necessidades e os desejos do utente sejam escutados e respeitados. Esta abordagem cria um ambiente seguro, permitindo que o utente e a sua família enfrentem a fase terminal da vida com maior serenidade e dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cardoso, A., Remondes-Costa, S., Veiga, E., Almeida, V., Rocha, J. C., Teixeira, R. J., Macedo, G., & Leite, M. (2023). Meaning of Life Therapy: A pilot study of a novel Psycho-Existential intervention for Palliative care in cancer. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228231209654>.

Gonçalves, A., Guedes, A., Silva, R., Neto, I. (2016). A importância da esperança nos doentes vulneráveis e em fim de vida. *PATIENT CARE*.

https://www.researchgate.net/publication/317626493_A_importancia_da_esperanca_nos_doentes_vulneraveis_e_em_fim_de_vida.

Guedes, A., Gonçalves, A. L., Silva, R. S., Bragança, J., Pavoeiro, M., Neto, I. G., Abril, R., Calisto, C., & Figueiredo, G. (2019). Construção de Legado: uma intervenção complexa em fim de vida – estudo de caso. *Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 6(1), 97. Porto, Portugal. Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Marques, R. M. D. (2014). *Promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada: Avaliação da eficácia de um programa para melhorar o conforto e a qualidade de vida*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.14/16962>.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (4ª ed., Trad. Regina Machado Garcez et al.). Elsevier Editora Ltda.

Pacheco, A., & Charepe, Z. (n.d.). *Atributos da esperança para os enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: Análise da simbologia do conceito*. [Apresentação de poster]. 9º Internacional Seminar Nursing Research, Porto, Portugal. Universidade Católica Portuguesa. <https://www.researchgate.net/publication/278674959>.

Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2012). A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 23-31. <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/37666186/serlIn7a03.pdf>.

Porto Editora – *legado* no Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/legado>.

Querido, A. I. F. (2005). *A esperança em Cuidados Paliativos* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Estudo Geral: IC- Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/120>.

Querido, A., Marques, R., & Dixe, M. A. (2011). *Exercitar a esperança (Volume I) - Um guia prático promotor de esperança nas pessoas com doença crónica avançada*.

Politécnico de Leiria / Escola Superior de Saúde. <https://doi.org/10.25766/4m5n-zd17>.

Querido, A. (2020). Promoção da Esperança em Saúde Mental. In C. Sequeira, F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. pp.242-246. Lisboa, Portugal: Lidel.

Viana, A., Querido, A., Dixe, M., Barbosa, A. (2010) in *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.

Vidal, C., Gonçalves, A. L., Guedes, A., Pavoeiro, M., Pinheiro, N., Silva, R. S. & Neto, I. G. (2018). Creating a legacy – a tool to support end-of-life patients. *European Journal of Palliative Care*, 25(3), 116-118.
https://www.researchgate.net/publication/327121030_Creating_a_legacy_tool_to_support_end-of-life_patients.

APÊNDICE I: Planeamento das sessões

Tabela 1

Sessão 0: Apresentação da intervenção “Construção do legado”.

Sessão 0: Apresentação da intervenção “Construção do legado”.	
Responsáveis	Estudante do MESMP (Sara Vale) e supervisão das EEESMP [REDACTED]
Participante	Utente/pessoa de referência sob acompanhamento da ECSCP.
Local	Domicílio do utente/família
Duração	30 minutos
Recursos	Espaço físico que promova privacidade, cadeiras, material de escrita (papel, caneta).
Metodologia	Método individual
Objetivos	- Apresentar do tema da intervenção e objetivos; - Apresentar a equipa dinamizadora; - Estabelecer relação de confiança e terapêutica com utente/pessoa de referência; - Pedir consentimento informal.
Avaliação	Qualitativa: Exposição da opinião/sentimentos.

Tabela 2

Sessão 1: Perceção de Esperança

Sessão 1: Perceção de Esperança	
Responsável	Estudante do MESMP (Sara Vale) e supervisão das EEESMP ()
Participante	Utente/pessoa de referência sob acompanhamento da ECSCP.
Local	Domicílio do utente/família
Duração	40 minutos
Recursos	Escala HHI - Caregiver (PT); Indicadores NOC; Guião de entrevista semiestruturada recorrendo à “História de Vida”, realizada pelo utente/pessoa de referência; Material de escrita.
Metodologia	Método individual
Objetivos	- Percecionar nível de esperança e sinais de desesperança através dos instrumentos aplicados; - Proporcionar bem-estar ao recordar momentos significativos; - Proporcionar expressão de emoções; - Promover autoconhecimento.
Avaliação	Quantitativa: <i>Herth Hope Index – Caregiver</i> (Marques, et al., 2016) e Indicadores NOC de Esperança. Qualitativa: Descrição da pessoa, do que experienciou durante a sessão; partilha de Opinião/emoções.

Tabela 3

Sessão 2: Recordar o passado

Sessão 2: Recordar o passado	
Responsáveis	Estudante do MESMP (Sara Vale) e supervisão das EEESMP ()
Participante	Utente/pessoa de referência sob acompanhamento da ECSCP.
Local	Domicílio do utente/família
Duração	40 minutos
Recursos	Material de escrita; Fotografias/objetos/materiais selecionadas pelo utente/família de referência.
Metodologia	Método individual
Objetivos	- Definir, cronologicamente, os acontecimentos importantes e significativos; - Proporcionar expressão de propósito de vida; - Promover expressão de sentimentos; - Promover apoio espiritual e psicológico; - Promover esperança; - Construir um legado baseado na recolha de materiais selecionados pelo utente/pessoa de referência.
Avaliação	- Expressão livre de sentimentos/opinião acerca da sessão.

Sessão 3: Dádiva para o Futuro

Sessão 3: Dívida para o Futuro	
Responsáveis	Estudante do MESMP (Sara Vale) e supervisão das EEESMP ()
Participante	Utente/pessoa de referência sob acompanhamento da ECSCP.
Local	Domicílio do utente/família
Duração	40 minutos
Recursos	Escala HHI-PT; Indicadores NOC; Material de escrita.
Metodologia	Método individual
Objetivos	- Percecionar a evolução de esperança após intervenção, através dos instrumentos aplicados na sessão 0; - Permitir a exposição de emoções; - Finalizar intervenção.
Avaliação	Quantitativa: Escala HHI-PT e Indicadores NOC de Esperança. Qualitativa: Descrição da pessoa, do que experienciou durante a sessão; partilha de Opinião/emoções.

ANEXO I – Indicadores NOC: Esperança (1201)

Indicadores de Esperança:	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
120101- Expressão de expectativa de um futuro positivo					
120102- Expressão de fé					
120103- Expressão de desejo de viver					
120104- Expressão de razões para viver					
120105- Expressão de sentido na vida					
120106- Expressão de otimismo					
120107- Expressão de crença em si mesmo					
120108- Expressão de crença nos outros					
120109- Expressão de paz interior					
120110- Expressão de sensação de autocontrole					
120111- Exibição de gosto pela vida					
120112- Estabelecimento de metas					

Fonte: Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (4ª ed., Trad. Regina Machado Garcez et al.). Elsevier Editora Ltda.

Actividade 1- O meu Álbum de Esperança

A sua história de esperança pode representar o legado que deixa para os outros. As suas acções e atitudes que fizeram uma diferença pela positiva podem figurar como um modelo a ser seguido e admirado.

Esta actividade apela às suas memórias para contar a sua história de vida:

Como foi a sua infância e a juventude?

Que memórias positivas tem dessa fase?

Que recursos usou para ultrapassar as dificuldades?

Quais os momentos marcantes da sua história de vida?

O que quer partilhar para deixar aos outros?

Contar a sua história...

Pode contar o seu percurso de vida referindo os pontos altos e baixos, ***começando o mais cedo possível*** e da forma como preferir.

Pode escrever a sua história ou até mesmo ditá-la ao enfermeiro, família ou amigos. Gravar em vídeo ou voz para que outros possam aprender consigo.

Os postais, fotos, imagens, objectos significativos ajudam a retratar esse percurso.

A sua história pode ficar registada num bloco de notas, num álbum. Pode ainda fazer um livro ou jornal.

ANEXO II (continuação) – Exercício “O meu Álbum de Esperança”

Pode também fazer o seu álbum apenas com imagens, fotos e objectos, sem ter necessidade de usar a voz.

- ✓ Recolha qualquer coisa que lhe dê esperança: poemas, escritos, imagens, desenhos, fotografias, música, histórias, etc...

- ✓ Coleccione objectos referentes aos momentos mais marcantes da sua vida pessoal e familiar: pais, irmãos, brincadeiras favoritas, namoro, casamento, nascimento e crescimento dos filhos, jantares de natal, comida favorita, música favorita, carros, amigos especiais, diplomas, medalhas, crenças (artigos religiosos, amuleto da sorte...).

- ✓ Escolha objectos que lhe recordem a sua vida profissional (lembança da sua actividade, de um cliente, reconhecimento do chefe, promoções, mudanças de trabalho e função...).

- ✓ Se achar útil pode rotular os objectos com dedicatórias de esperança – Frases ou mensagens às pessoas significativas.

- ✓ Reforce os sucessos do passado.

- ✓ Por fim, coloque a colecção num álbum, numa capa ou caixa especial – que pode ser o seu Kit de esperança.



Instrumento de Registo 1 - O Meu Álbum de Esperança

Exemplo de um álbum de esperança



Fonte: Querido, A., Marques, R., & Dixe, M. A. (2011). *Exercitar a esperança (Volume I) - Um guia prático promotor de esperança nas pessoas com doença crónica avançada*. Politécnico de Leiria / Escola Superior de Saúde. <https://doi.org/10.25766/4m5n-zd17>



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Sara Margarida Rodrigues do Vale

Avaliação da intervenção:

Promoção de Esperança em Cuidados Paliativos: “Construção do Legado”

A minha intervenção foi estruturada em quatro sessões, delineadas para estabelecer uma relação de confiança e ajuda com a pessoa assistida, identificar necessidades e promover a valorização das memórias e do percurso de vida do utente e da sua esposa/cuidadora. Na primeira sessão (sessão 0), foquei-me na construção de uma relação de confiança com a esposa/cuidadora, essencial para o sucesso da intervenção. Apresentei o planeamento da atividade e negocie o seu modo de execução, garantindo o envolvimento da família no processo. Além disso, solicitei a recolha de material necessário para as sessões seguintes. Após este primeiro contacto, foi possível identificar como Diagnóstico de Enfermagem - "Falta de Esperança" (após reflexão com EEESMP).

Nas duas semanas subsequentes, realizei acompanhamento através de CT, assegurando apoio contínuo às necessidades identificadas pelo utente e pela família. Respeitando as suas dinâmicas pessoais e familiares, agendei VD para dar continuidade à intervenção de forma mais próxima.

Na sessão 1, apliquei a Escala de Esperança - *Herth Hope Index – Caregiver* (Marques, et al., 2016) - e indicadores NOC previamente selecionados, de modo a orientar a intervenção com base na evidência. Tive necessidade de realizar esta sessão em dois momentos, pela escassez de tempo da VD, tendo sido dedicados à construção da narrativa de vida do utente e da esposa/cuidadora, baseada nos relatos da mesma. A narrativa percorreu desde a adolescência – fase em que iniciaram o contacto de proximidade – até à atualidade, sendo enriquecida com fotografias selecionadas pela família. A utilização de imagens permitiu resgatar memórias e fortalecer laços afetivos, promovendo momentos de partilha e reflexão bastante emotivas para a pessoa assistida.

Atualmente, encontro-me na fase de transcrição do relato, que será posteriormente lido e validado pela pessoa assistida, culminando na sua concretização física. A última sessão será dedicada à entrega deste registo e à reaplicação da Escala HHI-PT e dos indicadores NOC para avaliar a evolução do diagnóstico.

Apesar de a avaliação quantitativa final ainda não estar concluída, a importância desta intervenção tem sido evidenciada pelos relatos emocionantes da pessoa assistida, como:

- “Obrigada por me ter lembrado dos momentos em que fui feliz!”
- “Quando estou a cuidar dele, só me lembro dos momentos bons.”
- “A minha cunhada (irmã dele) contou-me coisas que nunca soube. Ele espreitava-me debaixo daquela oliveira enquanto eu namorava com outro rapaz. Ele já gostava de mim naquela altura!”

Estes testemunhos refletem o impacto positivo da intervenção, destacando a relevância da valorização das memórias no processo de cuidado e na promoção do bem-estar emocional.