



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

***INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM PESSOA COM  
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA***

---

**Helder Francisco N. P. Leão**

**Orientador**

**Professora Dulce Magalhães**

*“Este relatório de estágio não inclui as  
críticas e sugestões feitas pelo júri”*

Março  
2012

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

***INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM PESSOA COM  
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA***

---

**Helder Francisco N. P. Leão**

**Orientador**

**Professora Dulce Magalhães**

*“Este relatório não inclui as críticas  
e sugestões feitas pelo júri”*

## INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA EM PESSOA COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

### RESUMO

**Problemática:** A vivência de uma depressão provoca comprometimento social, risco de morte aumentado, recurso frequente aos serviços de saúde. Este facto sugere competências para ajudar esta população.

**Objetivo:** Descrever o processo de desenvolvimento de competências na área de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, ao nível da avaliação diagnóstica e de intervenção.

**Metodologia:** reunir população com características da problemática e sob supervisão clínica e uma prática reflexiva realizar avaliações diagnósticas e intervenções consequentes à avaliação desenvolvida a partir de indicadores sustentados na literatura de referência.

**Resultados:** As competências desenvolvidas facilitaram mudanças de comportamento na população-alvo ao nível da autoestima, sono, desempenho de papéis, ideação suicida, percepção de si, pensamento e nível de consciência.

**Conclusões:** A mobilização de conhecimentos, o conhecimento próximo do utente com uma recolha sistemática de informação, as atitudes de ajuda, habilidades adequadas, uma prática reflexiva e uma supervisão atenta podem ser os motores de uma prática clínica efetiva.

**Palavras-chave:** Enfermagem, avaliação diagnóstica, intervenção, relação de ajuda, sintomatologia depressiva, transição.

**THERAPEUTIC INTERVENTION IN PERSON WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS**

**ABSTRAT**

**Problem:** The experiencing of a depression causes social impairment, risk of death increased, frequent use of health services. This suggests skills to help this population.

**Objective:** To describe the process of development of skills in the area of mental health and psychiatric nursing, at the level of diagnostic evaluation and intervention.

**Methodology:** Gather a population with characteristics of the problem and under clinical supervision and a reflective practice develop diagnostic evaluations and interventions consequent with the evaluation developed from indicators supported by the reference literature.

**Results:** The skills developed facilitated behavioral changes in the target population in terms of self-esteem, sleep, role playing, suicidal ideation, self-perception, thought and level of consciousness.

**Conclusions:** The mobilization of knowledge, the close knowledge of the patient with a systematic gathering of information, the help attitudes, right skills, a reflective practice and an attentive supervision can be lead an effective clinical practice.

**Keywords:** Nursing, diagnostic evaluation, intervention, help relationship, depressive symptoms, transition.

## AGRADECIMENTOS

Utilizo este espaço para fazer referência e, de alguma forma, agradecer a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para o caminho percorrido até ao culminar deste trabalho. Quero então agradecer:

Em primeiro lugar à minha família pelo apoio, pelo constante incentivo e pela compreensão da minha ausência, principalmente à minha esposa, companheira sempre presente nos momentos mais difíceis, pela paciência e ajuda demonstradas e às minhas filhas pela sua alegria e carinho. Aos meus pais e irmã.

Aos professores pelos seus ensinamentos, mas também pela sua paciência e tranquila orientação, principalmente à professora Dulce Magalhães que nesta fase final de percurso se mostrou sempre disponível para aconselhar o melhor caminho a seguir.

Aos colegas de percurso, especialmente aqueles que comigo fizeram as inúmeras viagens entre Lisboa e Évora, nas quais vivemos inesquecíveis momentos de descontração e reflexão, conversas “*banais*” que funcionaram como um estímulo a continuar.

E a todos aqueles que não nomeio mas que desde sempre me acompanharam e moldaram o meu passado norteando o futuro, o meu muito obrigado.

## **SIGLAS**

CAD – Centro de Apoio às Dependências

HGO – Hospital Garcia de Orta

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

UICS – Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal

## INDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	17
<b>2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES</b> .....	22
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA .....	24
2.2 – RECRUTAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO .....	27
<b>3 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	31
3.1 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO .....	32
3.2 – PROCESSO METODOLÓGICO .....	35
<b>4 – COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO</b> .....	39
4.1 – A ENTREVISTA .....	41
4.2 – TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS .....	43
4.3 – RELAXAMENTO .....	46
4.3.1 – RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA .....	47
4.3.2 – TREINO AUTÓGENO .....	48
<b>5 – RESULTADOS</b> .....	50
5.1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	51
5.1.1 – PERCEÇÃO DE SI .....	52
5.1.2 – CONSCIÊNCIA .....	54
5.1.3 – PENSAMENTO .....	56
5.1.4 – SONO .....	58
5.1.5 – AUTOESTIMA .....	60
5.1.6 – DESEMPENHO DE PAPEL .....	62
5.1.7 – CONTROLO DA ANSIEDADE .....	65
5.1.8 – IDEACÃO SUICIDA .....	67
<b>6- ANÁLISE REFLEXIVA</b> .....	71
<b>7 – CONCLUSÃO</b> .....	78
<b>8 – BIBLIOGRAFIA</b> .....	80
<b>ANEXOS</b> .....	84

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1 - Folha para resolução de problemas .....	85
Anexo 2 - Tabelas de Resultados de U1, U2,U3,U4 .....	87
Anexo 3 - Tabelas de avaliação de resultados de U1.....	96
Anexo 4 - Tabelas de avaliação de resultados de U2 .....	105
Anexo 5 - Tabelas de avaliação de resultados de U3 .....	114
Anexo 6 - Tabelas de avaliação de resultados de U4 .....	123

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Planta do 1º andar da UICS .....	18
Figura 2 - Planta do 2º andar da UICS .....	19
Figura 3 - Fluxograma geral de funcionamento .....	20
Figura 4 - Concelho do Seixal .....	22
Figura 5 – Distância das Residências relativamente à UICS .....	30
Figura 6 - As etapas do processo de resolução de problemas .....	45

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Evolução do resultado percepção de si em U1 .....	52
Gráfico 2 - Evolução do resultado percepção de si em U2.....	52
Gráfico 3 - Evolução do resultado percepção de si em U3.....	53
Gráfico 4 - Evolução do resultado percepção de si em U4 .....	53
Gráfico 5 - Evolução do resultado consciência em U1.....	54
Gráfico 6 - Evolução do resultado consciência em U2.....	54
Gráfico 7 - Evolução do resultado consciência em U3.....	55
Gráfico 8 - Evolução do resultado consciência em U4.....	55
Gráfico 9 - Evolução do resultado pensamento em U1.....	56
Gráfico 10 - Evolução do resultado pensamento em U2.....	56
Gráfico 11 - Evolução do resultado pensamento em U3.....	57
Gráfico 12 - Evolução do resultado pensamento em U4 .....	57
Gráfico 13 - Evolução do resultado sono em U1 .....	58
Gráfico 14 - Evolução do resultado sono em U2 .....	58
Gráfico 15 - Evolução do resultado sono em U3 .....	59
Gráfico 16 - Evolução do resultado sono em U4 .....	59

Gráfico 17 - Evolução do resultado autoestima em U1 .....	60
Gráfico 18 - Evolução do resultado autoestima em U2 .....	61
Gráfico 19 - Evolução do resultado autoestima em U3 .....	61
Gráfico 20 - Evolução do resultado autoestima em U4 .....	62
Gráfico 21 - Evolução do resultado desempenho de papel em U1 .....	63
Gráfico 22 - Evolução do resultado desempenho de papel em U2 .....	63
Gráfico 23 - Evolução do resultado desempenho de papel em U3 .....	64
Gráfico 24 - Evolução do resultado desempenho de papel em U4 .....	64
Gráfico 25 - Evolução do resultado controlo da ansiedade em U1 .....	65
Gráfico 26 - Evolução do resultado controlo da ansiedade em U2 .....	66
Gráfico 27 - Evolução do resultado controlo da ansiedade em U3 .....	66
Gráfico 28 - Evolução do resultado controlo da ansiedade em U4 .....	67
Gráfico 29 - Evolução do resultado ideação suicida em U1 .....	68
Gráfico 30 - Evolução do resultado ideação suicida em U2 .....	68
Gráfico 31 - Evolução do resultado ideação suicida em U3 .....	69
Gráfico 32 - Evolução do resultado ideação suicida em U4 .....	70

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Caracterização sócio demográfica dos utentes participantes no trabalho	29
---	----

*“A verdadeira medida de um Homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio”*

(Martin Luther King)

*“Na nossa vida quotidiana, mil e uma razões nos impedem de viver e tomar consciencia plena das nossas emoções. Elas parecem muito ameaçadoras, muito perigosas para as deixar exprimirem-se livremente. Mas na segurança da relação terapêutica, elas podem ser evocadas e vividas por aquilo que elas são”.*

(Carl Rogers, 1961)

## **0 – INTRODUÇÃO**

Nas relações com o ambiente a pessoa é submetida a um conjunto de estímulos internos e externos sob a forma de ameaças e conflitos relacionados com a satisfação das suas necessidades, desejos e desempenho de funções, originando por vezes alterações ao seu normal processo de saúde. Podem surgir sintomas relacionados com a depressão. O processo de vivência de uma depressão apresenta-se como um dos grandes problemas de saúde da atualidade, surgindo associada a uma considerável perda de qualidade de vida tanto para os doentes, como para familiares e/ou prestadores de cuidados, provocando um substancial comprometimento social, risco de morte aumentado, assim como recurso frequente aos serviços de saúde, acarretando um pesado encargo para a sociedade. A depressão situa-se em quarto lugar entre as doenças que originam mais encargos e que em 2020 se terá tornado na segunda causa mais frequente de incapacidade. Estima-se que por essa data afecte entre 5% a 10% da população, sendo a prevalência de 2,6% a 12,7% nos homens e de cerca do dobro nas mulheres, 7% a 21%. É ainda considerada a terceira razão mais comum para o recurso a consultas nos cuidados de saúde primários (Kessler et al, 1994; Ekers et al, 2007). Perante a complexidade do ser humano estes factos requerem uma abordagem cada vez mais ampla, de forma a antecipar os problemas, ou por outro lado, diagnosticar e intervir eficientemente sobre os mesmos dando respostas às necessidades da pessoa.

Em Portugal a dimensão de todos estes problemas relacionados com a depressão assim como de outros quadros psiquiátricos era largamente desconhecida, não existindo qualquer censo psiquiátrico de âmbito populacional capaz de fornecer informação sobre prevalências, incapacidades e utilização de serviços por pessoas afectadas por depressão e por todas as outras patologias psiquiátricas. Esta situação pode ser corrigida com a elaboração do primeiro estudo que faz um retrato da saúde mental em Portugal, inserido na iniciativa mundial dos estudos epidemiológicos da OMS. Em Portugal Caldas de Almeida apresentou os primeiros dados desta realidade em Março de 2010, revelando que os mais afectados são as mulheres e os jovens dos 18 aos 24 anos, especialmente aqueles que estão separados, viúvos e divorciados e tenham níveis de literacia baixos e médios.

O impacto da depressão que resulta no absentismo e na incapacidade para o trabalho é elevado, estando em grande medida associada a um prejuízo no funcionamento, pois estima-se que cerca de 70% dos doentes depressivos estão empregados ou em idade

ativa (Druss et al, 2000). Pode-se assim compreender os elevados custos económicos, sociais e de saúde que surgem diretamente associados à incapacidade provocada pela depressão. Mas a incapacidade não é apenas psicológica, é também física e social, apresentando um grande impacto no absentismo laboral (Schene et al, 2007).

Da transição de um estado de saúde para outro com maior grau de dependência pode resultar uma situação de crise com alterações ao nível das atividades de vida e desempenho de funções. Assim a pessoa que vive, de alguma forma, uma transição real ou por antecipação pode encontrar-se em crise, e necessitar de alguém que seja um facilitador de uma transição saudável. No âmbito deste processo de transição a equipa de saúde deve assumir um papel importante de apoio às pessoas nos pontos críticos que surgem na transição para uma nova condição de vida/saúde, processo este que poderá ser demorado, requerendo atenção especializada que promova na pessoa conhecimentos e capacidades para lidar com a sua condição atual e aquisição de competências para enfrentar futuras ameaças.

A Transição é um conceito central para a enfermagem. Em 1978 a Conferencia Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, onde é discutida a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, é elaborada a declaração de Alma-Ata (1978). Esta propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que “os homens têm o direito e o dever de participar individualmente e colectivamente no planeamento e implementação de medidas de proteção sanitária que lhe são destinadas”. Pela primeira vez é reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhe dizem respeito, anteriormente eram única e exclusivamente da responsabilidade dos técnicos. A pessoa é conceptualizada como um todo indissociável e maior que a soma das partes, como um ser em relação consigo próprio e com o universo. Os cuidados visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define e o enfermeiro coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e de acordo com o caminho que ela própria escolher (Lopes, 2001). Os fenómenos entendidos como únicos surgem em constante interação com tudo o que os rodeia. Newman citada por Lopes (2001) refere que as mudanças ocorrem por estádios de organização e desorganização, mas sempre em direção a níveis superiores de organização. Ou seja, um fenómeno é único no sentido em que não pode jamais parecer-se completamente com outro. Também cada transição se caracteriza por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões.

O modelo de transições (Meleis et al., 2000) define o conceito de transição, no domínio da Enfermagem, referindo-se ao processo e às experiências dos seres Humanos que vivenciam transições no seu ciclo de vida, funcionando a enfermagem como facilitadora dessas mesmas transições, promovendo o sentido do bem-estar. Através da compreensão do processo de transição é possível estar melhor preparado para ajudar a pessoa no seu processo de adaptação a diferentes estados de saúde e condições individuais. As autoras Meleis et al. (2010) propõem a transição como um conceito central na Enfermagem, ou seja, os encontros entre os enfermeiros e as pessoas que necessitam de ajuda têm lugar frequentemente em períodos de transição e instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, situacionais e de saúde/doença, a que as mesmas estão sujeitas independentemente de resultarem de processos desejados ou de situações inesperadas. Estas transições podem provocar alterações profundas na vida da pessoa e nos que lhe são significativos, com implicações importantes no seu bem-estar e no processo de saúde.

O processo de mudança, de integração e aceitação de uma nova condição de vida é demorado e requer atenção especializada que promova na pessoa sentimentos, conhecimentos e capacidades para lidar com a sua condição. Na literatura a utilização do termo transição serve usualmente para descrever os processos de mudança nos estados de desenvolvimento de vida, ou alterações de saúde e em circunstâncias sociais, não abordando a resposta das pessoas à mudança. Mas a transição utilizada na concepção dos cuidados não é apenas mais uma palavra utilizada para denominar uma mudança, estando conotada com processos psicológicos envolvidos na adaptação para o acontecimento da mudança ou ruptura.

A transição não é um simples acontecimento, mas uma orientação, reorganização e/ou redefinição interior pelas quais a pessoa passa de modo a incorporar as alterações, desejadas ou não, na sua vida, ou seja, a transição ocorre quando a realidade presente da pessoa é interrompida, obrigando a uma mudança por opção ou de forma forçada, o que resulta na necessidade de construir uma nova realidade e acontece mais facilmente se a pessoa está consciente das alterações que estão a acontecer. Assim sendo, o nível de consciência influencia o nível do compromisso, a ausência da mesma significa que a pessoa pode não estar preparada para a transição (Meleis et al., 2000). Desta consciência resulta o compromisso, de que a pessoa está imersa num processo de transição, empreendendo atividades como a procura de ajuda e informação, das quais podem

resultar novos modos de viver, modificando as atividades anteriores e fazendo face a circunstâncias futuras.

Assim, reveste-se de grande importância a necessidade da pessoa reconhecer que a forma anterior de estar e viver terminou, ou que a realidade atual está ameaçada existindo a necessidade de mudar, para que o processo de transição possa ter início. Quando este reconhecimento ocorre é possível compreender o que está a acontecer e reorganizar uma nova forma de viver, dar resposta e estar no mundo. Neste contexto a pessoa pode refletir, interagir e aumentar a sua confiança para lidar com a mudança, dominar novas capacidades e novas formas de estar e viver, ao mesmo tempo que desenvolve um sentido de identidade mais flexível no meio dessas mudanças (Meleis et al., 2010).

De acordo com Meleis & Trangenstein (1994), considerar a transição como um aspecto central na condição humana tem implicações para a prática da enfermagem já que pode fornecer aos enfermeiros, uma estrutura para descrever as necessidades da pessoa durante a transição para um novo estado, a transição do regresso a casa após o internamento, a transição da recuperação, a transição do estado civil, a transição no desempenho de papéis, entre outras e perceber as suas características, percebendo nestas o que pode provocar diferentes respostas e consequências. Interessa assim identificar os níveis e a natureza das vulnerabilidades nos diferentes momentos da transição. Assim, as intervenções de enfermagem que resultam da diversidade e das complexidades das experiências de transição necessitam ser identificadas, clarificadas, desenvolvidas, testadas e avaliadas, sendo necessária pesquisa sobre as transições que permita irmanar as condições que favorecem a transição harmoniosa, mas também aquelas que constituem risco de uma transição difícil.

Urge assim um profundo olhar sobre a presente temática no reconhecimento de um empreendimento que é a pessoa em crise, com sintomatologia associada, muitas vezes traiçoeira, mascarada ou dissimulada em aspectos físicos facilmente relacionados com patologias do foro físico (OMS, 2002; APA, 2006). Este complexo processo de assistência à pessoa, observada de forma holística, torna essencial o trabalho em equipa, onde todos os profissionais dão o seu valioso contributo. No seio da equipa, o Enfermeiro detentor de competências especializadas em Saúde Mental deve compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da Pessoa mas também as implicações para o seu projeto de vida, o potencial para a recuperação e a

forma como factores contextuais afectam a saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros (2010) acrescenta que “*a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental*”. Tornando-se fundamental a ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, estando esta integrada na família, grupos e comunidade de modo a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e reduzindo o estigma a que todos os doentes mentais foram submetidos ao longo dos anos. Indo assim, ao encontro do que é preconizado pela saúde mental comunitária que emergiu como alternativa ao tratamento com base nas instituições, defendendo o princípio de que os cuidados a prestar a pessoas com problemas do foro mental devia ter lugar nas suas comunidades, evitando o seu *isolamento* em instituições distantes do seu ambiente natural e por períodos longos e indeterminados (Ornelas, 2008).

A considerar também que o conhecimento em enfermagem é construído no contexto das interações entre o enfermeiro e o utente, o processo de aprendizagem na ação surge essencial no desenvolvimento de competências profissionais. Esta aquisição e desenvolvimento de competências emergem numa óptica construtivista e compreensiva, que pretendem ser apresentadas neste relatório. Como refere Benner (2001), os conhecimentos contidos na perícia clínica são a chave do progresso da prática e do desenvolvimento da disciplina.

Este relatório não diz respeito a um trabalho de investigação mas sim a um processo de intervenção onde o enfermeiro procurou agir em parceria com a Pessoa na procura de qualidade em saúde, na certeza de que o realizado surge adaptado a cada contexto, a cada Pessoa e às suas necessidades sempre únicas. O presente trabalho constituiu-se não apenas como uma exposição de intervenções, mas também como um exercício de conhecimento onde foi possível refletir e desenvolver competências em contexto profissional dando respostas efetivas a situações reais, expressando simultaneamente os resultados obtidos pela intervenção terapêutica com indivíduos com sintomatologia depressiva. Este processo possibilitou o cumprimento do objetivo: desenvolvimento de competências clínicas no processo de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica com o adulto com sintomatologia depressiva, em contexto de comunidade.

A complexa conjugação de factores, aumento do número de divórcios, de casamentos sem registo, de pessoas viúvas (este aspecto mais visível nas mulheres) e elevada taxa de desemprego (Garcia e Sécio, 2006), fazem da população do Concelho do Seixal uma população em risco no que se refere a sintomatologia relacionada com a depressão. Assim nasceu a necessidade de intervir ao nível da comunidade, trabalhando com pessoas que apresentassem sintomatologia depressiva. O trabalho foi realizado na Unidade de Intervenção Comunitária do Hospital Garcia de Orta no Seixal.

O título atribuído ao trabalho foi *Intervenção Terapêutica em Pessoa com Sintomatologia Depressiva*, mas o verdadeiro sentido do trabalho realizado foi *Intervenção Terapêutica com a Pessoa com Sintomatologia Depressiva*, pois tratou-se de um caminho percorrido, de forma dinâmica, com a pessoa.

Ao estruturar o relatório optou-se primeiro por apresentar o contexto onde se desenrolou o ensino clínico, com a descrição do local de estágio e os recursos utilizados de forma a atingir os objetivos. De seguida foi feita a análise da população susceptível de necessitar de cuidados de enfermagem especializados de saúde mental no concelho do seixal.

Posteriormente é apresentada a metodologia utilizada, as intervenções terapêuticas implementadas e os respectivos instrumentos de avaliação que permitem a análise da evolução do estado de saúde das pessoas com quem se interveio e a reflexão sobre os resultados alcançados.

Nos pontos seguintes é feita uma análise crítica ao trabalho desenvolvido e uma apreciação global ao percurso efetuado. Em forma de conclusão são apresentadas algumas considerações finais tendo como orientação a melhoria do desempenho profissional. A bibliografia que serviu de suporte à elaboração deste trabalho surge como último ponto deste trabalho.

## **1 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO CONTEXTO**

O projeto de intervenção foi elaborado na perspectiva da prestação de cuidados na comunidade, pelo que o mesmo foi apresentado no departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta para ser implementado no Seixal, o espaço físico utilizado, foi a Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal.

A Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal (UICS) é parte integrante do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, encontra-se sediada na freguesia da Amora e abrange as 6 freguesias do concelho do Seixal (Aldeia de Paio Pires, Amora, Arrentela, Corroios, Fernão Ferro e Seixal) com uma população estimada em cerca de 178332 habitantes (estimativa de 2009), existindo cerca de 6000 utentes inscritos e acompanhados nas várias consultas e atividades disponíveis na unidade. Em termos funcionais esta unidade articula-se com os Centros de Saúde do concelho do Seixal, em dependência funcional relativamente ao Hospital Garcia de Orta. Com um horário de funcionamento das 8 horas às 17 horas, cinco dias por semana de segunda-feira a sexta-feira.

A escolha do local para a realização do trabalho assentou na possibilidade de integrar uma equipa multidisciplinar, composta por três enfermeiros, quatro psiquiatras, quatro psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma psicomotricista, uma assistente social, uma assistente operacional e três administrativas que desenvolvem as suas atividades repartidas por duas áreas: área de consulta e área de dia, com a finalidade de assegurar a promoção da saúde mental, desenvolvendo atividades que visam o tratamento, reabilitação e reinserção em psiquiatria e saúde mental na comunidade.

Esta unidade tem como objetivos: responder às necessidades da população; diminuir o número de internamentos; promover a qualidade de vida; promover uma maior e melhor inserção e participação social; promover uma maior proximidade à comunidade; rentabilizar os recursos comunitários disponíveis; diminuir a estigmatização e discriminação; tornar mais humanos os cuidados prestados e melhorar o funcionamento global do indivíduo.

Na sua génese, a UICS constituiu-se com o intuito de dar resposta às necessidades de cuidados do foro da saúde mental da população do concelho do seixal. A Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal encontra-se sediada num edifício de arquitetura antiga com quatro pisos, ocupando esta os primeiro e segundo andares, este facto

provoca variadíssimas dificuldades de acessibilidades, uma vez que o edifício não é servido por rampa nem elevador, provocando a obrigatoriedade da utilização de escadas com vários degraus e pouca largura. Quando se verifica a impossibilidade de acesso por dificuldade de mobilidade, os utentes são transferidos e passam a ser seguidos no Hospital Garcia de Orta, na área de consultas de psiquiatria.

Neste edifício funcionou durante vários anos o centro de saúde da Amora, entretanto transferido para um edifício construído de raiz para o efeito. Funciona ainda no R/C o CAD do Seixal. A sua localização é central em relação ao tecido urbano do concelho localizando-se próximo da estrada nacional número 10.

Na entrada do primeiro andar podemos encontrar um hall onde funciona a receção onde se situa o arquivo e que dá acesso às instalações sanitárias, à esquerda temos um gabinete de consulta, à direita temos um gabinete de psicologia e a sala de espera que por sua vez permite o acesso a mais dois gabinetes de consulta de psicologia e dois gabinetes de consulta de psiquiatria.

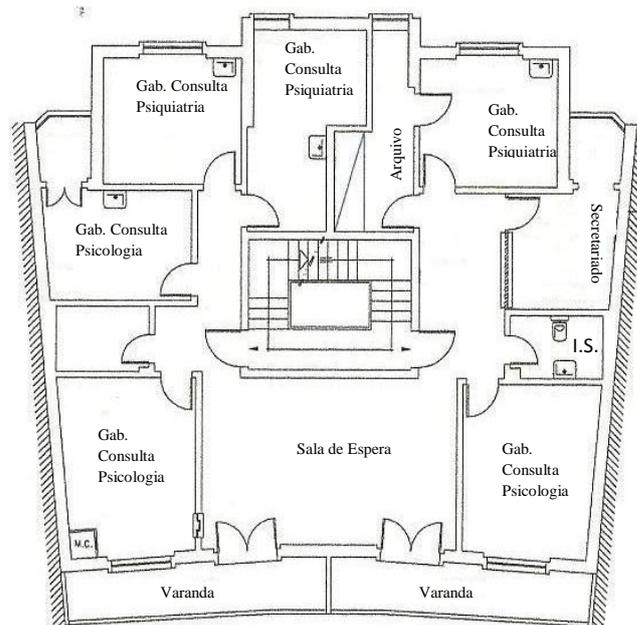


Figura 1 – Planta do 1º andar da UICS

No segundo piso funciona a área de dia, onde encontramos à esquerda um pequeno hall que funciona como sala de espera e permite o acesso ao gabinete de enfermagem e à sala de administração de terapêutica mais à esquerda, ao gabinete da terapeuta ocupacional e a instalações sanitárias em frente, à direita temos o gabinete da psicomotricista e a sala de atividades (sala ampla).

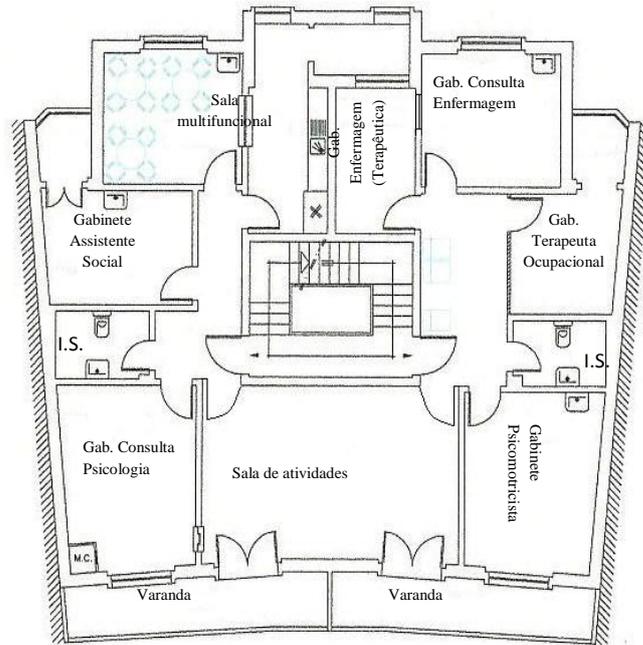


Figura 2 – Planta do 2º andar da UICS

Neste mesmo andar pode encontrar-se, ainda mais à direita, um segundo acesso à sala de atividades, e os gabinetes da psicóloga da área e o gabinete da assistente social, temos ainda uma sala designada de multifuncional com uma cozinha equipada e uma sala de convívio com televisão, esta sala é utilizada preferencialmente para o desenvolvimento de competências dos utentes a frequentar a área de dia.

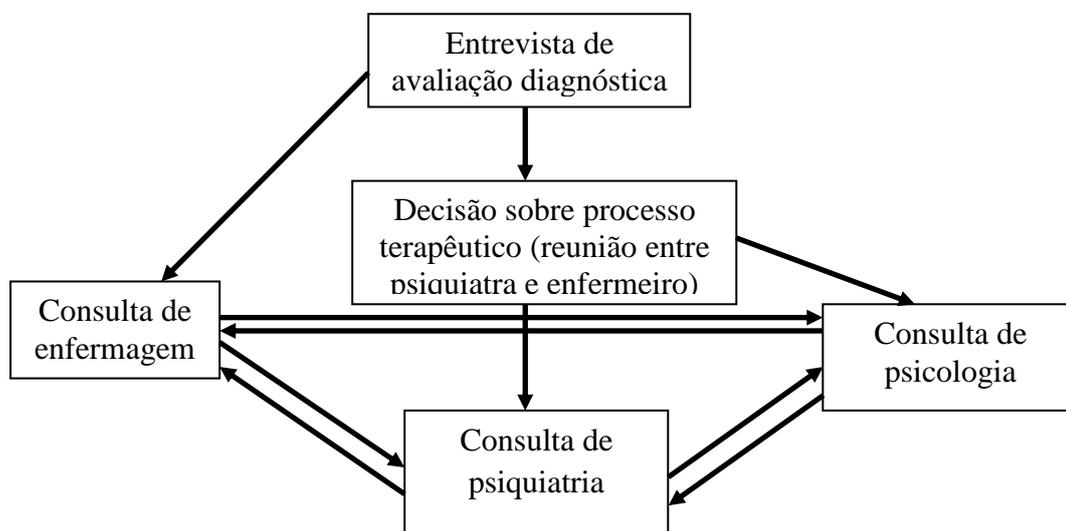
Na UICS, e visando a prestação de cuidados em contexto comunitário as atividades aqui desenvolvidas são: consultas de psiquiatria, psicologia, psicomotricidade, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social. Nesta unidade funciona também um programa de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental crónica, denominado P.R.I.S.M.A. (Programa de Reabilitação e Intervenção em Saúde Mental em Ambulatório), que funciona no 2º andar do edifício, na área de dia.

Em parceria com os Centros de Saúde do concelho do Seixal, existe também um serviço de apoio a pessoas com demência, aos seus familiares e cuidadores (consultas de Psicogeriatria), estas são asseguradas por técnicos da unidade (1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 1 psicóloga).

São desenvolvidas entrevistas de avaliação diagnóstica, os processos são discutidos em reunião com o psiquiatra e encaminhados para as diferentes consultas. Após encaminhamento as consultas são autónomas na intervenção, mas com troca de

informação regular entre os elementos da equipa. Inicialmente os doentes são acompanhados simultaneamente nas três consultas, observando-se posteriormente a possibilidade de alta da consulta de enfermagem e/ou psicologia. A alta definitiva é decidida pela consulta de psiquiatria.

Figura 3 - Fluxograma geral de funcionamento



A relação existente entre os vários elementos da equipa multidisciplinar permite a superação de algumas dificuldades, atrás referidas, de salientar a facilidade de comunicação entre elementos, a troca de experiências e a disponibilidade/acessibilidade que cada profissional apresenta para em equipa proporcionar aos utentes os melhores cuidados. São realizadas reuniões multidisciplinares (quartas-feiras) com uma periodicidade quinzenal que decorrem no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta, onde são apresentados e discutidos *Casos clínicos* da área de intervenção da UICS.

Semanalmente, às sextas-feiras, é feita uma reunião na UICS onde estão presentes os técnicos da área de dia e onde são discutidos assuntos relacionados apenas com os utentes que se encontram a frequentar a área de dia. Aquando da minha presença na unidade tiveram início reuniões semanais entre enfermeiros e o médico responsável pela unidade para apresentar e discutir os processos de intervenção terapêutica, mediante a análise das entrevistas de avaliação diagnóstica efetuadas nessa semana. De salientar, que sempre que se justifica, é possível reunir com os vários elementos da equipa multidisciplinar, individualmente ou em grupo, para orientação das estratégias a adoptar relativamente a intervenções em situação de crise.

Os recursos materiais disponíveis na Unidade são suficientes, embora se verifique um quadro de contenção financeira que exige uma grande criatividade dos profissionais para desempenho eficiente das funções e a realização de atividades, que embora enquadradas nesta realidade nunca deixaram de ser extremamente pertinentes. Existem ainda limitações ao nível das deslocações, pois não existe viatura de serviço, sendo que as deslocações (visitas a utentes no domicílio, reuniões de serviço no Hospital Garcia de Orta, atividades no exterior...) quando necessárias são feitas nas viaturas dos profissionais.

Em termos informáticos, o serviço não está devidamente equipado, pelo que os computadores são desactualizados e não se encontram ligados ao servidor do Hospital, impossibilitando a utilização e consulta dos processos informáticos, o que implica que os processos continuem a ser em suporte de papel, originando um arquivo físico com elevado número de processos, alguns muito “volumosos” resultante de vários anos de seguimento em consulta.

Os registos das entrevistas e intervenções de enfermagem são efetuados em folha de diário de enfermagem, por inexistência de processo informático, como já foi referido.

De referir ainda que, muitas vezes, são conseguidos importantes apoios, principalmente através da área de dia, junto de instituições do concelho como Juntas de Freguesia, Câmara Municipal e IPSS, com a cedência de transportes e espaços para atividades, permitindo assim atividades/intervenções no exterior.

## 2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O município do Seixal, composto por 6 freguesias e com uma superfície total de 94 km<sup>2</sup>, situa-se na Península de Setúbal e pertence à Área Metropolitana de Lisboa Sul.



Muito próximo de Lisboa, facilmente ligado à capital por autoestrada, ferrovia e via fluvial. É limitado a este pelo município do Barreiro, a sul por Sesimbra e a oeste por Almada (município com o qual mantém uma forte afinidade).

O hospital de referência para a sua população situa-se no concelho vizinho de Almada (Hospital Garcia de Orta), neste hospital encontra-se o serviço de psiquiatria do qual faz parte a Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal.

Segundo os Censos de 2001, a população do concelho do Seixal era de 150271 habitantes, era então o segundo concelho com mais população na Península de Setúbal e o décimo segundo a nível nacional. Apresentando sempre crescimentos populacionais ao longo de décadas, foi a partir dos anos 70 que se deu um “boom” populacional estando este facto relacionado, entre outros, com a melhoria das acessibilidades facilitando a mobilidade, principalmente ao nível dos transportes públicos, localização geográfica relativamente a Lisboa e também a habitação com preços mais acessíveis.

O significativo crescimento populacional transformou, num curto espaço de tempo, um território de características essencialmente rurais num concelho urbano constituído por aglomerados de grandes dimensões.

As previsões do Instituto Nacional de Estatística relativos ao ano de 2009 (os dados definitivos só serão conhecidos após publicação dos resultados dos censos de 2011), fazem referência a 178332 habitantes, mais 28061 que os registados nos censos de 2001.

O Seixal apresenta-se no início do século XXI como um concelho em nítido envelhecimento, taxas de natalidade a decrescer e índices de envelhecimento e dependência de idosos a crescer. (Garcia e Sécio, 2006).

De acordo com o INE (Portugal em números, 2004) regista-se uma tendência de aumento progressivo nos valores de índice de envelhecimento no concelho, ou seja, entre 1991 (35 anos) e 2001 (61 anos), o concelho passou de uma população jovem a uma população tendencialmente envelhecida. Que se acentua se tivermos em conta os valores de 2003 (65 anos), apresentado assim um aumento progressivo do índice de envelhecimento.

No que diz respeito ao estado civil, nas variações verificadas entre os recenseamentos de 1991 e 2001, observa-se que os maiores crescimentos verificaram-se entre as categorias “atípicas”, ou seja, os *casados sem registo* que cresceram cerca de 144% e as categorias de ruptura os “divorciados” registando um aumento de 140% no referido período. A situação “viúvo” cresceu 43%, este estado civil surge predominantemente no sexo feminino com 83,5% do número total de viúvos (Garcia e Sécio, 2006), contribuindo assim para um aumento do número de famílias unipessoais com maior isolamento destes indivíduos, ou por outro lado, a diminuição do peso das estruturas familiares tradicionais com consequência na recomposição e reformação das mesmas, isto é, famílias reconstituídas após o divórcio/separação dando origem a novas famílias biparentais ou monoparentais.

Ainda no que respeita ao estado civil, as pessoas que vivem em união de facto apresentam níveis mais elevados de depressão quando comparados com os casados. Este facto é apresentado por Brown (2000), podendo estar relacionado com uma maior instabilidade na relação, assim como com a existência de filhos biológicos e enteados.

As pessoas mais afectadas com problemas mentais são as mulheres, os que vivem em maior solidão (viúvos, divorciados, separados) e pessoas com baixo a médio nível de literacia (Caldas de Almeida 2010).

O desemprego afectava em 2004 cerca de 6078 indivíduos (desempregados inscritos no Centro de Emprego). Por grupo etário, entre 2002 e 2004, o grupo em que mais aumentou o desemprego foi o dos 55 ou mais anos (Garcia, et al., 2006), para este facto em muito contribuíram o encerramento gradual ou a diminuição acentuada de efetivos, de grandes empresas como a Lisnave a Setenave e a Siderurgia Nacional. As pessoas sem ocupação sentem-se muitas vezes invadidas por sentimentos de fracasso e inutilidade, levando-as em situações limite, a deprimir. Pode assim, observar-se tendo em conta o apresentado anteriormente, que no conselho do Seixal existem grupos na

população com elevado risco de perturbações mentais, tal como a depressão e toda a sintomatologia associada.

## **2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**

As pessoas com depressão têm uma substancial perda de qualidade de vida, com um elevado comprometimento social, levando ao aumento do risco de morte, ao aumento do recurso aos serviços de saúde que se traduz num elevado custo económico (Cuijpers et al, 2008). Estas pessoas veem em tarefas simples enormes dificuldades, culpabilizam-se pelos fracassos e são manipuladas por sentimentos negativos, os quais podem surgir acompanhados de *falta de ânimo, incapacidade, défice nos auto-cuidados, dificuldade de concentração e redução da motivação e da ambição*. Diversos autores corroboram esta falta de ânimo e de capacidade presente nas pessoas com depressão. Dizem-nos Schene et al (2007) e Matsunaga et al (2010) que a pessoa com depressão pode participar nas atividades diárias quando incitada e estimulada, mas se deixada à sua própria vontade, provavelmente isola-se, procurando inclusivamente atividades que reforçam este isolamento.

O peso da depressão tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos, na realidade, pelo menos uma em cada cinco pessoas irão sofrer de depressão em algum momento das suas vidas, valores que apresentam tendência a aumentar. Na população jovem observa-se um número cada vez mais elevado de pessoas com depressão e verifica-se uma incidência maior no sexo feminino com tendência para a cronicidade, podendo resultar em suicídio.

Verifica-se que pessoas com depressão apresentam estilos de vida pouco saudáveis, e esta ocorre frequentemente em comorbilidade com outras patologias agravando o estado de saúde e o prognóstico clínico, levando ao aumento da mortalidade no seio desta população como refere Gusmão et al (2005).

A depressão apresentada pelo ICN (2006), como uma emoção com características específicas como: causadora de tristeza; melancolia; astenia; deterioração da compreensão; concentração diminuída; sensação de culpa; sintomas físicos incluindo a perda de apetite, insónia, cefaleias entre outros. Pode manifestar-se também como episódio depressivo major, sendo definido no DSM-IV-TR, pela APA (2006), com a presença durante pelo menos duas semanas de cinco ou mais dos seguintes sintomas,

devendo ser um dos sintomas o humor depressivo ou perda de prazer ou interesse. Para além destes, podem estar presentes os seguintes sintomas: insónia ou hipersónia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; perda ou ganho de peso (5% ou mais) num mês ou diminuição do apetite; sentimentos de desvalorização ou culpa inapropriados; diminuição da capacidade de concentração e pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, sendo feita ainda a ressalva que estes sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas não resultam de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica, nem tão pouco são explicados por um processo de luto.

A Organização Mundial de Saúde (2002) descreve-a ainda como uma doença com sintomatologia variável, quer em severidade, quer no que diz respeito à sua duração, podendo ocorrer desde episódios isolados e relativamente ligeiros até episódios recorrentes de severidade moderada ou mesmo doença crónica grave e persistente.

As pessoas que mantêm continuamente sintomas depressivos apresentam, frequentemente, dificuldades ao nível do funcionamento social, ocorrendo frequentemente alterações no seio do casamento, das relações interpessoais e dificuldades, como já foi dito atrás, no emprego. Por outro lado, também as dificuldades ao nível da economia mundial que se verificam na atualidade levam ao aumento do desemprego, que por sua vez surge diretamente associado à depressão, como referem Matsunaga et al (2010). De salientar ainda que a depressão e as alterações a nível psicossocial conduzem ao isolamento social, em que a solidão e as dificuldades interpessoais interferem com a melhoria dos sintomas positivos.

Face ao número crescente de pessoas com problemas do foro mental, tem-se verificado o aumento do número de fármacos disponíveis para lidar com os transtornos depressivos, no entanto é inquestionável que há ainda muito para ser feito, para que se possam alcançar os resultados desejados quer em termos individuais quer sociais relativamente ao tratamento da doença. Pois como referem Matsunaga et al. (2010), muitos doentes depressivos não respondem satisfatoriamente ao tratamento apenas com antidepressivos, mantendo os sintomas depressivos e a incapacidade funcional. Segundo estes mesmos autores assim como para Kaplan, Sadock e Grebb (1997), o tratamento mais eficaz para a depressão é a combinação de medicação com psicoterapia. A utilização da psicoterapia no tratamento da depressão apresenta diferentes objetivos que

podem melhorar a adesão à medicação, reduzir os sintomas, diminuir as incapacidades e evitar as recaídas.

Se considerarmos que a depressão surge associada a um momento de transição na vida dos indivíduos, podendo conduzir ao aparecimento de limitações e tornando a pessoa doente dependente de outro, então, os cuidados de enfermagem devem ter como foco a ajuda às pessoas nos seus processos de transição ao longo do seu ciclo de vida. De acordo com Meleis e Trangenstein (1994) a transição surge como a passagem de uma fase da vida, condição de saúde ou estado para outro e refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre o indivíduo e o ambiente. Neste sentido os cuidados de enfermagem e médicos devem constituir-se como instrumentos complementares e com influência reconhecida nas transições bem sucedidas que possibilitem o progresso ou recuperação, permitindo às pessoas regressarem à comunidade e retomarem a sua vida normal com um maior nível de mestria no desempenho de papéis e no bem-estar quer individual quer nas relações.

Infelizmente os preconceitos e o estigma impedem que as pessoas, uma vez recuperadas das doenças mentais, consigam dar os passos para reingressar na vida profissional, familiar e social, com toda a plenitude. Este obstáculo pode por si só, ser suficiente para desencadear um novo desequilíbrio na sua saúde mental. Apesar de se pedir cada vez mais responsabilidades às famílias, é frequente que este aumento de responsabilidades não seja acompanhado por programas devidamente estruturados onde é disponibilizada a informação básica sobre a doença ou ainda o treino adequado para lidar com a pessoa doente, tornando-se assim mais uma sobrecarga para a família como refere Yacubin (2001). Estes aspectos ao não serem devidamente tidos em conta, podem acarretar prejuízos quer para quem é alvo dos cuidados, quer para o prestador dos mesmos. De acordo com o mesmo autor, é frequente que a interação com os serviços de saúde mental seja também uma fonte de sobrecarga, pois os contactos são habitualmente relatados como uma experiência frustrante, confusa e humilhante. E só após algumas necessidades estarem resolvidas, tais como, as necessidades de apoio e informação sobre a patologia que afecta o seu familiar, as formas de tratamento, o modo como podem colaborar com a equipa de saúde mental, os efeitos secundários da medicação e os recursos existentes disponíveis para serem ajudados, se pode esperar que a família tenha a atuação indicada para a situação.

Tal como foi referido anteriormente sabe-se que nos últimos anos as perturbações depressivas têm vindo a aumentar em Portugal, apresentando uma expressão muito considerável, com tendência para aumentar, para a qual bastante contribui a situação económica e social na atualidade. Também a reflexão crítica e concomitante sobre a prática na enfermagem é fundamental neste projeto de ajuda terapêutica, na certeza de que urge novos olhares, estudos e intervenções. Dizem-nos Kaplan, Sadock e Grebb (1997), Yacubin (2001), Vos et al (2005) e Matsunaga et al (2010), que o tratamento mais eficaz na depressão é a combinação de medicação e de intervenção terapêutica psicológica e social. Face à pertinência dos dados estatísticos apresentados e consequentes implicações pessoais, familiares, sociais e económicas, justifica-se a necessidade de compreender a pessoa doente com depressão, intervindo de forma especializada e efetiva no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Clara a necessidade de adquirir competências no cuidar da pessoa adulta com sintomatologia depressiva, e nos processos de transição que ocorrem num processo de saúde /doença de modo a possibilitar às pessoas a aquisição de competências individuais para a manutenção do seu bem-estar. Isto leva à necessidade de refletir sobre a prática de cuidar que exige ser aprofundada e evidenciada como garante da qualidade de vida dos utentes, e por conseguinte da redução dos encargos em saúde.

## **2.2 – RECRUTAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO**

A população foi recrutada do universo de utentes abrangidos pela Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal, Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta, com pelo menos um internamento ou episódio em serviço de urgência, no último ano, relacionado com doença mental e que na entrevista de avaliação diagnóstica foram observados focos de alta sensibilidade para a enfermagem relacionados com sintomatologia depressiva. Após consultar a carta de alta e/ou o pedido de consulta de especialidade de psiquiatria, foram agendadas por telefone as entrevistas de avaliação diagnóstica. Estas decorreram inicialmente na presença do Enfermeiro Supervisor, o que ajudou a analisar validar e clarificar a informação obtida, permitindo simultaneamente fazer uma discussão mais profícua sobre os focos de enfermagem identificados como comprometidos ou alterados na pessoa, mas também os sentimentos experienciados. De referir que todas as entrevistas foram efetuadas a pessoas que não tinham processo na UICS.

Das 18 entrevistas de avaliação diagnóstica realizadas foram selecionados quatro doentes, esta seleção resultou dos dados obtidos nas entrevistas de avaliação diagnóstica, e em reunião com o Enfermeiro Supervisor. Foi determinado que iam ao encontro do que foi apresentado no projeto. As outras 14 pessoas foram encaminhadas para outros técnicos da equipa ou para outras instituições de acordo com os dados recolhidos e decisão tomada em reunião de equipa. De referir ainda que outras 3 pessoas podiam ter sido incluídas no trabalho, este facto não se concretizou porque devido à data em que foram efetuadas as avaliações diagnósticas não havia tempo suficiente para concretizar um plano terapêutico ajustado às necessidades, ficaram no entanto a ser seguidas em consulta de enfermagem.

Após a entrevista de avaliação diagnóstica e caso se justificasse ficava agendada a próxima entrevista. Esta estava dependente da concordância por parte da pessoa relativamente ao processo de intervenção e do reconhecimento da necessidade de ajuda para os problemas de saúde com que se deparava.

Abreu (2008) refere que a personalidade é de algum modo o que o nosso olhar alcança de relance no outro, sendo essa máscara mais ou menos estável resultante da história individual, de cada um, onde se encontram num equilíbrio instável os anseios do corpo com as imposições sociais. Deste modo a maioria dos dados observados tornam-se fundamentais na elaboração de um primeiro diagnóstico das vivências da pessoa mas também do seu perimundo. Isto permite ao enfermeiro apontar o caminho a percorrer em conjunto com a pessoa que necessita de ajuda.

Como já foi referido neste trabalho foram acompanhados em processo terapêutico, quatro utentes que se apresentavam em situação de crise relacionada com sintomatologia depressiva. Não foi seguida nenhuma ordem específica na apresentação dos utentes e os nomes foram substituídos por códigos de participação. O acompanhamento terapêutico teve a duração entre 12 e 16 semanas dependendo do caso.

Como se pode observar através da leitura do quadro nº 1, três utentes são do sexo feminino, todos os quatro participantes têm uma relação conjugal, são casados ou vivem em união de facto. À data nenhum desempenhava qualquer atividade laboral, apresentando-se: duas desempregadas, uma reformada por invalidez e outro de baixa de longa duração. As idades variam entre os 48 anos, a mais nova, e os 56 anos o mais

velho, com uma média de idades de 52 anos. No que diz respeito às habilitações literárias pode-se observar que uma utente é titular de um curso superior e dois utentes não têm a escolaridade mínima.

Quadro 1 – Caracterização sócio demográfica dos utentes participantes no trabalho

Utentes	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Ocupação	Agregado Familiar	Freguesia de Residência
U1	55	♀	Casada	Curso de Contabilidade	Desempregada	Marido Filha	Corroios
U2	56	♂	Vive em união de facto	4ª Classe	Pasteleiro (Baixa de longa duração)	Companheira Filha Enteada Neto (filho da enteada)	Amora
U3	49	♀	Casada	9º Ano	Reformada por invalidez	Marido Filho Filho	Corroios
U4	48	♀	Vive em união de facto	A frequentar o 4º Ano (novas oportunidades)	Desempregada	Companheiro	Arrentela

Com a realização da entrevista de avaliação diagnóstica teve início o processo de intervenção, o número de intervenções programadas e efetuadas variaram de acordo a avaliação inicial e com as reavaliações efetuadas sistematicamente ao longo do processo terapêutico, verificando-se uma periodicidade semanal e por vezes quinzenal. Os registos das sessões foram feitos de forma sistemática.

Das 53 sessões programadas foram realizadas 47, uma utente compareceu em todas as sessões programadas, enquanto os outros três tiveram faltas, destas apenas 3 foram justificadas atempadamente. Houve ainda uma utente que foi internada a 18 de Junho, não beneficiando de mais nenhuma intervenção até ao fim do trabalho, fica no entanto a ser seguida pelo enfermeiro José Souta.

Todos os quatro utentes residem dentro de um raio de 5 Km relativamente à UICS, como pode ser observado na figura nº 6. Este factor facilita a presença dos mesmos nas consultas quer pelo baixo custo despendido nas deslocações, quer pelo reduzido tempo utilizado nas mesmas. De referir ainda a existência de uma rede de transportes públicos

que serve de forma eficiente a população, encontrando-se as vias de acesso em boas condições de circulação.

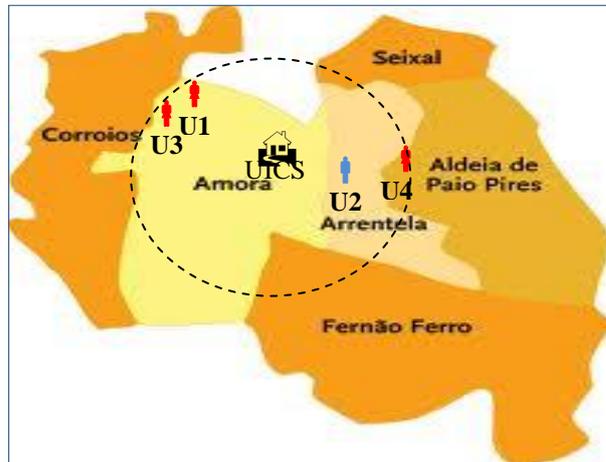


Figura 5 – Residências relativamente à UICS

Como já foi referido anteriormente, como critério de recrutamento, todos os utentes têm pelo menos um episódio de urgência ou internamento nos 6 meses que antecederam o início do trabalho, relacionado com doença mental. Uma utente tinha recorrido 5 vezes ao serviço de urgência após um internamento e uma utente tinha recorrido 3 vezes ao serviço de urgência, nunca foi internada. O recurso a cuidados de saúde, com necessidade de internamento, relacionava-se, em três situações com ideação suicida.

Os quatro utentes acompanhados referiam claramente as suas necessidades de ajuda assim como a sua incapacidade, para sozinhos, fazerem face aos problemas de saúde com que se deparavam. De referir ainda que esta procura de ajuda se revestiu de grande importância para o início do processo terapêutico e para a continuidade do tratamento eficaz.

### **3 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O trabalho desenvolvido no decurso do ensino clínico teve como objetivo geral, desenvolver competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica com o adulto com sintomatologia depressiva, em contexto de intervenção comunitária. Tendo por base estas orientações foi possível a elaboração do trabalho escrito, que reflete a minha prática de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e os resultados atingidos.

- Desenvolver competências de avaliação diagnóstica no adulto com sintomatologia depressiva em contexto de comunidade;

A avaliação diagnóstica é desenvolvida a partir dos dados clínicos observados e significativos. Eles ajudam a elaborar juízos diagnósticos do perimundo e das vivências interiores do sujeito (Abreu, 2008). Estes dados observados e colhidos deverão estar isentos de juízos de valor, assim como não deverá ser feita a comparação de um indivíduo com os outros ou conosco. Nas entrevistas de avaliação facilitar a expressão das emoções, medos, opiniões e expectativas é fundamental, assim como a complementaridade com outros dados e registos não apenas clínicos mas também sociais, culturais e organizacionais.

- Desenvolver competências de intervenção terapêutica no indivíduo com sintomatologia depressiva em contexto de comunidade;

Sabe-se que os indivíduos que reúnem uma grande variedade de sintomas de depressão, apresentam uma multiplicidade de sintomatologia que afecta as suas funções e atividades de vida, o que torna como que impossível encontrar um só método, efetivo no seu tratamento (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997; Vos et al., 2005 e Matsunaga et al., 2010). Planificar as intervenções a partir dos juízos diagnósticos previamente definidos, das necessidades observadas no indivíduo assim como das suas expectativas, dos seus recursos e da sua rede de apoio são factores importantes para o sucesso das mesmas (Phaneuf, 2005).

Os resultados que emergem das intervenções terapêuticas junto dos doentes são imprescindíveis para prosseguir com o plano terapêutico delineado ou se necessário fazer correções ao mesmo. Sem estes dados as equipas multidisciplinares ficam sem informação suficiente sobre a qualidade dos cuidados. Resulta daqui a importância dos registos como aspecto relevante para o sucesso e continuidade dos cuidados.

### **3.1 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

No desenvolver de competências clínicas de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção terapêutica com pessoas com sintomatologia depressiva, os objetivos específicos e as intervenções terapêuticas planeadas ganham forma na individualização futura que se pretende dos cuidados.

O processo de avaliação diagnóstica esteve sempre presente ao longo da relação que se constituiu durante todo o processo terapêutico individual com cada um dos utentes. As informações retiradas no momento da entrevista de avaliação diagnóstica não foram os primeiros dados recolhidos relativamente aos utentes pois houve a necessária apreciação inicial do pedido de avaliação dirigido à equipa multidisciplinar da UICS. De referir ainda, que os utentes foram sempre informados, que os dados recolhidos nas entrevistas, ficam registados no seu processo. Sendo importante referir que este processo de avaliação deve ser entendido num contexto de continuidade circular (Lopes, 2006), em que, cada nova informação recolhida funciona como avaliação relativamente à anterior.

O processo de avaliação diagnóstica reiniciava-se a cada nova entrevista/intervenção com o utente, ou seja, a avaliação acontecia sempre que existia uma qualquer intervenção ou continuação de uma intervenção anteriormente iniciada. A avaliação individual de cada utente coincidiu com a entrevista de avaliação diagnóstica, na qual se pretendia compreender o que o utente sabia, pensava e sentia, percebendo o nível de consciência e de crítica quanto à sua situação, quais as suas preocupações mas também quais as suas estratégias e capacidades. Em cada entrevista/intervenção realizada, verificou-se o complementar da avaliação inicial, numa perspectiva de ajuda, prosseguindo o caminho traçado ou procedendo às necessárias correções de acordo com o avaliado. A avaliação contínua do processo terapêutico permitiu, tal como refere Lopes (2006), compreender a forma como cada utente vive o processo de doença, e a ajuda que a pessoa necessita para tentar ultrapassar as dificuldades colocadas pela situação.

A avaliação diagnóstica não surgiu separada da ação, mas sim imbuída na mesma sendo difícil destrinchá-la (Benner, 2001). Assim, a avaliação diagnóstica manteve-se imbuída nos cuidados, através duma relação extremamente próxima que se tornou difícil de perceber onde começou e onde acabou, sendo ao mesmo tempo um instrumento de avaliação e reavaliação do estado da pessoa ao longo do processo terapêutico. De acordo com Smith citado por Lopes (2006), a intervenção relacional terapêutica

pressupõe a existência de um processo de enfermagem, este por sua vez, não pode existir sem uma avaliação diagnóstica. Assim o processo de avaliação diagnóstica torna-se um elo fundamental na intervenção terapêutica desenvolvida pelo enfermeiro.

Para além da interação com os utentes foi também efetuada consulta e recolha de informação sobre a situação dos mesmos, quer através dos processos e notas de alta, quer pela solicitação de informação junto da equipa multidisciplinar. Considerou-se também de fundamental importância, a análise e interpretação das entrevistas com a colaboração do enfermeiro supervisor e a apresentação e discussão dos casos de forma individualizada à equipa de enfermagem no Serviço de Psiquiatria do HGO.

Os instrumentos de avaliação assumem um lugar de destaque na monitorização, na reestruturação e indiscutível reflexão crítica sobre os resultados obtidos ao longo do ensino clínico. Para a monitorização da evolução dos respectivos focos sensíveis à prática da enfermagem foram utilizadas algumas tabelas, ainda que de forma adaptada, descritas e recomendadas por Johnson et al. (2004), na Classificação dos Resultados em Enfermagem. Foram ainda elaboradas outras três tabelas referentes a Percepção de Si, Consciência e Pensamento com base na psicopatologia compreensiva de Abreu (2009). Cada tabela foi construída de forma que o quinto ponto reflita a condição mais desejável. De referir ainda que a condição mais desejável poderá não ser alcançada por todos os utentes, e por outro lado, em determinadas situações o resultado esperado poderá ser inferior ao valor mais elevado (5).

Comparando os resultados obtidos a partir do preenchimento dos indicadores, em momentos diferentes do processo terapêutico individual de cada pessoa, foi possível observar a evolução do estado de saúde da mesma, avaliar a eficácia das estratégias terapêuticas utilizadas e proceder a correções se necessário. Porém, é importante salientar que aquando de um novo preenchimento dos indicadores, os resultados de avaliações anteriores não foram consultados, de forma a não correr o risco de influenciar os resultados, mesmo que de forma inconsciente.

Para dar seguimento ao processo de avaliação do trabalho realizado foram definidos alguns indicadores principais os quais são considerados como resultados processuais ao longo do trabalho, estes resultaram das entrevistas de avaliação diagnóstica realizadas e dos diagnósticos mais observados na análise às mesmas, são eles: autoestima, sono, desempenho de papel, controlo de ansiedade e ideação suicida. Outros três foram

considerados como importantes para perceber a posição da pessoa no atual processo de saúde são eles: consciência, percepção de si e pensamento.

Estudos apresentados ao longo dos anos têm demonstrado uma correlação entre depressão e alguns sinais e sintomas que a classificam, mas também com características individuais das pessoas que perante a necessidade de se adaptarem e incorporarem novas circunstâncias na sua vida, não estão preparadas para enfrentar tal transição podendo em consequência apresentar sintomatologia depressiva.

Quanto ao indicador “consciência”, *“a verdadeira consciência é sempre a consciência reflectida, não se podendo dizer que uma pessoa é ou não inconsciente, mas antes que está ou não consciente”*. Abreu (2009, p.77) e, este estado de consciência pode determinar se a pessoa está ou não preparada para a transição como referem Meleis et al. (2010). Também Pasquier e Pedinielli (2010) apontam a presença de uma relação negativa entre o nível de consciência, ansiedade e depressão. Por outro lado a percepção em si de evidências relacionadas com aspectos habitualmente estigmatizados são potenciadores de sintomas depressivos na pessoa como referem Ali, Fang e Rizzo (2010).

Abreu (2009) refere-se ao pensamento como forma de tornar o mundo previsível, antecipando as ocorrências, dependendo daí a sobrevivência do Homem. Em condições anormais podem surgir formas e conteúdos do pensamento considerados patológicos. Ruscio et al. (2011) referem que pensamentos perseverantes com intrusões de pensamentos negativos induzem uma forte resposta negativa, evoluindo para situações de depressão. Por outro lado o incremento da autoestima proporciona melhoras significativas relativamente à redução da sintomatologia depressiva como referem Gutiérrez et al. (2011).

A alteração do padrão sono/vigília, com dificuldade em adormecer e em preservar a continuidade do sono é habitualmente referido por pessoas com depressão (Schmidt, 2011). Outros autores referem ainda que doentes com depressão apresentam extrema dificuldade em iniciarem as atividades de vida diárias, sendo o período da manhã o mais problemático com comprometimento marcado no desempenho de papéis, apresentando melhorias ao longo do dia.

Também a ideação suicida tem sido alvo de inúmeros estudos ao longo dos anos. Bank (2011), Wada (2011) e Zhang (2011) fazem referência a uma correlação entre ideação

suicida e depressão, assim como o maior número de sintomas depressivos e a sua severidade podem contribuir para ideias de suicídio.

### **3.2 – PROCESSO METODOLÓGICO**

A metodologia resultou da abordagem clínica feita a cada um dos utentes seguidos ao longo do ensino clínico, da análise das realidades observadas, construídas e partilhadas de forma holística, tendo sempre presente a pessoa como um todo, inserida num determinado contexto que interfere com o seu processo de saúde. O processo de avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica tiveram por base os princípios que orientam a relação de ajuda e que se constituíram como o suporte a todo o processo, assumindo um papel de realce na inter-relação com a pessoa.

De acordo com Lazure (1994), a relação de ajuda é o eixo no qual gravita o conjunto de cuidados de enfermagem e visa dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir face a uma determinada situação. Assim pretende-se que na relação de ajuda, a pessoa com depressão consiga enfrentar os seus problemas, resolver situações potencialmente problemáticas e causadoras de sofrimento, encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório, encontrando motivações que a ajudem a tornar experiências futuras mais positivas.

A relação de ajuda foi considerada como o encontro significativo com o outro, para que este encontro tivesse lugar foi necessário que certas condições tivessem sido satisfeitas, nomeadamente eu enfermeiro em interação com a pessoa que necessitava de ajuda, tivemos que nos reconhecer e respeitar mutuamente. Enquanto enfermeiro não olhei para a pessoa como um ser inferiorizado pelo *peso* da sua condição ou doença. O respeito mútuo, a empatia, a confiança, a aceitação do outro, a autenticidade, a compreensão, o desejo incondicional de ajuda são factores essenciais para o sucesso deste processo.

O trabalho realizado com pessoas com sintomatologia depressiva foi na sua essência, complexo envolveu inúmeras intervenções de cariz técnico e organizacional. Porque, para ter sucesso é fundamental criar uma relação de confiança que permita estabelecer uma parceria terapêutica com as mesmas, esta relação terapêutica assume um papel chave na prática de enfermagem, apresentando-se a relação de ajuda como o espaço e o momento onde isto acontece. O “*aqui e agora*”, expressão utilizada por Rogers (1961),

é o momento em que se inscreve a relação de ajuda, acontece o encontro e explora-se o que se passa no presente da pessoa. O passado não é totalmente afastado, serve para se colher informação importante para o estado atual, o futuro também não tem um papel fundamental no processo sendo utilizado para projetar a pessoa ajudada para as mudanças a que pode aspirar, e estabelecer metas a atingir.

A eficácia de todo o processo terapêutico esteve dependente da capacidade de relação estabelecida entre mim e a pessoa que necessitava de ajuda. Este aspecto revelou-se mais importante do que qualquer técnica ou intervenção utilizada, como refere Chalifour (2008). Assim a relação de ajuda é antes de mais um processo relacional complexo, que se constrói essencialmente sobre a qualidade da relação estabelecida com a pessoa que necessita de ajuda. Eu enquanto enfermeiro tive que procurar desenvolver as minhas capacidades de relacionamento interpessoal pois o centro da questão está na inter-relação Enfermeiro – Pessoa que necessita de ajuda.

Este processo traduziu-se na permuta entre dois seres humanos, cuidador - pessoa que necessitava de ajuda, em que foi possível fazer a interpretação das necessidades da pessoa com o intuito de ajudá-la a perceber, aceitar e enfrentar a sua situação atual, promovendo o crescimento e a identificação de recursos ocultos na mesma, esta por sua vez desenvolveu o potencial para ultrapassar a crise que atravessava, percebendo que foi ela que a superou e tendo consciência dos mecanismos que usou, para assim, no futuro ter mais possibilidades de enfrentar com sucesso novas transições. Como refere Phaneuf (2005, p.324) *“Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação (...) e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”*. Reconhecendo também a relação de ajuda como o processo através do qual é possível promover no outro o crescimento, desenvolvimento, maturidade, um melhor funcionamento e uma melhor capacidade para enfrentar os acontecimentos da vida.

No estabelecer da relação de ajuda foi fundamental encarar a pessoa que necessitava de ajuda como parceira dos cuidados, colaborando de acordo com as suas possibilidades no processo terapêutico. Nesta relação terapêutica a pessoa foi ajudada a trabalhar o seu ajustamento pessoal a uma situação à qual não se adaptaria ou teria dificuldade em encontrar o melhor caminho para avançar de forma positiva no seu processo de saúde, sem o suporte e apoio que lhe disponibilizei.

A relação de ajuda assume maior preponderância na área da saúde mental e psiquiatria onde as prioridades de ajuda parecem relegar para segundo plano as competências instrumentais e onde o sucesso das intervenções terapêuticas da enfermagem não depende apenas do seu desempenho, mas essencialmente, do aliado que é a pessoa que necessita de ajuda, no modo como participa e responde em todo o processo terapêutico. Tornou-se então fundamental que a pessoa que necessitava de ajuda desenvolvesse o seu auto-conhecimento, compreendesse a sua situação de saúde, acreditasse nas suas capacidades e potencialidades e se assumisse como protagonista do seu processo terapêutico, tornando-se assim todo o projeto de saúde num projeto em parceria, em que a relação de ajuda assentou numa interação funcional entre mim e a pessoa ajudada, existindo partilha de emoções, sentimentos, confidências e a expressão do sofrimento da pessoa.

Na relação de ajuda pretendi ser autêntico e congruente comigo próprio, assim como desenvolvi o auto-conhecimento, que possibilitou o auto-controlo das minhas emoções e sentimentos, de forma a conseguir trabalhar os sentimentos mais difíceis, sem fugir aos mesmos, nem contornando problemas particularmente difíceis de enfrentar. Phaneuf (2005) refere que não é simples explorar a relação de ajuda, para lá chegar são necessárias algumas condições prévias, que vão desde a presença e a vontade de não julgar até à escuta e à consideração positiva.

Neste sentido, a ajuda à pessoa com sintomatologia depressiva aconteceu quando foi possível comunicar com ela de forma empática, escutando-a e promovendo um equilíbrio dinâmico entre palavra, silêncio e expressões não verbais, incentivando-a a exprimir os seus sentimentos e manifestando o meu respeito por ela como um ser único, com dignidade e vontade de escolha, sendo congruente perante a mesma. Ao estar presente na interação de forma plena, pretendi transmitir disponibilidade para ajudar, de modo a que a pessoa se sentisse mais segura e aceite de forma incondicional, pois a vontade de não julgar estava presente nas minhas atitudes.

Aceitar a pessoa como ela é, utilizando a não diretividade da entrevista demonstrou vontade de não usar autoridade ou poder sobre a pessoa ajudada. A confiança nas potencialidades da pessoa para que autonomamente resolvesse os seus problemas esteve presente, independentemente do seu estado de saúde, aspecto físico, valores, carácter e conduta. Esta consideração positiva foi um estímulo que ajudou a pessoa a crescer e a demonstrar coragem para fazer face às dificuldades. Assim a centração na pessoa, no

que se refere às suas emoções, sentimentos, desejos, necessidades e reações aos problemas, surgiu em lugar de destaque, mais que prioritariamente o interesse com a doença.

A sinceridade, a simplicidade, a espontaneidade, a congruência, a introspecção, a humildade e a honestidade são comportamentos que favoreceram a expressão da autenticidade e que não inviabilizaram a comunicação de esperança. O Homem tem necessidade da esperança para viver, sendo nesta chama interior que a pessoa encontra energia para ultrapassar as dificuldades pelas quais está a passar, sentindo uma expectativa positiva relativamente ao seu tratamento e ao futuro, onde existe a possibilidade de melhorar. Quando não se consegue uma comunicação positiva e eficaz, em que as condições referidas anteriormente não estão presentes, então o risco da pessoa se fechar sobre si mesma é uma realidade, tornando-se menos comunicativa, colaborando menos no seu processo de saúde, perdendo a oportunidade de se tornar mais forte e eficiente perante novas transições e diferentes necessidades de adaptação.

## **4 – COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO**

Como anteriormente foi referido as pessoas com manifestações de sintomatologia depressiva beneficiam de uma variedade de intervenções de cariz psico-social e organizacional, que visam a melhoria da qualidade de vida, a promoção da adaptação o controlo de sintomas não apenas físicos mas também psicológicos e emocionais. Sendo a sintomatologia depressiva uma realidade atual com presença em todas as áreas da existência do Homem, a intervenção terapêutica também deverá ser o mais abrangente possível, de forma a promover um processo de transição saudável. A pessoa ao receber a ajuda que necessita, num determinado momento de ameaça ao seu processo de saúde, pode sair dessa experiência mais equipada e melhor preparada para a vida e com maior capacidade para enfrentar novas situações de stress, que inevitavelmente surgirão no seu caminho (Chalifour 2009).

As intervenções planeadas, propostas e realizadas tiveram como fundamento comum a necessidade de compreender as vivências da pessoa com sintomatologia depressiva e família, na aceitação e no estabelecimento de uma aliança terapêutica, na demonstração de interesse e disponibilidade pela pessoa, no suporte e na promoção da autoestima, na resolução conjunta de problemas e sobretudo na preservação da autonomia e promoção da independência.

A concretização das intervenções deu-se de forma individualizada, de acordo com a avaliação e momento evolutivo do processo terapêutico. Abordaram-se aspectos, relacionados com a situação de saúde, a sintomatologia depressiva e as alterações observadas ao nível das atividades e funções individuais. Como refere Chalifour (2009), as intervenções propostas não devem ser encaradas como uma sucessão de etapas a ultrapassar de modo linear, pois existem aspectos a considerar ao longo da intervenção, sendo que alguns destes estarão mais presentes em determinados momentos do processo, dependendo da sua evolução. Assim as intervenções planeadas e implementadas ao longo do ensino clínico não ocorreram de forma contínua e sem retrocesso, verificou-se por vezes a necessidade de reformular o processo até aí desencadeado.

O modelo de intervenção utilizado nas pessoas com sintomatologia depressiva constituiu-se a partir do próprio processo terapêutico, dos quais fazem parte a avaliação inicial, a intervenção terapêutica propriamente dita e o acompanhamento. O modo como

foram desenvolvidas as intervenções e acompanhadas as quatro pessoas ocorreu de forma progressiva, em que o objetivo central era ajudar a pessoa a perceber o seu processo de saúde atual e aprender a lidar com a sua condição. As alterações ao estilo de vida, a aquisição de habilidades para lidar com os problemas e o apoio emocional, permitiram à pessoa uma sensação de bem-estar e de confiança nas suas possibilidades que motivaram para o projeto de vida, como referem Phaneuf (2005) e Chalifour (2009).

Considerando também, que o estigma social surge invariavelmente associado à doença mental, pretendeu-se que a sua presença fosse minimizada de modo a não prejudicar o processo de cuidados implementado com cada pessoa. Tendo em atenção os projetos de saúde que a pessoa vive e tenta alcançar, de forma a promovê-los, procurando a prevenção da doença, a promoção dos processos de adaptação e/ou readaptação, a máxima independência na realização das atividades de vida diárias e o melhor nível de desempenho nas suas funções, a promoção do bem-estar definida pelo próprio, o acompanhamento e ajuda à sua experiência de saúde feita ao ritmo da própria e seguindo o percurso por ela traçado, numa perspectiva de parceria de cuidados onde a inter-relação enfermeiro/pessoa que necessita de ajuda teve lugar numa atmosfera de respeito mútuo, possibilitando o desenvolvimento do potencial da pessoa de forma a adquirir mecanismos de defesa para mais facilmente lidar com futuras ameaças à sua saúde.

O centro da ajuda terapêutica residiu no apoio à pessoa que necessita de ajuda através de intervenções centradas sobre a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a readaptação. A relação de confiança estabelecida e o modo como foram conduzidos todos os processos terapêuticos funcionou como alavanca aos mesmos, a responsabilização pelos próprios percursos terapêuticos foi utilizada de forma motivadora e os sucessos conseguidos foram atribuídos de forma positiva à pessoa.

As entrevistas realizadas assim como outras intervenções utilizadas permitiram criar um espaço privilegiado para promover mudanças de comportamento, expressão de sentimentos, promoção da autoestima, ensino e treino de técnicas de relaxamento assim como o desencadear processos de resolução de problemas sempre assentes na qualidade da relação que foi possível estabelecer com as pessoas e que se revestiu de significativa importância para todo o processo terapêutico, como refere Chalifour (2009), citando

Frankel, a qualidade da relação que se estabelece é um factor mais importante do que qualquer método ou técnica.

Com base nos indicadores estabelecidos e face à avaliação feita foram estruturadas intervenções e utilizados alguns instrumentos com vista a atingir o objetivo proposto.

#### **4.1 – A ENTREVISTA**

A entrevista constitui-se como um instrumento terapêutico eficaz para a qual é necessário possuir determinadas habilidades para pô-la em prática. A Entrevista de ajuda, trata-se de uma estratégia de comunicação profissional, verbal e não verbal, através da qual foi possível estabelecer um processo de suporte para a pessoa cuidada e/ou seus próximos com a finalidade de os ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e seu tratamento e às dificuldades existenciais que prejudicavam a sua adaptação à situação de vida. A mim coube-me assegurar a sua eficácia.

Este tipo de entrevista visa ajudar a pessoa a compreender a situação de saúde e aceitá-la com serenidade, tomar-se a cargo e tornar-se autónoma, quando isso é possível. A entrevista, em contexto de cuidados, é um encontro planeado entre duas pessoas. Neste encontro com a pessoa que necessita de ajuda deve existir uma aceitação mútua, respeito entre ambos, e deve ser desenvolvido o conhecimento de forma a ser estabelecida uma relação terapêutica, na qual deverão existir objetivos previamente delineados relativos à colheita de informação à transmissão de conselhos ou explicações, ao suporte psicológico e à resolução de problemas como refere Phaneuf, (2005). Também de acordo com a mesma autora as entrevistas devem de obedecer a algumas etapas:

Na **Fase de Preparação**, faz-se a preparação para interagir com a pessoa, define o tipo de entrevista a realizar, traça os objetivos a atingir e define os instrumentos que vai utilizar. Nesta preparação o enfermeiro deve consciencializar-se que na interação com a pessoa deve sentir-se bem consigo próprio e ter total disponibilidade para escutar e ajudar, só assim é possível estabelecer uma relação terapêutica.

O primeiro contacto ou **Fase de Orientação** é um momento muito importante dá-se o primeiro contacto com a pessoa e é feita a elucidação de papéis. Através de um cumprimento caloroso e da abertura para estabelecer a relação, mostra-se disponibilidade e interesse pela pessoa e solicita-se que partilhe os problemas que a

afectam. Inicia-se também a observação atenta da pessoa de forma a possibilitar um conhecimento mais profundo da mesma, esta observação deve ser isenta de pré conceitos de modo a não existirem juízos de valor que possam criar barreiras à relação.

Na **Fase de Exploração**, são utilizadas técnicas de comunicação ao nosso dispor de modo a recolher toda a informação que permita compreender as dificuldades da pessoa. A escuta atenta permite compreender as palavras e o comportamento da pessoa, as motivações e disponibilidade para se envolver no processo terapêutico, assim como as capacidades relacionais e de autocontrolo e o meio social e cultural. Nesta fase podem ser atingidos vários objetivos conforme se trate de uma entrevista de colheita de dados, ensino, ajuda ou resolução de conflitos, são também validadas e clarificadas todas as interpretações efetuadas de forma a evitar erros.

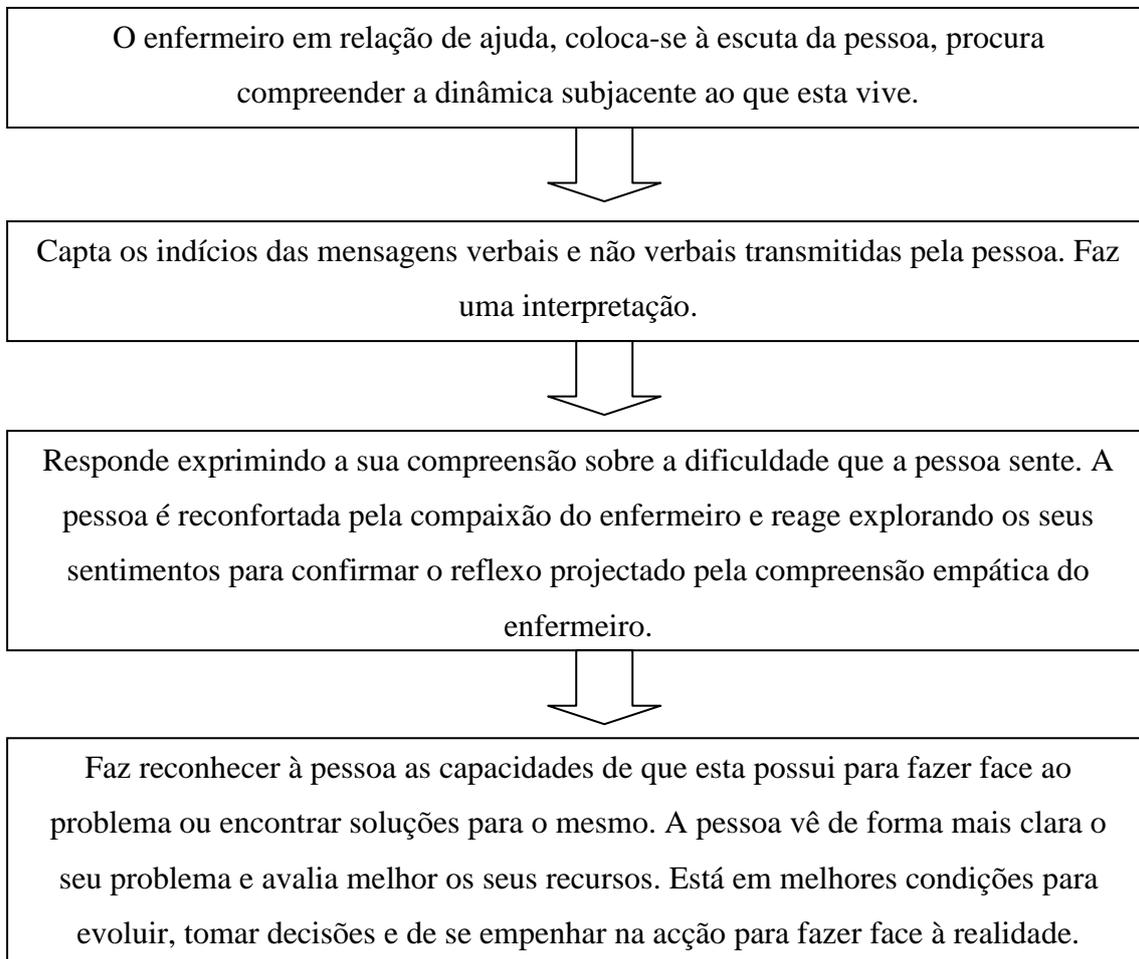
Por fim na **Fase de Conclusão ou Separação**, é feita uma síntese da entrevista, são lembrados os objetivos definidos. A preparação para o próximo encontro é feita nesta fase, com a definição de objetivos para o mesmo. A pessoa deve perceber a importância do momento de partilha ao ser demonstrada total disponibilidade para ajudar.

Sendo uma componente do processo de relação de ajuda em enfermagem, a entrevista pode assumir diferentes designações de acordo com o contexto e os objetivos que se pretendem atingir: são elas a entrevista de colheita de dados, de informação e ensino, de ajuda, de resolução de problemas e conflitos e a entrevista que é utilizada para assistir a pessoa em situação de crise (Phaneuf, 2005). Não raras vezes foi possível observar que algumas das designações apresentadas isoladamente acima surgiram associadas a um só momento de intervenção devendo-se este facto à visão holística que se detém sobre a pessoa e o seu processo de cuidados.

Na entrevista de ajuda pretendi criar um vínculo com a pessoa baseado no respeito e na compreensão, não centrando a atenção apenas no problema, mas sim na própria pessoa, com as suas próprias emoções, medos e inquietações. Visando criar um clima de ajuda à evolução, ou seja, uma melhor adaptação da pessoa à sua condição, motivando a confiança em si própria de forma a sentir necessidade em agir, promovendo a mudança de comportamentos que provocavam sofrimento, perspectivando um olhar positivo sobre o futuro.

A entrevista de ajuda é pois um processo evolutivo que vai da disponibilidade de escuta à melhoria do estado de saúde da pessoa, passando pela clarificação e validação das

percepções do enfermeiro, a reformulação das emoções e do vivido pela pessoa e a expressão da empatia pelo enfermeiro. É apresentada esquematicamente por Phaneuf (2005:298), da seguinte forma:



#### **4.2 – TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS**

Como vimos anteriormente, a relação de ajuda foi a base do processo metodológico utilizado em que a compreensão das dificuldades que a pessoa está a viver e a expressão de empatia constituíram-se como pontos fortes, mas estas pessoas que estão a viver processos depressivos procuram muitas vezes os cuidados de um profissional de saúde na esperança que este lhe indique o caminho para a resolução dos seus problemas. A técnica de resolução de problemas pode ser uma boa ferramenta nestas situações.

O processo de resolução de problemas não sendo específico do trabalho relacional do enfermeiro, pois todos nós, no nosso dia a dia, utilizamos este instrumento de forma

mais ou menos consciente para fazer face aos problemas que vão surgindo na nossa vida. No entanto e de acordo com Phaneuf (2005), a particularidade do processo de resolução de problemas no contexto da relação de ajuda é a sua utilização de forma mais reflectida e sistemática.

No trabalho desenvolvido com pessoas que experimentam problemas de saúde mental, como é o caso das pessoas que manifestam sintomatologia depressiva, observou-se que as mudanças muitas vezes necessárias no seu comportamento ou na tomada de decisões para o seu processo de saúde beneficiaram de um contributo importante que foi a utilização da técnica de resolução de problemas como referem Phaneuf, (2005) e Chalifour, (2009).

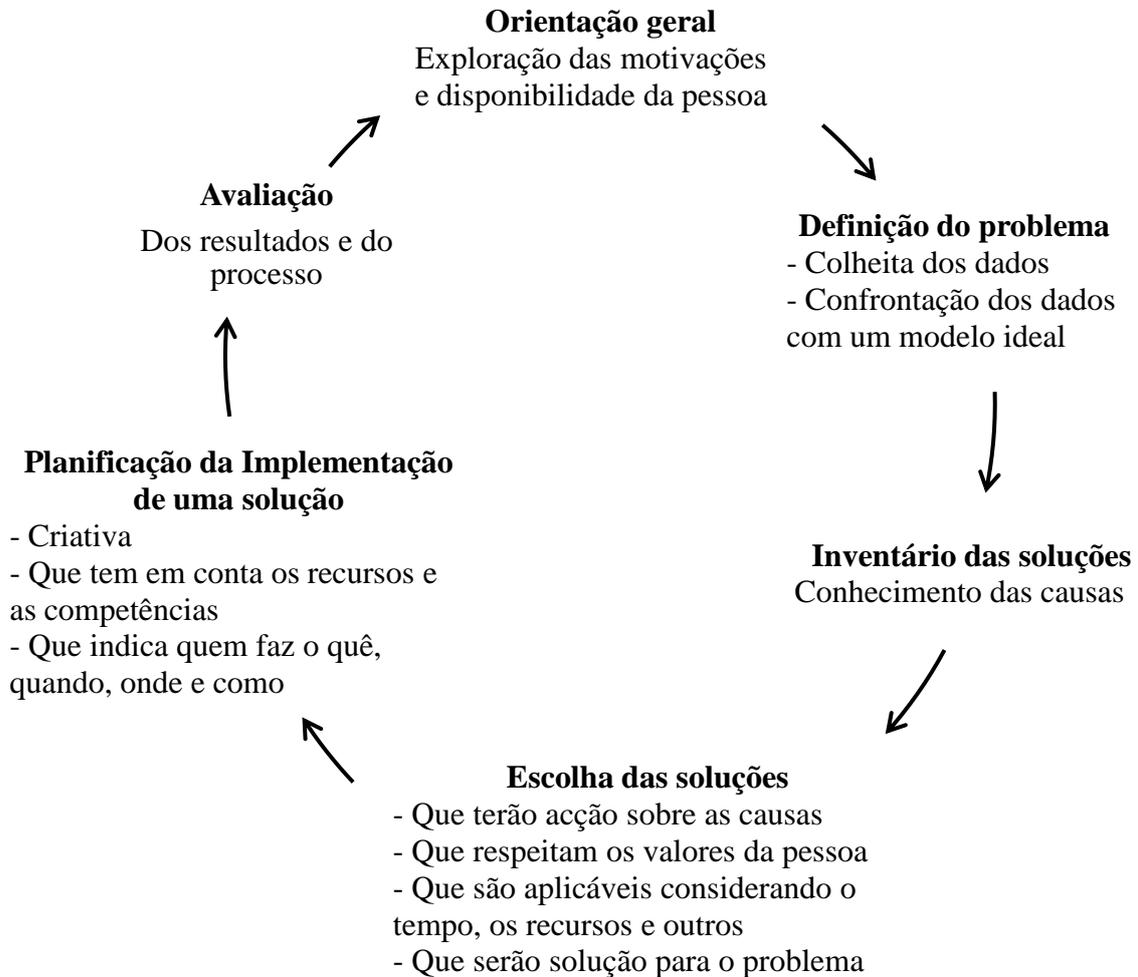
A técnica de resolução de problemas é no entanto um processo que implica uma mudança provocada e supervisionada, aceite desde o início pela pessoa. Ao ser adoptada, uma atitude direta em que a pessoa é convidada a participar ativamente no processo, devendo ter a consciência que algumas mudanças podem parecer rápidas, outras surgirão em que a pessoa sente muitas dificuldades em se envolver no processo de resolução do problema, pois este subsiste há muito, assim como, vários outros factores podem constituir obstáculo à resolução, como a ignorância, a ambivalência, o receio das consequências ou o medo de enfrentar a mudança como refere Phaneuf (2005). Foi então desempenhado um papel importante na relação com a pessoa que transportava consigo o peso de uma situação extremamente desgastante, ajudando não só na definição do problema mas também na forma do enfrentar, descobrindo meios para ultrapassar a situação de forma satisfatória e encontrando mecanismos para lidar com um novo processo de transição no futuro.

Chalifour (2009, p.127) refere que o processo de resolução de problemas visa os seguintes objetivos: ajudar a pessoa a formular os seus problemas e as fontes das suas dificuldades; ajudar a pessoa a reconhecer os recursos que possui para agir sobre as suas dificuldades; ensinar um método sistemático de resolução de problemas e assim favorecer a autonomia da pessoa para controlar os seus problemas; promover na pessoa o sentimento de controlo dos seus problemas e a sua auto-confiança e ajudar a pessoa a encontrar soluções que se lhe adaptem.

Para que os objetivos acima enumerados fossem atingidos foi necessário seguir um processo metódico de resolução de problema, susceptível de produzir uma solução

adaptada para o mesmo. Os autores consultados (D`Zurilla & Goldfried, 1971; Phaneuf, 2005; Chalifour; 2009) descrevem o processo de resolução de problemas de forma semelhante, dividido em etapas ao longo das quais se tenta encontrar uma solução para o problema.

Figura 6 - “As etapas do processo de resolução de problemas”



Fonte: Chalifour 2009

Phaneuf (2005, p.468) propõe cinco etapas para o processo de resolução de problema. A estas cinco etapas, Chalifour (2009) acrescenta uma sexta etapa (fig. 5) que precede às anteriores cinco, designada de orientação geral, onde são exploradas as motivações e a disponibilidade da pessoa para o processo. Nesta fase é fundamental estar atento às atitudes e aos comportamentos da pessoa, pois existem fortes possibilidades de serem cometidos erros que agravem o problema, tais como, não intervir quando é necessário, intervir quando não o deve fazer ou intervir de modo inapropriado.

Este processo assim descrito parece linear, mas na prática a sua implementação foi muito mais circular e metódica. De acordo com Chalifour (2009) e outros autores consultados, as várias etapas ligam-se, influenciando-se mutuamente, exigindo que o enfermeiro seja dinâmico no decorrer das suas intervenções que acontecem no contexto de uma relação que deverá ser também ela dinâmica.

No contexto da intervenção especializada de enfermagem em psiquiatria e saúde mental, o processo de resolução de problemas permite encontrar respostas para um problema, assim como deve possibilitar a aquisição desta metodologia por parte da pessoa de modo a utilizá-la autonomamente noutras situações da sua vida. Ao encontrar uma solução para o problema, a pessoa pode ver aumentada a sua autoestima, a autoconfiança e a esperança de que a sua situação pode melhorar.

#### **4.3 - RELAXAMENTO**

Na atualidade, as dificuldades económicas, a precariedade social e a insegurança são ameaças sólidas ao projeto de sobrevivência da pessoa. Para o cérebro, tanto a ansiedade, como fonte imaginária ou de antecipação, assim como a ameaça real, são interpretadas de forma idêntica e provocam as mesmas respostas neurofisiológicas para fazer face ao perigo. A ansiedade representa o perigo de algo desconhecido, muitas vezes mais forte que a ameaça real e objectiva, porque, por definição a ameaça na ansiedade não é facilmente percebida pela pessoa manifestando-se habitualmente de forma imprevisível. Perante situações de stress ou ameaça, o corpo responde com tensão muscular a pensamentos e a condições externas percebidas como potencial risco causando ansiedade, insónia, fadiga, dores localizadas (nas costas, pescoço, cabeça...) e depressão.

Utilizado para promover o equilíbrio, o relaxamento visa modificações e adaptações profiláticas, terapêuticas e reeducativas do tonus muscular e da tensão psíquica. Existem várias técnicas de relaxamento, não sendo possível afirmar que existe um procedimento ideal para todos, assim como um só, poderá não ser o ideal para a mesma pessoa em todas as situações. No relaxamento é fundamental a escolha dos exercícios aos quais a pessoa melhor se adapte, tendo em conta o seu estado físico e mental, para assim tirar o melhor partido dos mesmos. De acordo com Lipp (2008) as pessoas com sintomatologia relacionada com depressão podem beneficiar das técnicas de relaxamento muscular ou

técnicas de respiração. Pode também ser benéfico a utilização de mais do que uma técnica, dependendo do efeito que se pretende obter, ou seja, um relaxamento mais profundo pode beneficiar um sono mais tranquilo e reparador. Porém não faz sentido ser utilizado quando a pessoa necessita de estar calmo mas desperto, como por exemplo numa reunião ou conferência, sendo que nestes casos os exercícios respiratórios são mais indicados.

Previamente à realização e treino de uma técnica de relaxamento a pessoa deverá ser informada que no início do processo é possível não conseguir relaxar totalmente, mas com a prática continuada conseguirá atingir a calma, a descontração e a tranquilidade. Segundo Lipp (2008) todas as pessoas podem aprender a relaxar, contribuindo assim para a prevenção ou recuperação de problemas como os referidos atrás. Para que as técnicas de relaxamento resultem é necessário treino.

#### 4.3.1 - RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Uma correcta respiração é um bom antídoto contra a ansiedade e o stresse (Davis, Eshelman & McKay, 1996; Lipp, 2008). Quando a pessoa não respira corretamente o sangue não é devidamente oxigenado, a digestão é prejudicada, outras estruturas e órgãos vitais não afectados negativamente, surgindo então fadiga, ansiedade, depressão e situações de stress muito mais difíceis de serem enfrentadas. Assim é possível observar que o estado emocional em que a pessoa se encontra tende a alterar a respiração, mas o contrario também é possível, ou seja, é possível recuperar o equilíbrio emocional através do controlo consciente e voluntário da respiração.

Através da técnica respiratória é possível contribuir para a manutenção do repouso dos centros de controlo cortico-subcortical, e assim, das funções vegetativas e sedação geral do sistema nervoso. A movimentação ativa do diafragma, negligenciada habitualmente, para além de permitir uma maior e mais completa amplitude respiratória vital, com a expansão e contração abdominal nas fases inspiratória e expiratória, favorece também o relaxamento e a tranquilidade (Moura, 2009).

A diminuição da hiperventilação promove a consequente redução da frequência respiratória, sendo este o principal objetivo da respiração diafragmática que visa interromper os ciclos de respiração curta e rápida, características da hiperventilação, e

promover uma respiração mais profunda, lenta e ritmada, fornecendo um maior aporte de oxigénio a todo o organismo.

A respiração diafragmática como técnica de relaxamento tem a vantagem de ser constituída por exercícios de fácil aprendizagem em que a pessoa é o único meio necessário à realização da mesma, pode ser executada em qualquer lugar, várias vezes por dia, sendo a sua ação rápida, apresentando bons resultados imediatos. Tem um efeito de acalmar e tranquilizar em situações de tensão e pânico (Lipp, 2008). Os movimentos do diafragma provocados por correctas expirações e inspirações e a concentração da pessoa nos mesmos pode por si só ser um factor tranquilizador relativamente a um estímulo interno ou externo gerador de stress. O treino da respiração eficiente é então essencial para uma boa saúde física e mental.

#### 4.3.2 – TREINO AUTÓGENO

O Treino Autógeno é um programa sistemático que tem como objetivo ensinar o corpo e a mente a responderem de forma rápida e eficaz às ordens verbais para relaxar e regressar a um estado de equilíbrio (Davis et al. 1996; Yurdakul et al. 2009). Tem como objetivo normalizar os processos físicos, mentais e emocionais que se encontram em desequilíbrio e centra-se na sensação de peso e calor. O primeiro exercício permite o relaxamento muscular dos braços e das pernas. A sensação de peso que é sugerida promove o relaxamento dos músculos estriados do corpo. O segundo exercício estimula a vasodilatação periférica, os músculos lisos que controlam o diâmetro dos vasos sanguíneos relaxam, pela sugestão de calor, permitindo um maior afluxo de sangue para os membros, ajudando a diminuir o sangue no tronco e cabeça, uma característica da reação a lutar ou fugir perante uma ameaça (Davis et al. 1996; Lipp, 2008; Moura, 2009). Com o terceiro exercício pretende-se a normalização da atividade cardíaca, utilizando por exemplo a frase “os meus batimentos cardíacos estão tranquilos”. O quarto exercício pretende regular o sistema respiratório, verbalizando a formula “o ar entra facilmente em mim”. O quinto exercício relaxa e aquece a região abdominal quando é verbalizada a frase “o meu abdómen está quente”. Com o sexto, e último exercício, pretende-se promover a redução do fluxo sanguíneo para a cabeça, enquanto é referida a frase “a minha testa está fria”, podendo levar à redução da frequência de dores de cabeça e conseqüente redução no consumo de analgésicos (Davis et al. 1996; Zsombok et al. 2003).

Considerado como eficaz na redução da ansiedade generalizada, irritabilidade e fadiga, pode ainda ser utilizado para modificar a reação à dor, reduzir o stress e reduzir ou eliminar distúrbios do sono, proporcionando maior bem-estar e uma maior capacidade de enfrentamento relativamente a pensamentos habitualmente geradores de preocupação e ansiedade como referem Davis et al. (1996); Stetter et al. (2002); Yurdakul et al. (2009).

Na aprendizagem do treino autógeno o ritmo deve ser lento, embora constante, de modo a que a pessoa experimente de forma positiva os efeitos do mesmo nos vários exercícios propostos. Em cada sessão era introduzido e ensinado um novo exercício e a pessoa era estimulada a praticar diariamente a sequência de exercícios até ai ensinada. Após apreendida a sequência dos seis exercícios propostos inicialmente foi ainda possível, relativamente a uma utente, adicionar novos exercícios adaptados individualmente, baseados em afirmações positivas, por exemplo “Eu estou calma e confiante” e ainda dirigidos a queixas somáticas como por exemplo “A minha coluna está quente”.

A prática regular dos exercícios aprendidos e a possibilidade da sua adaptação individualizada mostram mudanças positivas na redução de sintomas depressivos assim como a calma auto-induzida, quer física quer mentalmente, pode ajudar à clareza de pensamento sobre os problemas e novos insights como referem Yurdakul et al. (2009).

## **5 – RESULTADOS**

Os instrumentos de avaliação apresentados, neste relatório, têm como função monitorizar o processo de avaliação diagnóstico e de modo a avaliar o sucesso das intervenções. A identificação de novas necessidades terapêuticas pode dar origem a intervenções mais ajustadas e orientadas em relação aos resultados esperados, como refere Ribeiro, (2007).

De acordo com Abreu (2008) utilizar um *inventário*, inevitavelmente incompleto, de descrições que possam exemplificar os fenómenos apontados, torna possível a comparação com casos ou situações observadas. As ideias do autor fundamentam-se na análise fenomenológica compreensiva, assim como se baseiam em largos anos de experiência psiquiátrica, incluindo a observação de doentes e resultados terapêuticos, intensa reflexão, investigação, estudo e ensino que o ajudaram a si e aqueles que ensinou, a ordenar e simplificar o *mundo caótico* das perturbações psicopatológicas observadas.

A escolha de indicadores de resultados é importante e tem como objetivo ajudar a determinar o estado da pessoa para um determinado resultado. Segundo Johnson et al. (2004), os indicadores que podem ser considerados como resultados mais específicos, úteis na determinação e avaliação dos resultados esperados, são menos abstratos que os resultados podendo em determinadas situações funcionar como resultados intermédios.

A origem dos dados para o preenchimento dos indicadores variou de acordo com as necessidades de informação, assim estes foram obtidos através da consulta do processo clínico, outros resultaram da observação e interação com a pessoa e por último existiu também a necessidade de solicitar à pessoa informação sobre a sua percepção acerca de determinado aspecto. Para além dos registos efetuados após cada intervenção, surgiu a questão sobre qual o momento mais adequado para o preenchimento das grelhas de indicadores, uma vez que os vários resultados respondem de forma diferente às intervenções. Assim, no início do ensino clínico, optou-se por fazer a avaliação dos resultados em quatro momentos diferentes, sendo que um deles coincidiria necessariamente com a primeira entrevista de avaliação diagnóstica e um outro com a última intervenção realizada no decorrer do ensino clínico.

De acordo com Johnson et al. (2004), existe uma preocupação visível na utilização deste tipo de instrumentos que se prende com a subjetividade dos mesmos. Os indicadores

que foram criados para auxiliar na avaliação do estado de saúde da pessoa não eliminaram a necessidade de um julgamento. O enfermeiro tem a necessidade de fazer, de acordo com a sua formação, um juízo sobre o estado da pessoa para assim dar resposta aos indicadores e por sua vez perceber os resultados alcançados.

Para melhor perceber a forma como foram preenchidos os vários indicadores de resultado referentes a cada uma das pessoas, optou-se por dois tipos de ação. Por um lado os indicadores foram anotados de forma descritiva com base nos registos efetuados ao longo do ensino clínico (anexos 3,4,5,6), por outro lado, ao conteúdo transcrito corresponde um valor de 1 a 5, em que 1 corresponde ao nível menos desejado, extremamente comprometido e 5 corresponde ao nível mais desejado, não comprometido (anexo 2).

Com base nestas tabelas foi então possível elaborar gráficos onde é visível a variação dos indicadores referentes a cada um dos resultados, podendo assim, se necessário, proceder às inevitáveis alterações ou correções nas intervenções até ai efetuadas.

## **5.1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Como já foi referido anteriormente foram utilizadas algumas tabelas, ainda que de forma adaptada, descritas e recomendadas por Johnson et al. (2004). Foram ainda elaboradas três outras tabelas referentes a Percepção de Si, Consciência e Pensamento com base na psicopatologia compreensiva de Abreu (2009). A apresentação dos resultados é efetuada tendo como ponto de partida as dificuldades, alvo da minha intervenção, identificadas nas pessoas, a sua ordem não depende da avaliação específica de cada uma, mas sim de uma sequência por mim definida após a análise das entrevistas diagnósticas.

Foram seguidas em processo terapêutico quatro pessoas, três mulheres e um homem com idades compreendidas entre os 48 e os 56 anos, que tinham em comum o facto da ocorrência de pelo menos um episódio de internamento e/ou entrada no serviço de urgência em situação de crise relacionada com sintomatologia depressiva no ultimo ano. Os resultados avaliados foram: percepção de si, consciência, pensamento, sono, autoestima, desempenho de papel, controlo de ansiedade e ideação suicida.

### 5.1.1 – PERCEÇÃO DE SI

Abreu (2009) refere que a maioria dos elementos observados ajuda na elaboração de um primeiro diagnóstico do perimundo e das vivências interiores da pessoa. Esta observação tem como finalidade captar o modo como a pessoa vivencia as coisas, a sua perspectiva sobre o que a rodeia, não pretendendo contudo dar definições às suas experiências. O mesmo autor considera que a maioria dos dados observados é significativa e, como tal, compreensível através da utilização da compreensão estática.

Gráfico 1 – Evolução do resultado percepção de si em U1

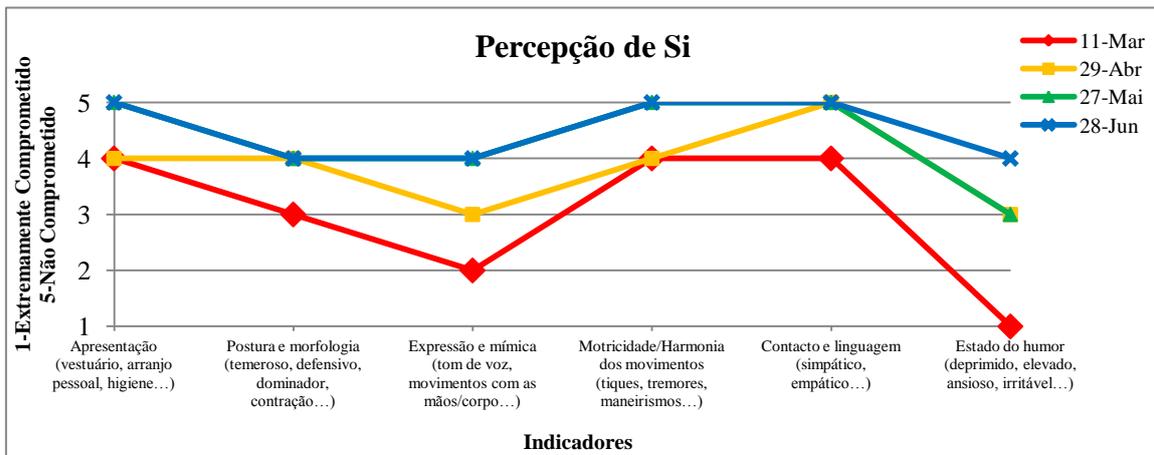
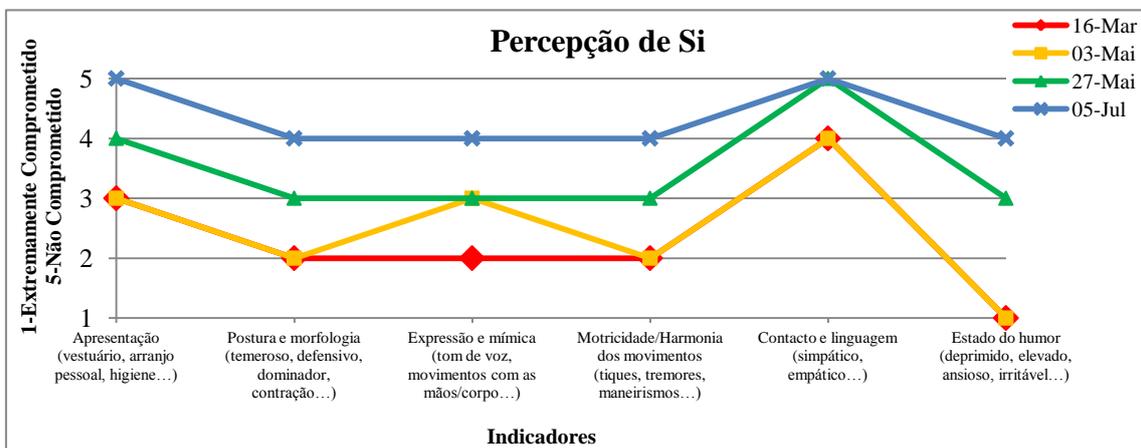


Gráfico 2 – Evolução do resultado percepção de si em U2



Ao se distinguir os elementos expressivos da pura representação e da comunicação intencional, são atribuídos significados, estes ajudam na elaboração dos primeiros diagnósticos relativamente ao perimundo e às vivências interiores da pessoa. Deve-se dar especial atenção também aos elementos aparentemente incompreensíveis, na tentativa de compreender eventuais distorções que se colocam face aos significados da expressa e comunicação (Abreu, 2009).

Gráfico 3 – Evolução do resultado percepção de si em U3

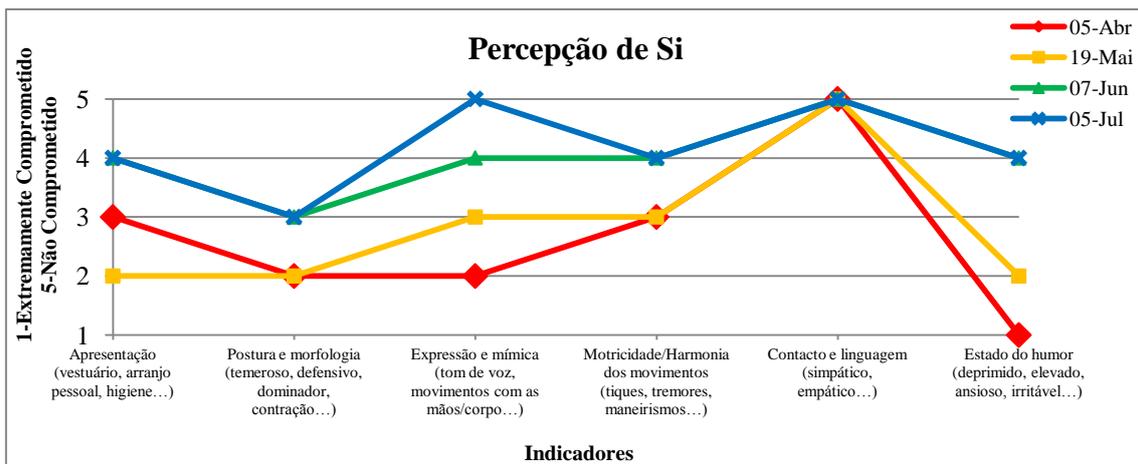
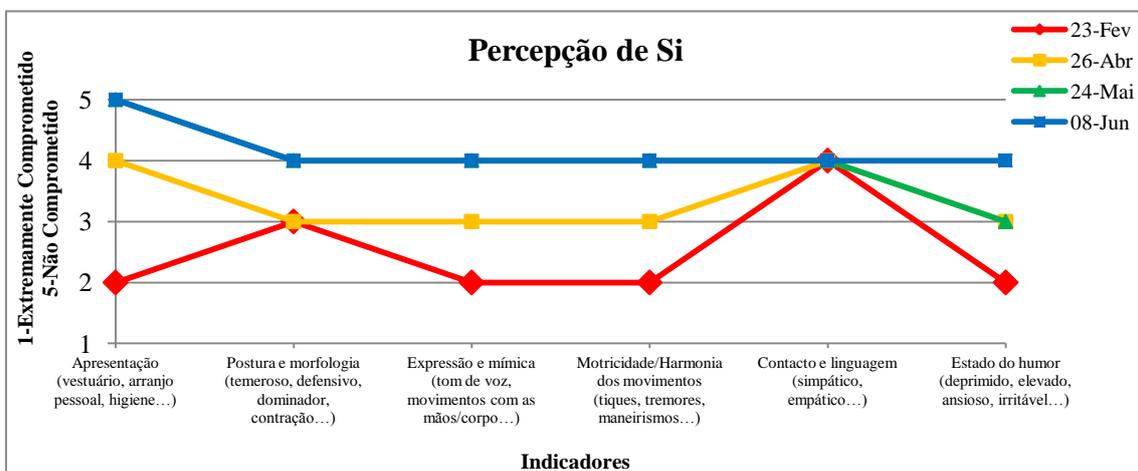


Gráfico 4 – Evolução do resultado percepção de si em U4



Foi possível observar, no início, que os indicadores apresentação, postura e morfologia, expressão e mímica, harmonia de movimento e estado do humor eram os que apresentavam nos quatro utentes um maior nível de comprometimento, variando entre o extremamente comprometido e o moderadamente comprometido. Apresentando variações positivas ao longo do processo de intervenção, observando-se na última reavaliação do processo diagnóstico que o nível mais notado era o levemente comprometido e dois dos indicadores, apresentação e contacto e linguagem, foram avaliados como não comprometidos em três utentes.

### 5.1.2 – CONSCIÊNCIA

A consciência humana é a auto-consciência, a consciência de se ter consciência (Abreu, 2009). Ou seja, a consciência da própria consciência, que distingue o Homem dos animais, e enquanto qualidade reflexiva permite à consciência transcender-se e ver-se de fora, como se de um objeto se tratasse. A consciência tem assim a ver com a consciência de si, e por extensão com a consciência do corpo que coloca por vezes problemas psicopatológicos específicos. Abreu (2009, p. 76) refere que, em termos psicopatológicos, não se pode dizer que a pessoa é ou não consciente, mas sim que está ou não consciente.

Gráfico 5 – Evolução do resultado consciência em U1

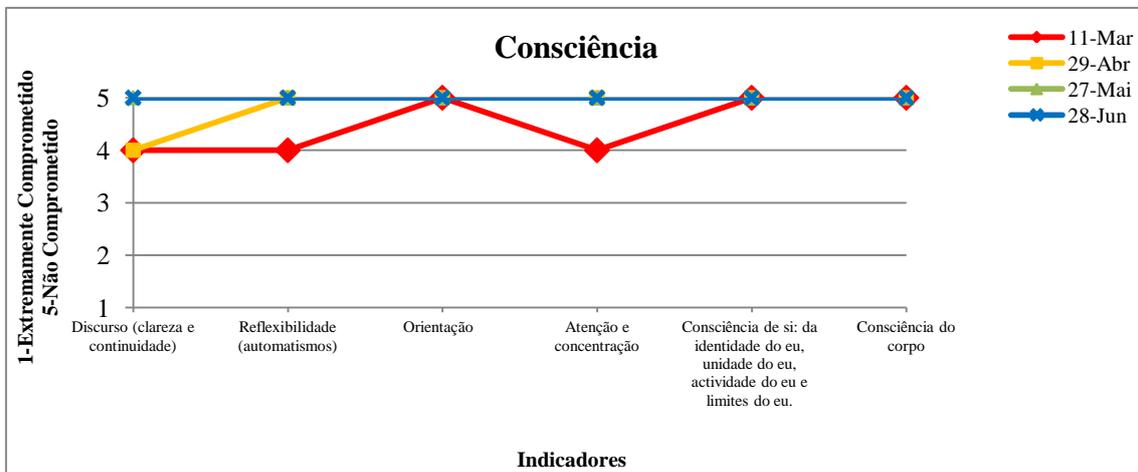
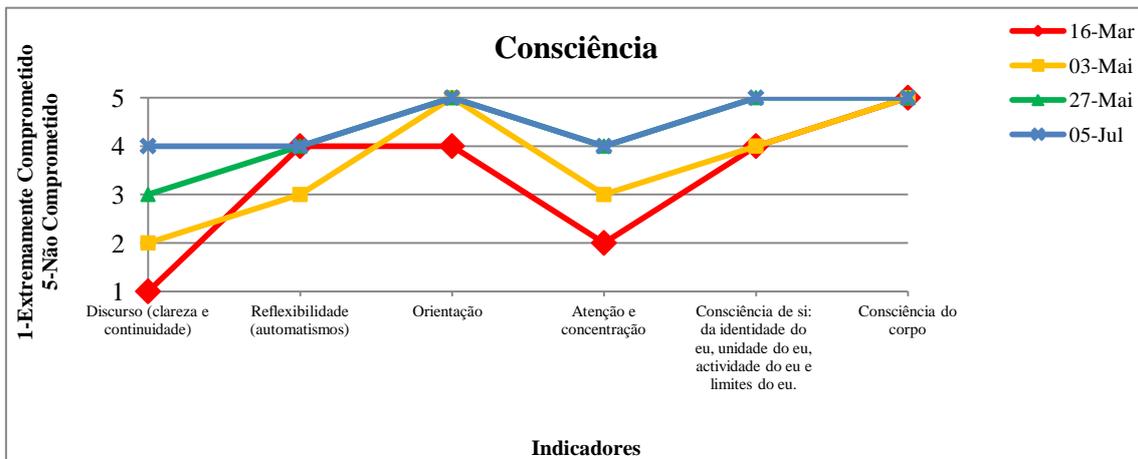


Gráfico 6 – Evolução do resultado consciência em U2



No dia a dia o Homem confia-se a automatismos ou é mesmo determinado por comportamentos automáticos de que nem sempre, ou apenas de modo fugaz, tem consciência. Ao serem trabalhados, estes dados e/ou automatismos podem tornar-se conscientes (Abreu, 2009). Para que isto aconteça é necessário parar, pensar e refletir sobre eles. É por isso que a verdadeira consciência é sempre a consciência reflectida, surgindo por vezes a necessidade de ajuda especializada para se atingir este desiderato.

Gráfico 7 – Evolução do resultado consciência em U3

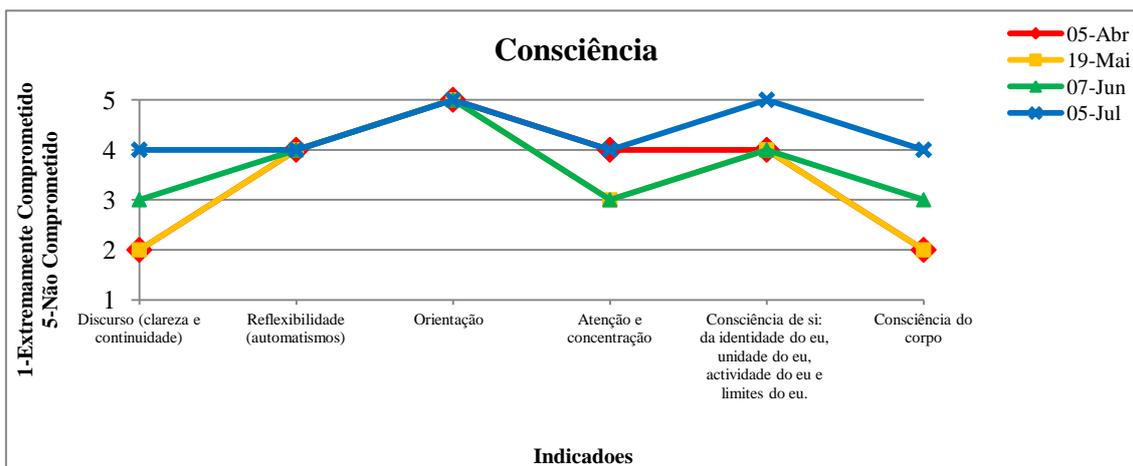
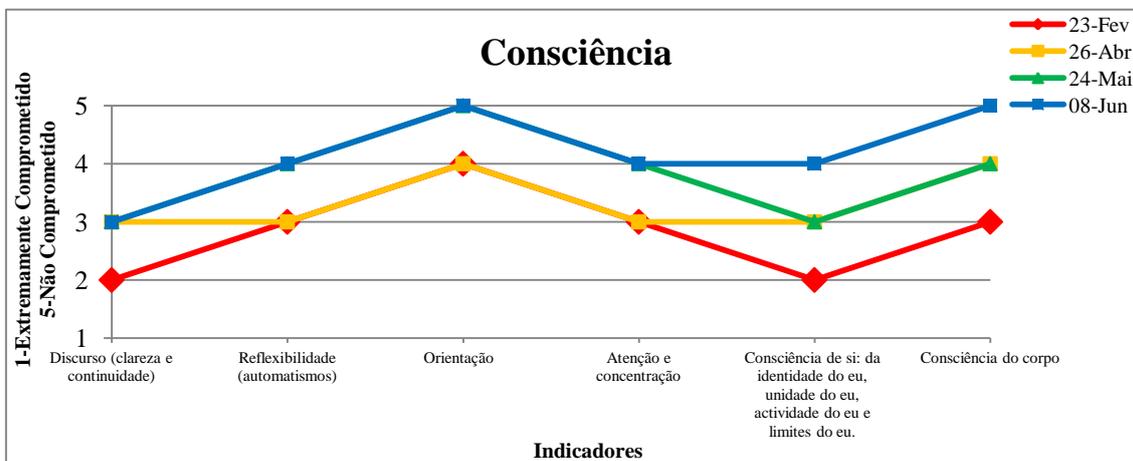


Gráfico 8 – Evolução do resultado consciência em U4



O indicador discurso foi o que apresentou o menor nível em três utentes, variando entre extremamente comprometido e substancialmente comprometido, no que diz respeito à primeira avaliação. A atenção e concentração e a consciência de si apresentaram também, isoladamente, níveis baixos (substancialmente comprometido), cada uma num utente distinto. De salientar que U1 apresentou inicialmente níveis elevados em todos os indicadores, levemente comprometido a não comprometido. Esta mesma utente na

última avaliação apresentou nível não comprometido em todos os indicadores. Os outros três utentes tiveram uma evolução positiva na avaliação dos indicadores, com uma avaliação final a situar-se entre o nível levemente comprometido e não comprometido.

### 5.1.3 – PENSAMENTO

Antecipar as ocorrências é tornar o mundo previsível. Como refere Abreu (2009, p. 132) “*pensar é prever*”. Daqui depende a sobrevivência do Homem, que necessita de encontrar abrigo e alimentação, de se defender das ameaças e de adaptar o mundo à sua maneira de viver. Pensar é portanto antecipar os acontecimentos significativos do mundo, principalmente os encontros com as coisas de que necessitamos para sobreviver.

Gráfico 9 – Evolução do resultado pensamento em U1

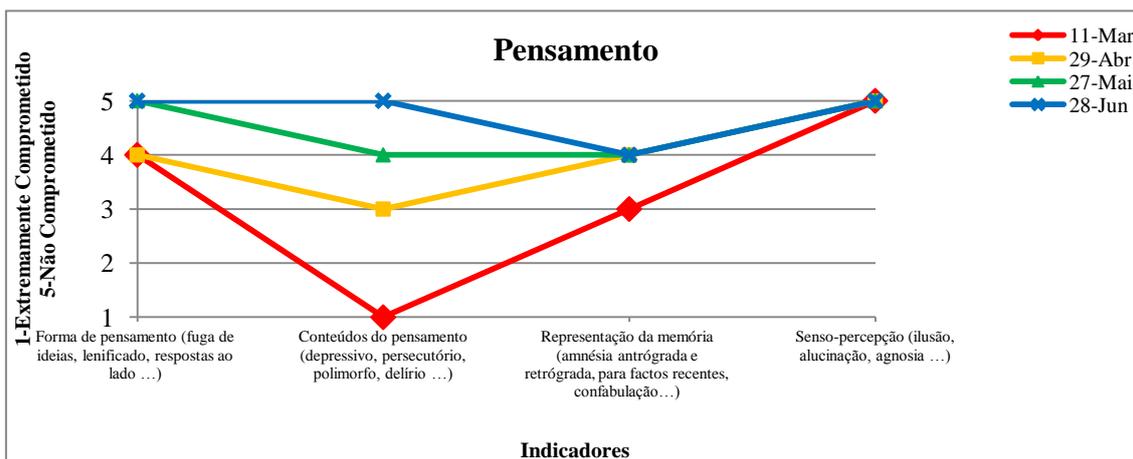
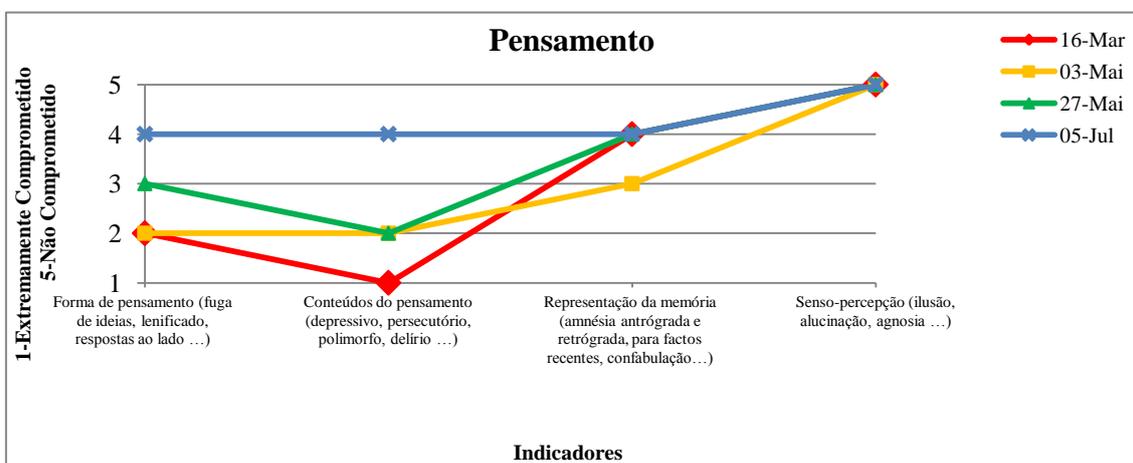


Gráfico 10 – Evolução do resultado pensamento em U2



O Homem ao colher elementos do mundo e com eles construir modelos que o simulem poderá orientar os seus comportamentos e tomar atitudes adaptativas antes que o imprevisível ocorra (Abreu, 2009). Pensar é então construir modelos da realidade e simular o seu funcionamento, contribuindo para o processo de saúde individual de modo a estar preparado para simular previamente os problemas e assim enfrenta-los de forma “saudável”.

Gráfico 11 – Evolução do resultado pensamento em U3

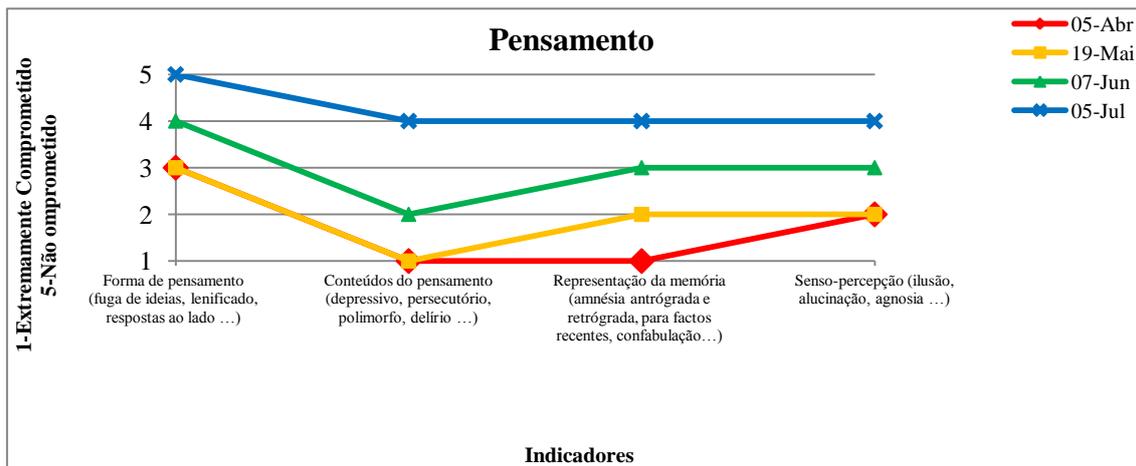
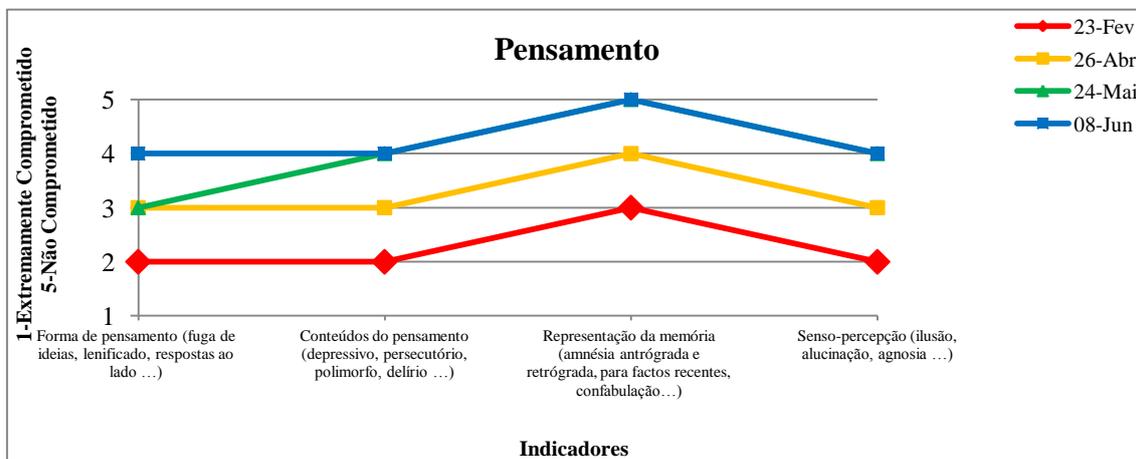


Gráfico 12 – Evolução do resultado pensamento em U4



Três dos quatro utentes apresentaram, na primeira avaliação, o indicador conteúdos do pensamento no nível, extremamente comprometido. Para esta avaliação contribuiu principalmente o conteúdo do pensamento depressivo. Ao longo do processo de intervenção verificou-se uma evolução muito positiva deste resultado, tal como em todos os outros indicadores, observando-se na avaliação final, níveis entre o levemente comprometido e não comprometido.

### 5.1.4 – SONO

O sono é uma função essencial ao bem-estar do dia a dia, tanto físico como psíquico. Se não dormimos bem ficamos cansados, irritáveis, incapazes de executar tarefas mais complicadas, e temos muitas vezes uma grande necessidade de dormir sem o conseguir. Isto quer dizer que o organismo tende a repor o sono em falta, mas as compensações nunca são perfeitas. Por outro lado também a perturbação do eixo I ou II (depressão major, ansiedade generalizada) podem estar relacionadas com a insónia (DSM IV, 2011).

Gráfico 13 – Evolução do resultado sono em U1

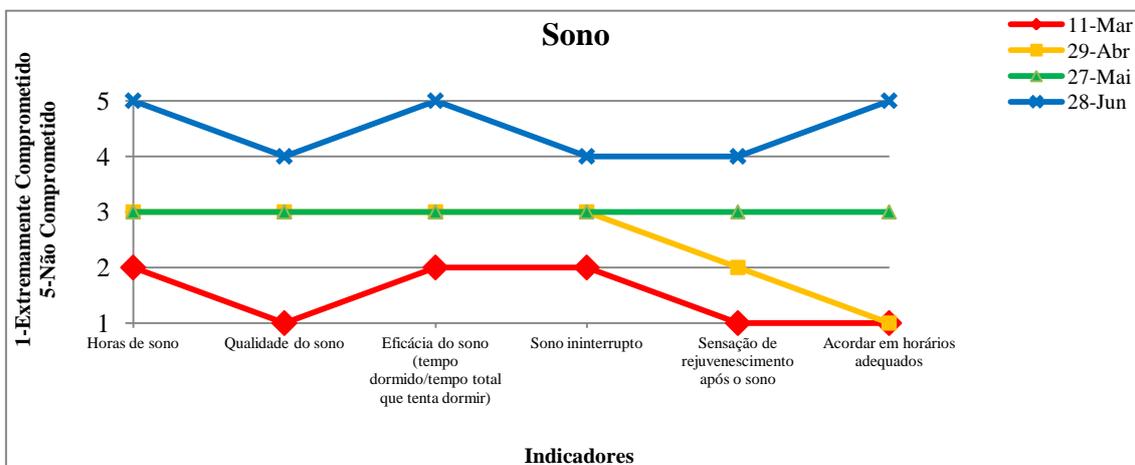
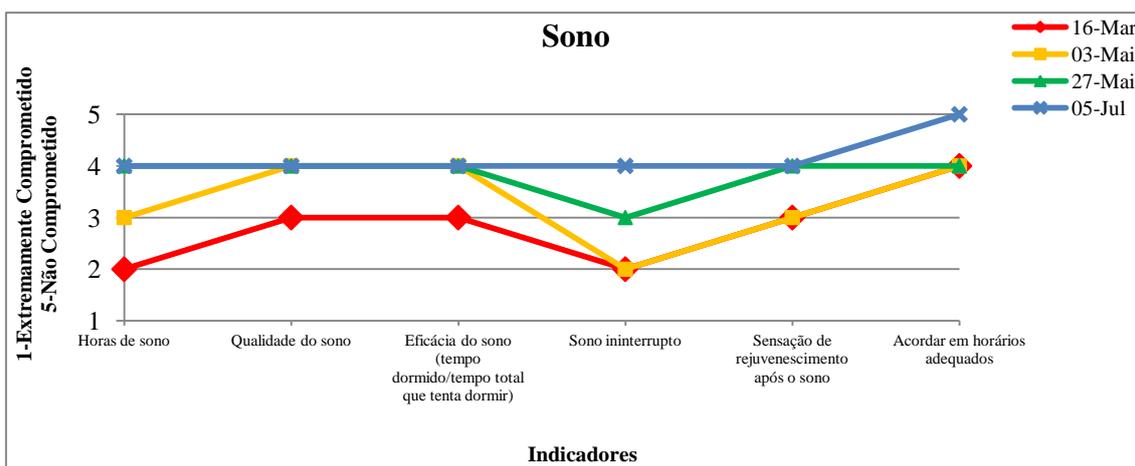


Gráfico 14 – Evolução do resultado sono em U2



De acordo com o ICN (2005) a depressão surge como uma emoção com as características específicas, causando insónia, para além de outros sintomas. Tornando por isso importante avaliar o sono na sua globalidade nos diferentes utentes. Pode

observar-se que os vários indicadores apresentam numa avaliação inicial com níveis baixos, apresentando uma evolução muito favorável ao longo de todo o processo culminando com níveis entre o levemente e o não comprometido.

Gráfico 15 – Evolução do resultado sono em U3

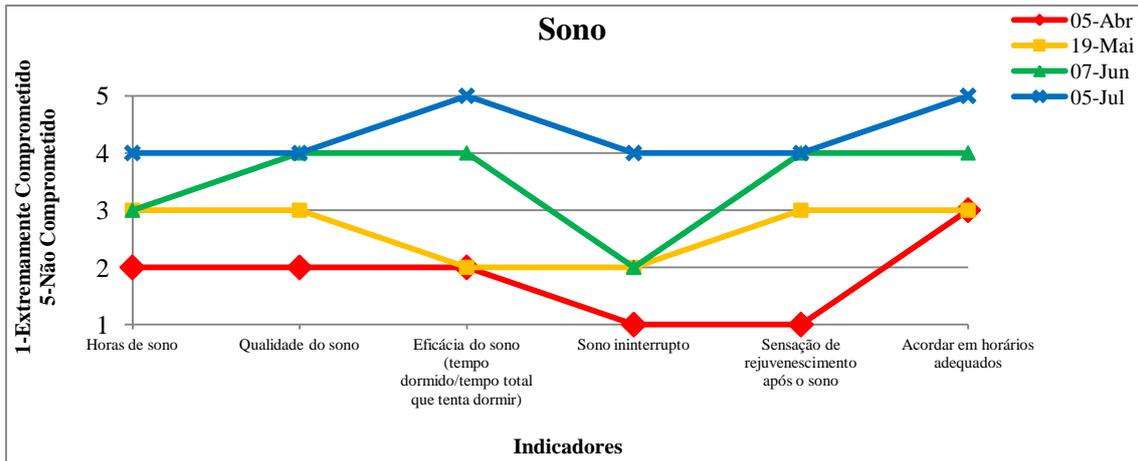
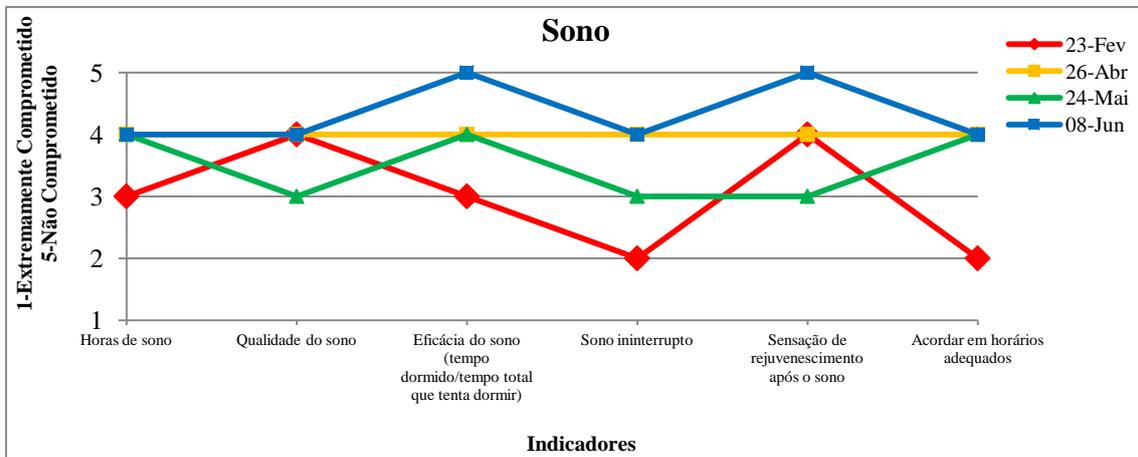


Gráfico 16 – Evolução do resultado sono em U4



Na primeira avaliação foi possível ouvir os utentes verbalizarem frases como: “*Não consigo dormir a partir das 3/4 horas ... e de manhã não me consigo levantar...*” (U1) ou “*Como os medicamentos para dormir até consigo adormecer mas depois acordo durante a noite e passo o tempo às voltas na cama ... não deixo a minha companheira descansar*” (U2). Por sua vez U4 relacionava os seus problemas de sono com o facto de estar preocupada com o estado de saúde do companheiro, acordando várias vezes

durante a noite para se certificar que estava tudo bem com o mesmo, não utilizava estratégias para descansar em outros horários, por exemplo.

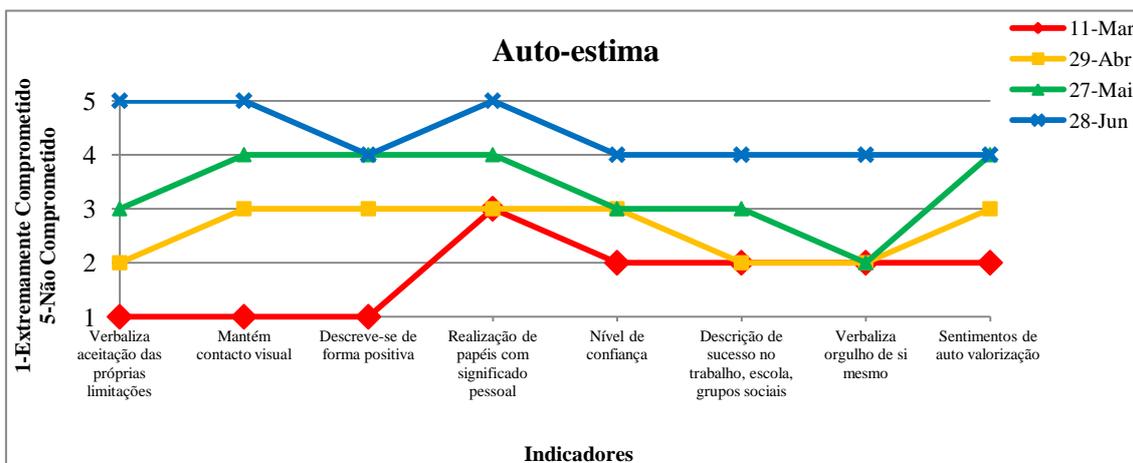
A evolução positiva dos resultados surgiu associada a uma gestão eficaz da medicação, associada ao ensino de medidas de higiene do sono e nos utentes U1 e U2 à utilização de técnicas de relaxamento. Também a evolução positiva dos indicadores referentes aos resultados autoestima e controlo da ansiedade podem explicar um melhor resultado referente a sono.

*“Com as indicações que o Sr. Enfermeiro me deu passei a dormir melhor ... acordo com melhor disposição para realizar algumas atividades. Como estou mais ocupada ao longo do dia, na hora de dormir ... por vezes não sinto a necessidade de tomar o indutor do sono...” (U1)*

### 5.1.5– AUTOESTIMA

Autoestima é a autoimagem com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, assim como da crítica construtiva (ICN, 2005).

Gráfico 17 – Evolução do resultado autoestima em U1



Na avaliação inicial foi possível observar a não aceitação de limitações em frases como: “Não me conformo por não conseguir fazer atividades que anteriormente desempenhava sem dificuldade (U1); “Sou um fracasso...esqueço-me facilmente das coisas e isso prejudica-me no trabalho” (U2). Ou a auto descrição de forma muito negativa: “Em mim tudo é preto ... não consigo vislumbrar outra cor em qualquer parte de mim ou naquilo que faço” (U3).

Gráfico 18 – Evolução do resultado autoestima em U2

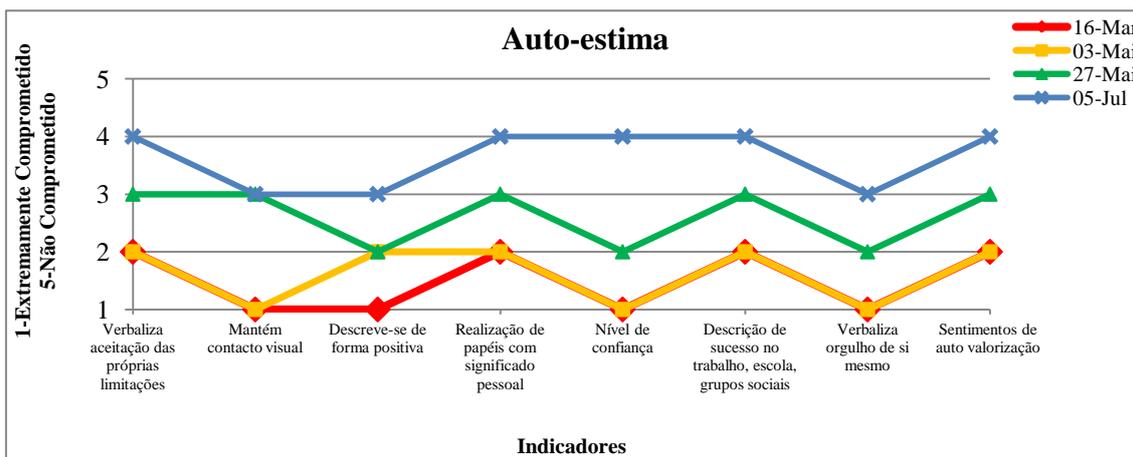
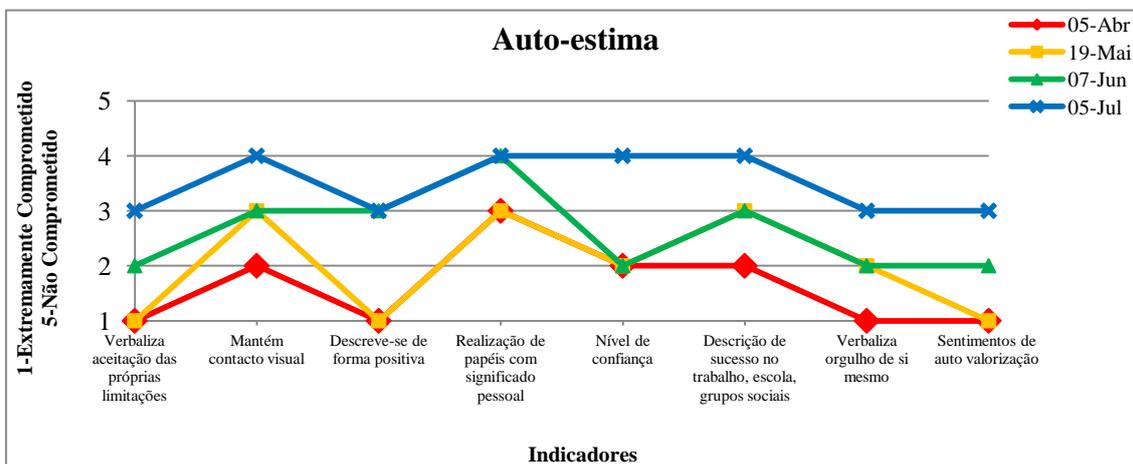
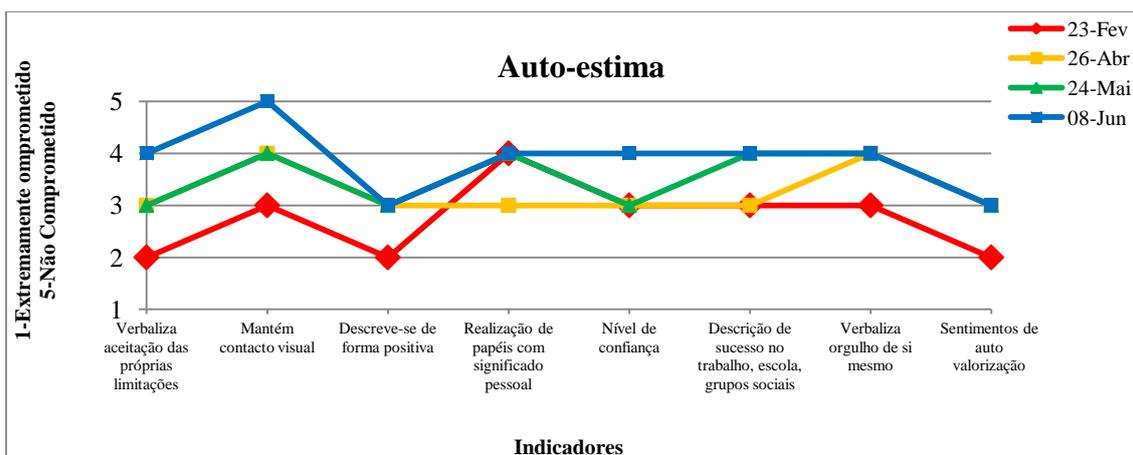


Gráfico 19 – Evolução do resultado autoestima em U3



Pode observar-se que ao longo do processo de reavaliação diagnóstica todos os indicadores registaram evoluções muito positivas, passando de extremamente e substancialmente comprometidos para levemente comprometidos na generalidade.

Gráfico 20 – Evolução do resultado autoestima em U4



*“Neste momento sinto como muito importante os cuidados que presto ao meu companheiro... quero entrar para a escola este ano, nas novas oportunidades...” (U4)*

*“Sinto maior confiança ... estou a fazer umas sobremesas para vender para fora ... dá pouco dinheiro, mas sempre é uma ajuda ... nunca mais tinha feito nada desde que fique de baixa, há mais de um ano...” (U2).*

*“Voltei a tratar dos assuntos da família ... como falamos, fui a Madrid com a minha sobrinha que veio de Angola ... a viagem foi cansativa mas valeu a pena ...” (U1).*

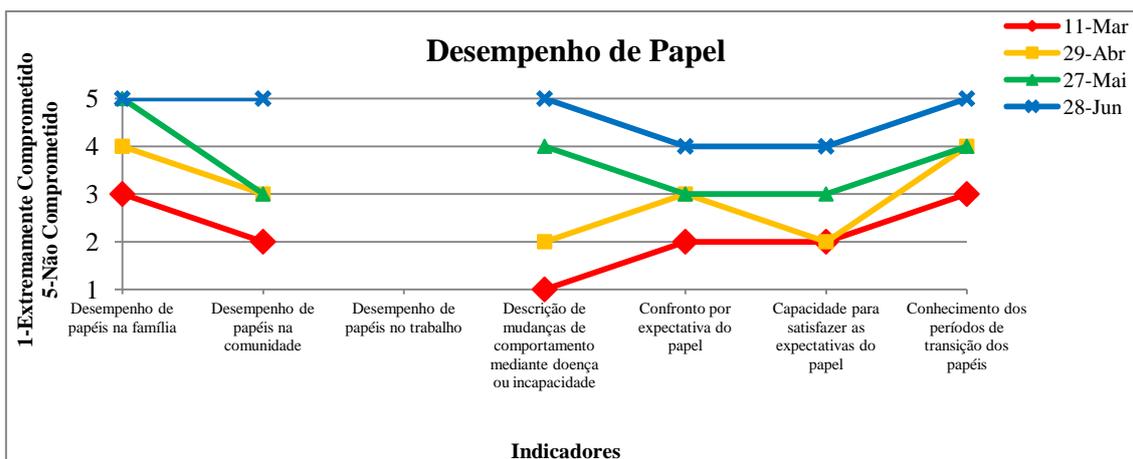
Estas foram algumas das frases verbalizadas pelos utentes no decurso das últimas entrevistas de ajuda efetuadas.

### 5.1.6 – DESEMPENHO DE PAPEL

As expectativas relativamente a si e ao ambiente em que está inserida fazem com que a pessoa apresente um padrão de comportamento e auto-expressão de acordo com o contexto (McCloskey & Bulechek, 2004).

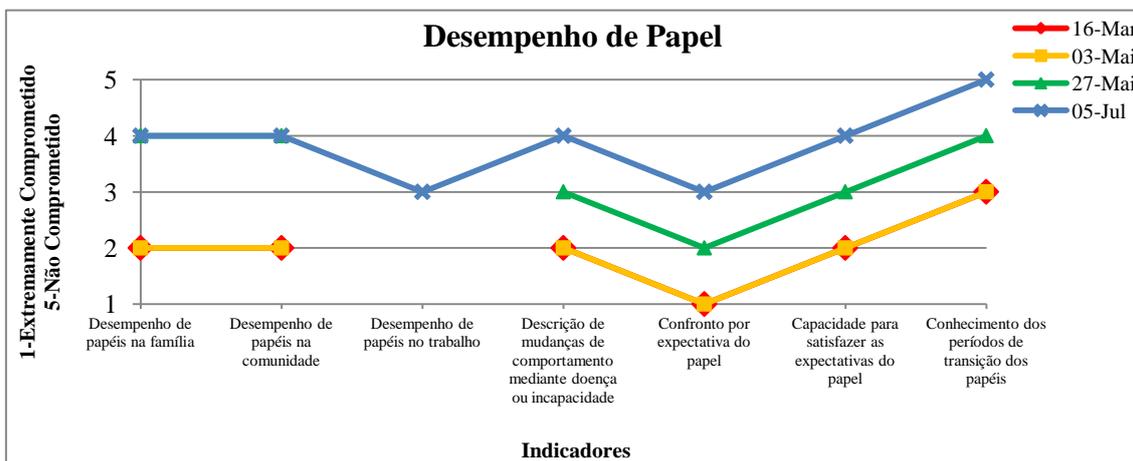
No percurso da sua existência a pessoa é confrontada continuamente com as expectativas interiores e as provenientes do ambiente que condicionam o desempenho dos papéis esperados como refere Chalifour (2009). Quando o seu desempenho não permite satisfazer certas necessidades, alcançar certos ideais ou ameaçam valores considerados importantes a pessoa poderá viver um período de maior desorganização em função do significado que atribui a estas mesmas expectativas.

Gráfico 21 – Evolução do resultado desempenho de papel em U1



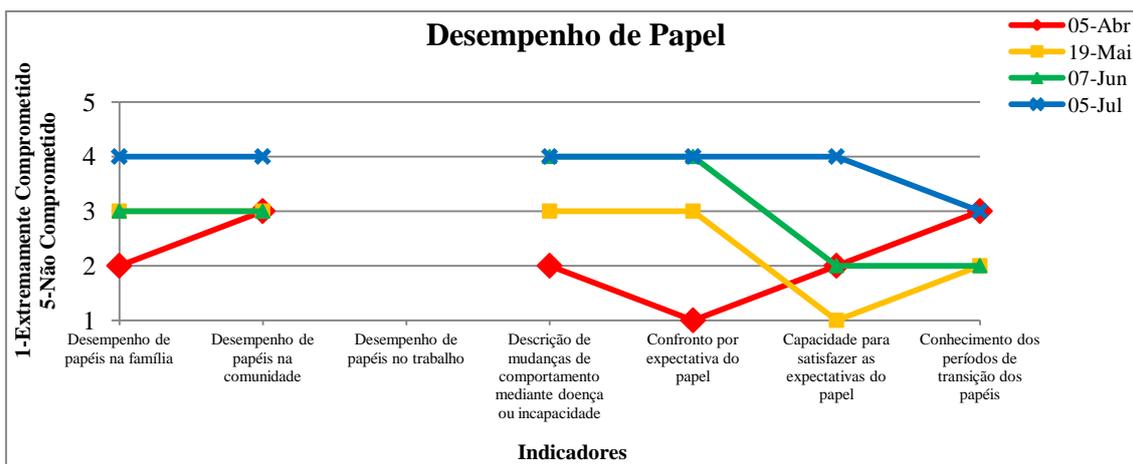
Na primeira avaliação realizada é possível observar que três utentes (U1,U2 e U4) apresentavam baixos níveis no desempenho de papéis enquanto U4 apresentou níveis de moderadamente comprometido. O indicador desempenho de papéis no trabalho não foi preenchido em três situações por não se aplicar a qualquer dos utentes. Como foi apresentado anteriormente dois utentes estavam desempregados e não conseguiram encontrar emprego durante este período de tempo, uma utente está reformada e um utente mantém baixa médica. Este indicador foi avaliado uma vez em U2 porque foi considerado a confecção de doces para vender para fora como desempenho no trabalho.

Gráfico 22 – Evolução do resultado desempenho de papel em U2



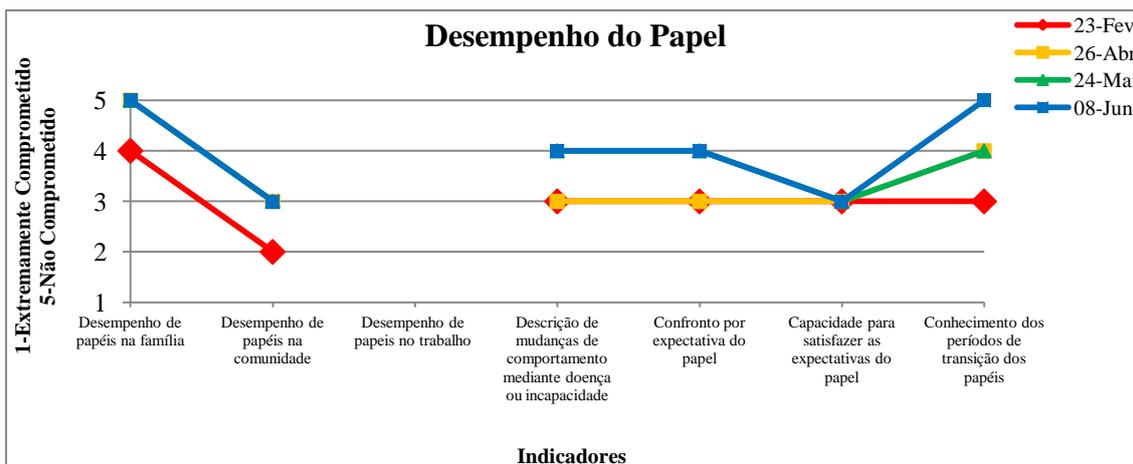
“ Antes era um pasteleiro reconhecido ... tinha um bom ordenado e em casa as filhas respeitavam-me ... agora, o meu patrão trata-me como um incompetente e em casa já ninguém me respeita” (U2)

Gráfico 23 – Evolução do resultado desempenho de papel em U3



U4 apresentou níveis de desempenho de papel não tão negativos em alguns indicadores, isso deveu-se ao significado atribuído pela mesma ao desempenho de papéis relacionados com os cuidados prestados ao seu marido.

Gráfico 24 – Evolução do resultado desempenho de papel em U4



Os quatro utentes apresentaram importantes variações neste resultado visíveis a partir da segunda avaliação e confirmadas na última avaliação. U3 no final do trabalho encontrava-se a fazer voluntariado na paróquia de Corroios. U1 mostrava muito interesse em iniciar as suas funções como voluntária na liga de amigos do HGO, referindo também “a partir do momento em que percebi a importância de me adaptar a uma nova realidade na minha vida, passei a ter vontade de fazer mais coisas ... sei que já não tenho 20 anos mas agora estou bem...”

“Foi importante para mim perceber que ainda posso trabalhar ... não sei se consigo voltar à mesma empresa ... ando à procura de uma alternativa...” ou “ a semana que

*passou fiz uma reunião familiar ... todos ficaram a perceber a importância do seu contributo para o bom funcionamento da casa ... fique muito satisfeito por ter conseguido tomar esta decisão ...*” Foram frases proferidas por U2 no final do processo terapêutico.

### 5.1.7 – CONTROLO DA ANSIEDADE

De acordo com o ICN (2005) a ansiedade é uma emoção com as características específicas de sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

Nas suas relações com o seu ambiente, a pessoa encontra-se submetida a um conjunto de estímulos internos e externos sob a forma de ameaças, frustrações e conflitos relativamente à satisfação das suas necessidades e desejos. O stress daí resultante origina por vezes ansiedade como refere Chalifour (2008). Ou seja, a pessoa perante as ameaças utiliza de forma mais ou menos consciente, mecanismos de defesa cujos efeitos são negar, mascarar, deformar a realidade, tornando-a mais tolerável mas deixam a pessoa menos capaz de responder às suas necessidades, necessitando de ajuda.

Gráfico 25 – Evolução do resultado controlo da ansiedade em U1

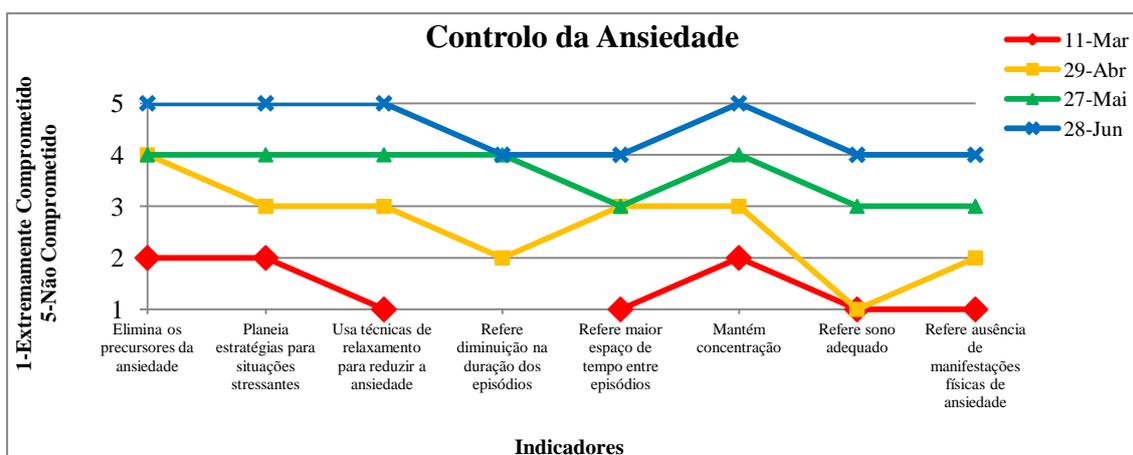
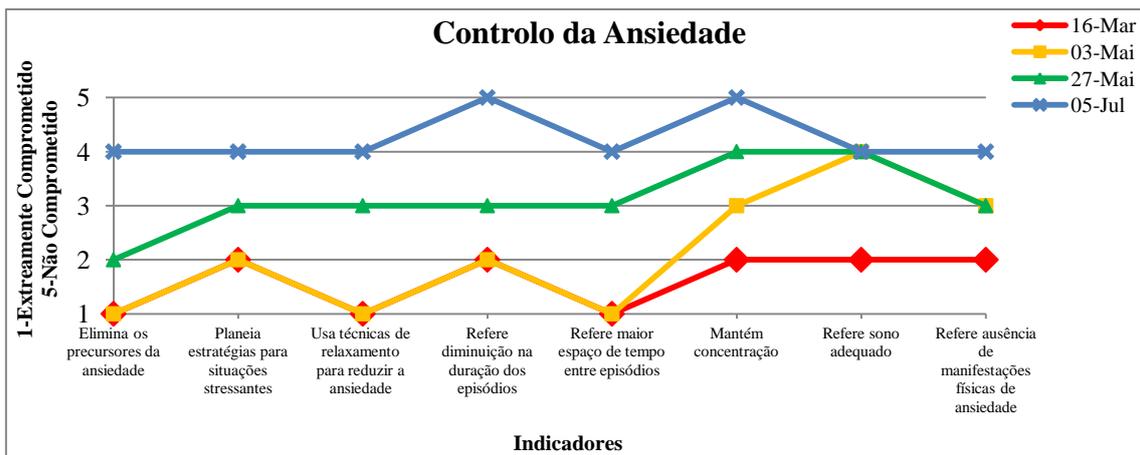


Gráfico 26 – Evolução do resultado controlo da ansiedade em U2



Três utentes apresentavam na avaliação de diagnóstico, indicadores para o resultado controlo da ansiedade, níveis de extremamente e substancialmente comprometido, que resultavam essencialmente da “recusa” ou dificuldade da pessoa em reconhecer e viver emoções que reconhecia como ameaça impedindo-a de aceder a outras emoções, e por esta via, aos processos internos que lhe permitiriam lidar com a situação.

O ensino e treino da técnica de resolução de problemas, com utilização de folha própria (anexo 3), foi importante no modo como os utentes U1 e U2 passaram a encarar os problemas, e por sua vez as ameaças daí resultantes. Este processo permitiu-lhes colocarem de forma esquemática os problemas para assim os tentarem resolver, antecipando possíveis soluções para a aproximação de um conflito.

Gráfico 27 – Evolução do resultado controlo da ansiedade em U3

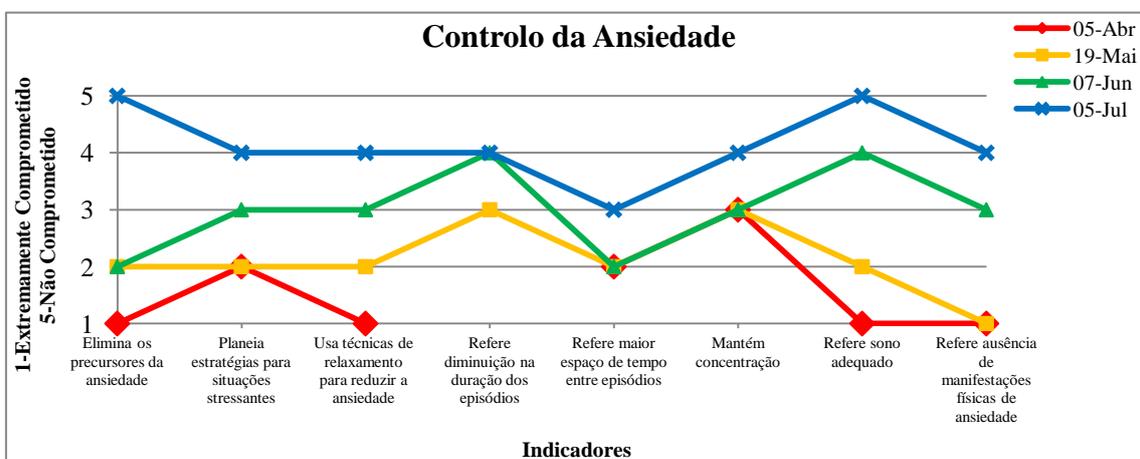
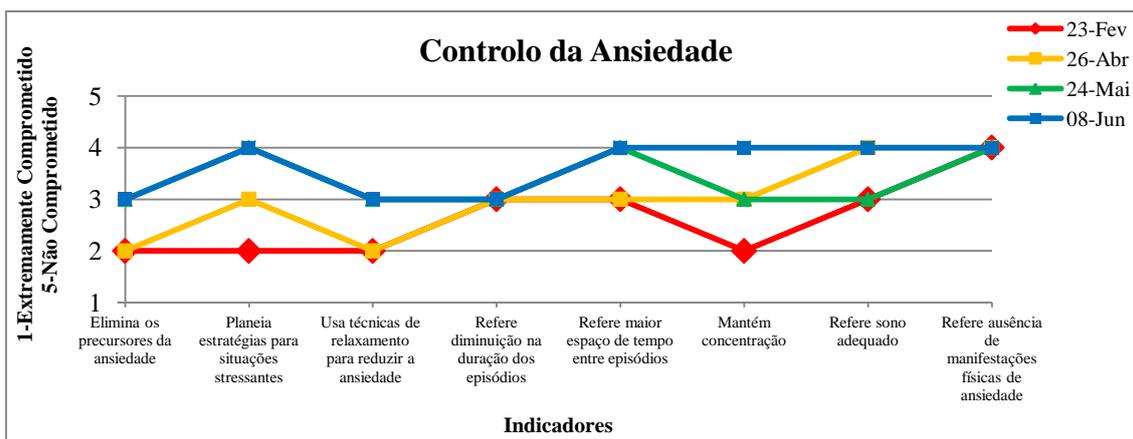


Gráfico 28 – Evolução do resultado controlo da ansiedade em U4



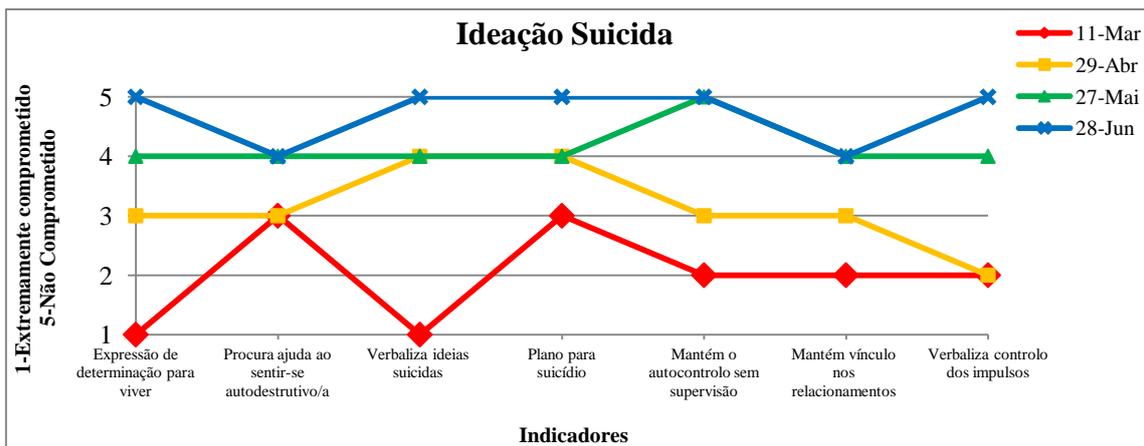
Em relação a U4 foi importante o trabalho desenvolvido relativamente à resolução de problemas que se prendem com o estado de saúde do companheiro e as necessidades de assistência apresentadas pelo mesmo. A autonomia que U4 adquiriu ao longo do processo de intervenção permitiu a redução de sentimentos de ameaça, frustração e até de conflito relativamente a instituições de saúde ou prestadores de serviços.

Também o ensino e treino de técnicas de relaxamento permitiram o incremento do controlo da ansiedade em U1. No início, focalizava-se essencialmente nas suas queixas somáticas, passou então a controlar alguns dos sintomas com a realização de exercícios da respiração diafragmática. Verbalizava então: “ *os exercícios que o Sr. Enfermeiro me ensinou ajudam-me a andar menos ansiosa ... não tenho tantas dores de cabeça ... até parece que respiro melhor, antes nem conseguia encher o peito de ar ... e o coração por vezes parece que ia parar ... agora quando surge uma situação de maior stress lembro-me logo dos exercícios respiratórios...* ”

### 5.1.8 – IDEIAÇÃO SUICIDA

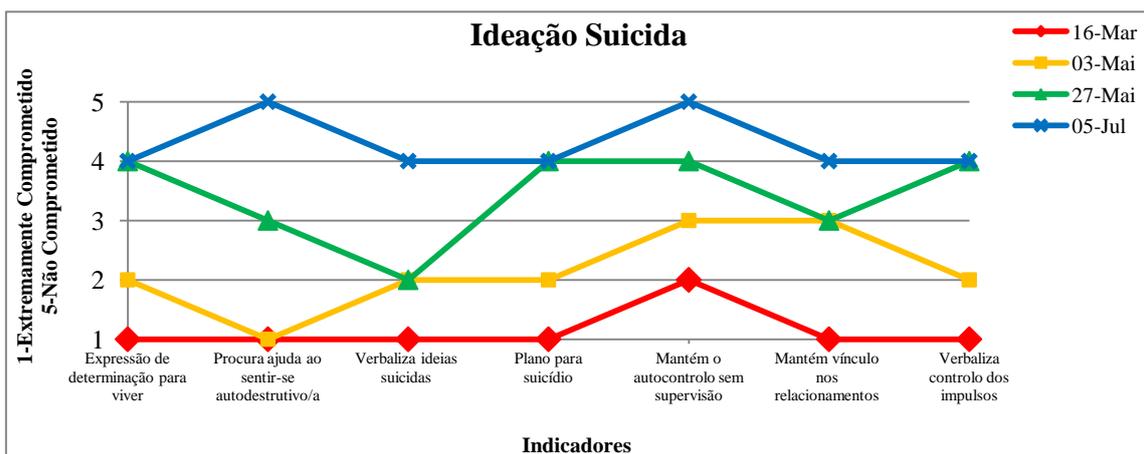
De acordo com o ICN (2005) o suicídio é um comportamento com as características específicas execução de atividades que levam à própria morte. No DSM-IV-TR (2006) a ideação suicida é referida como um dos sintomas que pode estar presente na pessoa com depressão.

Gráfico 29 – Evolução do resultado ideação suicida em U1



Três utentes apresentavam, na avaliação diagnóstica, níveis de ideação suicida com valores que podem ser considerados como preocupantes. U1 e U3 verbalizaram que as ideias naquele momento eram as mesmas que as tinham levado a recorrer ao HGO meses antes. U1 com internamento no final do verão de 2010 por tentativa de suicídio e U3 deu entrada no serviço de urgência do mesmo hospital em Novembro de 2010 e Dezembro de 2011 por ingestão voluntária de medicação, referia também impulsos auto-agressivos quando se encontrava sozinha em casa.

Gráfico 30 – Evolução do resultado ideação suicida em U2



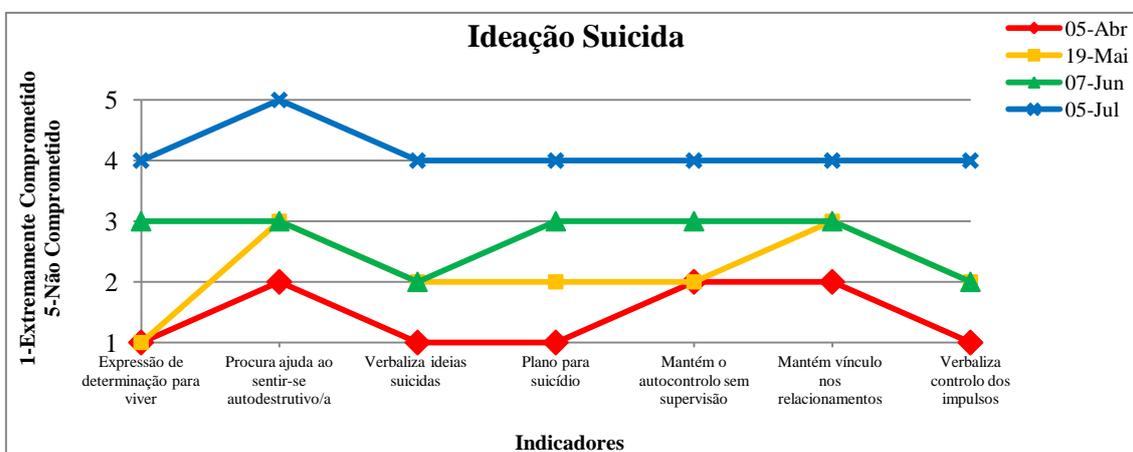
U2 apresentava ideias de suicídio com plano delineado. *“O melhor é desaparecer ... a minha companheira e a minha filha ficam com a casa ... eu vou para a minha terra e lá*

*coloco uma corda ao pescoço, resolvo os problemas ... quero ficar lá no cemitério da terra, assim não gastam tanto dinheiro com o funeral”*

Por sua vez U4 apenas apresentava o indicador expressão de determinação para viver no nível substancialmente comprometido, desvalorizava a vida referindo que aos 50 anos devia morrer, porque não conseguia enfrentar a realidade de ficar velha.

O processo de intervenção desenvolvido permitiu importantes ganhos em saúde neste resultado, mais expressivos nos utentes U1, U2 e U3. O conjunto de indicadores apresenta, na avaliação final, níveis entre o levemente comprometido e o não comprometido.

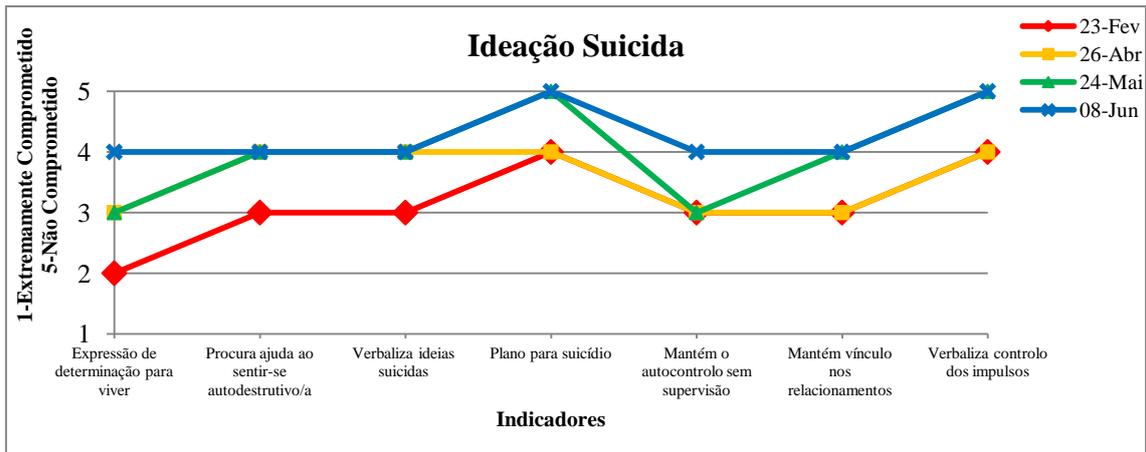
Gráfico 31 – Evolução do resultado ideação suicida em U3



Ao analisar os registos efetuados ao longo do processo terapêutico individual foi possível verificar que melhores níveis na autoestima correspondiam a menor risco de ideação suicida.

Ao serem questionados sobre as ideias iniciais de suicídio os utentes referiram: *“o pensamento sobre morte e as ideias que voltaram a invadir-me, algum tempo depois da alta do internamento ... como atirar-me pela janela ... deixaram de aparecer. Andar mais ocupada a resolver assuntos que estavam pendentes e não me sentir tão fraca fisicamente dá-me mais vontade para a vida. Voltei a fazer coisas que não fazia há muito tempo ... tenho passado bons momentos com os meus netos ... tenho vontade em fazer qualquer coisa de novo, já pensei na Universidade Sénior, a minha filha ficou de ver quando são as datas para as inscrições.”* (U1). Esta utente, quando terminou o processo de intervenção, encontrava-se a fazer voluntariado na Liga de Amigos do HGO.

Gráfico 32 – Evolução do resultado ideação suicida em U4



Relativamente a U2 foi possível registar frases como: *“A ideia de me matar aconteceu porque estava desesperado e não tinha ajuda de ninguém ... em casa não conseguia falar dos meus pensamentos com a minha companheira, ... os problemas são muitos, e antes sentia que era incapaz de os resolver ... agora parece-me mais fácil encontrar a solução para alguns ... o apoio que encontrei nestas consultas tem sido muito importante para mim ... quero resolver os problemas um a um e voltar a ter uma vida mais descansada.”*

U3 referia diminuição dos impulsos para a ingestão voluntária de terapêutica, maior controlo da ansiedade, menor tendência para a auto-desvalorização e auto-culpabilização, não apresentando impulsos auto-agressivos.

## **6- ANÁLISE REFLEXIVA**

A apresentação dos resultados, observada em mudanças de comportamento clínica, efetuada no capítulo anterior, permite observar, na generalidade, uma evolução positiva dos mesmos. O processo terapêutico foi alicerçado na inter-relação enfermeiro/pessoa que necessita de ajuda. Permitindo através do trabalho realizado com os utentes, em contexto comunitário, ganhos em saúde reflectidos nas linhas de evolução dos vários gráficos de resultado.

A estratégia utilizada inicialmente prendeu-se com o estabelecimento de vínculo que permitisse o envolvimento da pessoa em todo o processo terapêutico, o que foi alcançado observando-se o cumprimento do plano traçado em conjunto com a pessoa.

No decurso deste trabalho foram encontradas algumas limitações. A subjetividade do preenchimento das tabelas para elaboração dos gráficos apresentados. Os indicadores utilizados na avaliação da evolução dos resultados não eliminaram a existência de um *juízo*, ou seja, houve a necessidade de fazer, de acordo com a formação previamente efetuada, a avaliação do estado da pessoa em quatro momentos diferentes para dar resposta aos indicadores.

A utilização do raciocínio clínico e os registos sistemáticos constituíram-se como uma forma importante na organização e continuidade dos cuidados e podem dar resposta às limitações referidas acima. Os registos efetuados nos processos permitiram descrever em texto livre os cuidados especializados de enfermagem prestados aos utentes, registando as várias etapas do processo terapêutico. Houve a preocupação com o conteúdo dos registos, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados, após dar como concluído o trabalho na UICS. Nos registos, para além do processo de avaliação/reavaliação diagnóstica do processo de saúde da pessoa, é possível perceber também a evolução do processo de intervenção terapêutica.

A intervenção do tipo autoritária, mais presente na fase inicial do processo terapêutico, permitiu dar informações e prescrever comportamentos considerados como necessários pela procura constante de soluções e informações por parte dos utentes. Também a confrontação foi utilizada nesta fase do processo de intervenção com o objetivo de favorecer a tomada de consciência dos utentes sobre algumas atitudes e comportamentos menos positivos, para a resolução de problemas e evolução do seu estado de saúde. Com o desenrolar do trabalho efetuado em parceria com a pessoa

observou-se menor necessidade de informar e prescrever, concomitantemente verificou-se a maior utilização do tipo de intervenção facilitadora, com o objetivo de promover a capacidade da pessoa em se auto-gerir e resolver os seus problemas, assim como foram afirmadas as qualidades e os sucessos nas ações levadas a cabo pelas pessoas.

As intervenções desenvolvidas com os utentes tinham por base a mesma abordagem utilizada na elaboração dos juízos diagnósticos, ou seja, o planeamento e a execução das intervenções de enfermagem tinham como objetivo ajudar a pessoa no seu misto de problemas. As intervenções propostas pretendiam dar resposta a toda a problemática que envolvia individualmente cada uma das pessoas, assim cada intervenção visava trabalhar sobre a evolução positiva e a recuperação de vários diagnósticos ao mesmo tempo.

Nas entrevistas de avaliação diagnóstica, como já foi referido anteriormente, procurava saber qual era a perspectiva da pessoa, que leitura fazia da sua situação atual e o modo como vive o seu processo de doença. O que a pessoa sabe pensa e sente, procurando perceber o grau de consciência e de crítica face à sua situação. O que preocupa e quais as capacidades e estratégias da pessoa na sua própria perspectiva. Pelo apresentado poderia pressupor-se que o processo de avaliação diagnóstica ocorreria separadamente do processo de intervenção terapêutica, e por sua vez este iniciar-se-ia sempre depois de finalizado o processo de avaliação diagnóstica, o que não se verificou, ou seja, a intervenção terapêutica teve o seu início no primeiro contacto com a pessoa que necessitava de ajuda, e ocorreu no momento da entrevista de avaliação diagnóstica. Assim, e enquadrado na perspectiva de Lopes (2006), existe claramente uma sobreposição no tempo entre a ocorrência da avaliação diagnóstica e da intervenção terapêutica, ou seja, o processo de intervenção terapêutica teve o seu início no decurso da entrevista de avaliação (triagem) e prolongou-se no tempo até ao final da relação terapêutica que em três dos quatro casos coincidiu com o final do ensino clínico. No outro caso este processo de avaliação e intervenção de enfermagem terminou antes do programado por internamento da pessoa.

Referi atrás que o início da intervenção terapêutica teve o seu começo durante a entrevista de avaliação, embora não conseguindo precisar qual o momento exato, em que paralelamente à avaliação diagnóstica teve início uma “postura” diferente, mas consciente, vocacionada para a intervenção.

Após as entrevistas de avaliação diagnóstica, e ao consultar os registos efetuados, verifiquei em mais de um caso que foram utilizados elementos fornecidos pelo utente no decorrer das mesmas, dando início a um processo diferente (intervenção terapêutica), do registo até aí verificado. Nestes casos, a categoria comportamental mais utilizada foi do tipo “autoritária”, em que a prescrição e a informação estiveram presentes, assim como a confrontação (Heron referido por Lopes, 2006). Este facto acontece porque, como já foi dito anteriormente, as pessoas inicialmente não procuram apenas ajuda através da relação, mas procuram essencialmente solução para os seus problemas. Verificou-se assim, nas entrevistas iniciais, a necessidade de assumir uma postura de maior responsabilidade em nome do cliente, dando instruções, aumentando a consciência e prescrevendo por vezes o seu comportamento.

Nas entrevistas consequentes a categoria comportamental mais utilizada, referindo Lopes (2006) ao citar Heron, foi do tipo “facilitadora”. Neste caso pretendeu-se que os utentes assumissem maiores responsabilidades pelos seus processos de saúde, havendo um permanente esforço para capacitar os mesmos a tornarem-se mais autónomos, ajudando-os a libertarem o entrave emocional que bloqueia o seu poder pessoal de modo a afirmarem o seu valor como seres únicos. Nesta categoria os subgrupos utilizados foram o catártico, o de suporte e o catalítico.

De referir que nenhuma das duas categorias de intervenção foi mais preponderante que a outra no processo de intervenção terapêutica, embora se tenha observado maior presença do tipo “facilitadora”. Este facto ficou a dever-se ao tipo de necessidades maioritariamente apresentadas pelos utentes.

As atitudes e habilidades dirigidas aos utentes, de forma individualizada, podem ser agrupadas como: promoção do respeito, promoção da autonomia, gestão da informação, gestão dos sentimentos, promoção da autoestima.

A promoção do respeito, presente em todo o processo de intervenção, foi considerada como muito relevante, essencialmente pela dimensão de dignidade que concede à pessoa. Segundo Lopes (2006), promove-se o respeito com base em três factores diferentes mas complementares entre si: o reconhecimento do direito à informação, o respeito pela pessoa em sofrimento e o respeito pela privacidade. Começando pelo último, foi sempre tido em conta a importância da privacidade nas várias interações, estas tiveram sempre lugar em salas previamente preparadas para o efeito e acautelando

a interferência de terceiros. O reconhecimento do direito à informação, para além de ser um direito reconhecido aos utentes, permite aos mesmos tomarem decisões mediante as informações (razões e opções) que lhes são transmitidas. O respeito pela pessoa em sofrimento manifestada através da adopção de uma atitude sensível perante os problemas e dificuldades apresentadas pelos utentes. Onde se torna necessário perceber que o apresentado pelas pessoas não deve ser desvalorizado, mas sim perceber que aquele é o problema daquela determinada pessoa, vivido de forma diferente relativamente a outra.

A promoção da autonomia revestiu-se de grande importância pelo facto de se tratar de intervenção em contexto de comunidade, em que maioritariamente o contacto com a equipa multidisciplinar acontece apenas um dia por semana e limitada à entrevista de ajuda. Isto implica que as pessoas, a maior parte do tempo, estão *entregues* a si próprios, tendo que lidar com as várias intercorrências que acontecem nos seus processos de saúde. Assim relativamente à autonomia foi trabalhado com os utentes U1 e U2 o ensino e o treino de técnicas de relaxamento, inicialmente técnica de respiração e posterior o treino autógeno. Também a autonomia relativamente ao controlo da medicação foi trabalhado com os quatro utentes, foram dadas explicação sobre a toma dos medicamentos e seus efeitos, trabalhou-se o ajuste dos horários de acordo com as necessidades e estilos de vida de cada utente. Ainda relativamente à autonomia foi possível trabalhar a técnica de resolução de problemas com os utentes U1, U2 e U3, verificando-se que em U1 e U2 os contributos foram muito importantes uma vez que no final do processo de intervenção utilizavam, sempre que sentiam necessidade, o impresso para resolução de problemas (anexo 3), verbalizando que os ajudava a tomarem decisões mais atempadamente. Relativamente à autonomia da gestão do processo de intervenção, foram fornecidos elementos que tinham como objetivo facilitarem o mesmo, embora a sua gestão fosse deixada ao utente. Foram fornecidas explicações e alternativas, quando existiam, mas a decisão foi deixada ao utente, verificando-se um grau de autonomia maior nos casos U1 e U2. U4 foi a utente que apresentou um menor grau de autonomia, verificando-se a necessidade regular de informar e explicar sobre o processo terapêutico, incentivando-a na sua autonomia. O maior grau de autonomia aconteceu nos utentes com maiores vivências e com maior diferenciação cognitiva. De salientar ainda que todos os utentes foram pontuais nas

intervenções programadas, com grande participação nas mesmas, por sua vez as poucas faltas dadas foram quase sempre justificadas atempadamente.

A gestão da informação, referida por Lopes (2006) como um modo de intervenção fundamental aos cuidados em geral e à relação enfermeiro/doente em particular, foi colocada em prática uma vez que os utentes foram sistematicamente informados sobre as várias intervenções previstas, assim como, sobre o processo de intervenção que se estava a desenvolver e as necessárias alterações/correções ao mesmo. Esta atitude parece ter contribuído para a facilitação da relação, assim como da adesão às propostas terapêuticas apresentadas, pois como refere Lopes (2006), a informação contribui para a compreensão das atitudes e dos procedimentos dos enfermeiros. A confrontação foi utilizada em algumas situações, principalmente com U1 e U3 associada à auto-interpretação de sinais e sintomas relacionados com queixas somáticas e em U2, U3 e U4, relacionados auto-interpretação de vivências e relações familiares. Não impondo uma explicação que considerava como mais válida, avançava antes, com uma outra explicação possível, no sentido da pessoa a considerar também como hipótese.

A utilização de uma linguagem adequada a cada um dos utentes também foi observada como uma importante ferramenta no processo de intervenção. Houve a necessidade de diferentes adequações de linguagem principalmente devido aos diferentes graus de diferenciação. Como exemplo U1 que é detentora de formação superior apresentava facilidade no entendimento da linguagem técnica da saúde, por outro lado U4 demonstrava dificuldade em perceber, mesmos, as mais simples explicações técnicas com necessidade de descodificação da intervenção para linguagem mais adequada. A adequação da linguagem revelou-se portanto importante não só para manter a pessoa informada sobre o seu processo de intervenção mas principalmente para que pudesse decidir, diminuindo a ansiedade e promovendo a autoestima.

Também a gestão de sentimentos esteve sempre presente no processo de intervenção, apresentado por Lopes (2006) como de grande importância e como tal adquire centralidade face aos diversos modos de intervenção do enfermeiro, caracterizando-se através da promoção da confiança, da esperança e perseverança. A existência de espaço e tempo devidamente definidos no início do processo de intervenção e usados de forma sistemática e intencional foi importante para os utentes verbalizarem as suas dificuldades, pois foi proporcionado um local onde estes podiam expressar livremente e em segurança os seus sentimentos e emoções. A escuta atenta e a constante exploração

dos conteúdos apresentados pelos utentes assim como o favorecimento da catarse permitia aos utentes expressar com alívio certas emoções e sentimentos como a tristeza, a frustração, a decepção a incapacidade e o medo (Chalifour, 2009). Proporcionando aos utentes libertarem-se de uma certa tensão e *sofrimento*.

Tal como a anterior, também a promoção da autoestima esteve presente ao longo do processo de intervenção e o espaço e tempo disponibilizados foram muito importantes para poder explorar as razões para o auto criticismo e as tendências autodepreciativas, evitando as comparações mas enaltecendo os pontos positivos e os êxitos alcançados encorajando a apreciação positiva acerca dos seus próprios comportamentos e aceitando novos desafios por eles definidos de forma a promover a confiança neles próprios. É exemplo o caso U1 que no início do processo tinha medo de sair de casa porque sabia que ia sentir-se mal, fazendo referência a sensação de desmaio, e no final do processo descrevia-se de forma muito positiva e com vontade de abraçar novos desafios, fez a inscrição para voluntariado na liga de amigos do HGO e encontra-se a aguardar a abertura de inscrições para a universidade sénior.

Em cima fiz referência ao fim do processo de intervenção, mas para que este seja atingido é necessário falar também do início e do corpo da relação (Lopes, 2006). O início acontece ainda antes do primeiro encontro entre o enfermeiro e a pessoa, através das atividades de preparação desenvolvidas para a entrevista de avaliação diagnóstica e termina com esta mesma entrevista. A fase seguinte, corpo da relação, funde-se muitas vezes com a fase anterior, uma vez que na entrevista de avaliação, e como já foi referido anteriormente, já é possível considerar a existência de intervenção. Logo o início do processo de intervenção coexistiu em sobreposição com o processo de avaliação diagnóstica ao longo de todo o corpo da relação. Estes dois processos coabitam em estreita inter-relação, embora o processo de avaliação diagnóstica assuma um papel de comando, uma vez que parece estar sempre presente, determinando a orientação da intervenção e impondo, caso se justifique, correções ao processo de intervenção. Aqui o processo de avaliação diagnóstica assume características diferentes das observadas durante a entrevista de avaliação, surgindo agora a reavaliação permanente através do que já se conhece e do que foi trabalhado, o processo de intervenção terapêutica de enfermagem atingiu aqui o seu significado máximo. Por último surge o fim da relação que em três situações coincidiram com o fim do ensino clínico, como previsto desde o

momento do primeiro contacto com os utentes e um caso em que o fim não coincidiu com o programado por se ter verificado o internamento da utente.

De um modo geral foi possível constatar uma evolução positiva dos vários indicadores, não só pela importância do processo de intervenção implementado mas também pelo local onde este evoluiu. O contributo dado por todos os elementos da equipa multidisciplinar foi muito importante, não só pela disponibilidade demonstrada mas principalmente pelo constante incentivo à *discussão* e reflexão sobre as intervenções.

Para além dos resultados analisados, torna-se também importante referir que durante as várias semanas em que decorreu o trabalho nenhum dos utentes recorreu a serviços de urgência ou internamentos de psiquiatria, contrariamente ao que se vinha a verificar nos meses precedentes ao início do projeto de saúde, elaborado em parceria com os mesmos. Este facto surge associado à evolução positiva dos resultados e mostra que neste quatro utentes, a intervenção ao nível da comunidade evitou o isolamento dos utentes relativamente ao seu ambiente, por internamento e a estigmatização por recurso a serviços de urgência.

Como reflexão final, este trabalho permitiu-me fazer um exercício de retrospectiva sobre o que foi feito, proporcionando um importante momento de autorreflexão e desenvolvimento pessoal, com maior consciência de mim enquanto enfermeiro e pessoa detentor de um mais elevado conhecimento.

## **7 – CONCLUSÃO**

A pessoa vista como um sistema aberto, interage com o ambiente trocando com ele energia e informações necessárias para responder às suas necessidades. Nas relações com o seu ambiente pode ser submetida a um conjunto de estímulos sob a forma de ameaças e conflitos relacionados com a satisfação das suas necessidades, desejos e desempenho de funções, originando por vezes alterações ao seu normal processo de saúde. Podem surgir sintomas relacionados com a depressão.

A realização deste trabalho traduz-se, de forma global, na aquisição de conteúdos que foram mobilizados e desenvolvidos, ao longo do seu percurso. Estes contribuíram para o desenvolvimento de capacidades relacionadas com o processo de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica com a pessoa com sintomatologia depressiva. As aquisições teóricas efetuadas foram desenvolvidas e testadas ao longo do trabalho. A metodologia utilizada, com base na relação de ajuda, permitiu a intervenção especializada junto de pessoas com sintomatologia depressiva, de modo a ajudar as mesmas a ultrapassar as suas dificuldades promovendo o sentimento de não estar sós mas respeitando a sua autonomia, no sentido de ser preservado e respeitado o caminho por elas escolhido.

Os resultados foram avaliados e registados ao longo do processo terapêutico, sendo possível observar que os quatro utentes tiveram ganhos em saúde mental, relativamente ao desempenho de funções e realização de atividades de vida. Foi possível observar a alteração de comportamentos e a adopção de estilos de vida mais consentâneos com as suas expectativas e objetivos.

De um modo sistemático fui percebendo que os pequenos êxitos alcançados pelos utentes, evoluíram no sentido de um maior controlo na ação que, por sua vez promoveram a sua auto-confiança reduzindo a propensão para emoções negativas. O modo como cada pessoa reencontra o seu bem-estar emocional, o bem-estar nas relações estabelecidas nos contextos em que está inserida e o nível de mestria com que faz face a determinada situação, revelam o resultado alcançado no seu processo de saúde.

O acompanhamento terapêutico especializado efetuado por enfermeiros constitui um recurso terapêutico em saúde mental e psiquiatria de grande importância e utilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A identificação de resultados esperados na

implementação de projetos de saúde, e a mobilização de indicadores sensíveis em saúde mental são fundamentais para determinar a efetividade do processo de intervenção terapêutica e os ganhos em saúde. Permitindo também à equipa multidisciplinar, conhecer dados e informações referentes ao plano terapêutico.

A reflexão e a necessidade de compreensão devem nortear a prática, na vontade sempre presente de que no futuro o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria seja capaz de ser e crescer na prática do cuidar, obtendo novos dados para evoluir, viver e sentir as suas experiências, e simultaneamente encontrar respostas, fundamentais para a construção do conhecimento do indivíduo com sintomatologia depressiva, ajudando-o a reencontrar-se com o seu projeto de saúde e no futuro possa ultrapassar positivamente os momentos de instabilidade, as mudanças de autoestima, as alterações no desempenho de papéis, a ansiedade e a insegurança, sempre com a consciência das dificuldades de modo a alcançar o equilíbrio pretendido.

## 8 – BIBLIOGRAFIA

**ABREU J. L.** (2008). - Introdução á Psicopatologia Compreensiva (5ªed.); Lisboa; Fundação Calouste Gulbenkian;

**ALI M.M.**, et al. (2010). - Self-perception and mental health outcomes among adolescents; The Journal Of Mental Health policy And Economics; Vol. 13 (2), pp. 53-63, Jun. 2010; MEDLINE with Full Text;

**ALVES F.** (2001). - Acção social na área da saúde mental; Lisboa; Universidade Aberta;

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV-TR** (2006). - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais; 4ª ed; Lisboa; CLIMEPSI Editores;

**BAHK W.M.**, et al. (2011). - Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality; Psychiatry Research; Vol. 189 (3), pp. 357-61, Oct. 2011; MEDLINE with Full Text;

**BENNER P.** (2001). - De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de enfermagem; Coimbra; Quarteto Editora;

**BROWN S.L.** (2000). - The effect of Union type on Psychological Well-Being: Depression among cohabitators versus marrieds. Journal of Health and Social Behavior, vol. 42, nº 3;

**CAMPOS**, et al. (2007). - Apoio matricial e equipa de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde; Caderno de saúde pública; Vol. 2; Fevereiro; Rio de Janeiro;

**CARVALHO V.** (2009). - Por uma Epistemologia do Cuidado de Enfermagem e a Formação dos Sujeitos do Conhecimento na Área da Enfermagem – Do Ângulo de uma Visão Filosófica. Esc. Anna Nery, revista de enfermagem. (Abril/Junho 2009). Disponível em [www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo/2022.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo/2022.pdf) Consultado em:(24 de Julho de 2011)

**CHALIFOUR J.** (2008). - A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda; Vol.1; Loures; Lusodidacta.

**CHALIFOUR J.** (2009). - A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção; Vol.2; Loures; Lusodidacta.

**COLLIÈRE M.F.** (1999). - Promover a Vida – Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 4ª Tiragem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

**CUJJPERS P.** et al., (2008). - Preventing the onset of Depressive Disorder: A Meta-Analytic Review of psychological Interventions; American Journal of Psychiatry; Vol. 165; Nº10; Outubro; p. 1272 – 1280;

**DRUSS B.**, et al. (2000). - Health and Disability Costs of Depressive Illness in a Major U.S. Corporation; American Journal of Psychiatry; Agosto; Vol. 157; Nº8; p. 1274-1278;

**DSM IV - Transtornos do sono**. Consultado a 22/07/2011.

Disponível em: [http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm)

**EKERES D.**, et al. (2008). - A meta-analysis of randomized trials of behavioral treatment of depression; Psychological Medicine; Vol. 38; p. 611 – 623;

- GARCIA O. & SÉCIO J.** (2006). - *Diagnóstico Social do Concelho do Seixal*; Gabinete de Acção Social – Câmara Municipal do Seixal;
- GEORGE J.**, et al. (2000). - *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*; Artmed Editora. 4ª Edição. Porto Alegre. Brasil.
- GONZALES R.**, et al. (2003). - *Case Management: a new focus on health care*; Revista Latino-Americana de Enfermagem; Mar./Abr.; Vol. 11; nº2; Ribeirão Preto;
- GUSMÃO R.**, et al. (2005). - *O peso das perturbações depressivas – Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal*; Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental – Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; Lisboa; Consultado a 14/11/2010; Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/129-146.pdf>
- GUTIÉRREZ S.**, et al. (2011). - *Tratamiento Psicológico Grupal para los Trastornos de Ansiedad en el Ámbito de la Salud Pública*; Ansiedad y Estrés; Vol. 17, pp. 185-197; Dec. 2011; Academic Search Complete;
- ICN** (2005). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; Versão 1; Lisboa; Ordem dos Enfermeiros;
- INE** (2004) – *Portugal em Números*
- YACUBIAN J.**, et al. (2001). - *Psicoeducação Familiar. Família, Saúde e Desenvolvimento*; 3 (2), 98-108;
- YURDAKUL L.**, et al. (2009). - *Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study*; Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice; The British Psychological Society;
- JOHNSON M., MASS M., MOORHEAD S.** (2004). - *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*; 2ª ed; Artmed Editora; Porto Alegre;
- LAZURE H.** (1994). - *Viver a Relação de Ajuda*; Lusodidata; Lisboa;
- LIPP M. N.** (2008). - *Relaxamento Para Todos*; 7ª Edição; Campinas – São Paulo; Papiros Editora.
- LOPES M. J.** (2001). - *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2ª Edição, Lisboa.
- LOPES M. J.** (2006). - *A Relação Enfermeiro – Doente Como Intervenção Terapêutica*. Coimbra. Formasau Formação e Saúde, Lda.
- KAPLAN H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A.** (1997). - *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*; 7ª edição; Artmed.
- KESSLER R.C.**, et al. (1994). - *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey*; Arch Gen Psychiatry; Vol. 51; Nº1; pp. 8-19;
- KÉROUAC S.**, et al. (1994). - *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval (Québec): Éditions Études Vivantes;
- MATSUNAGA**, et al.(2010). - *Psychosocial functioning in patients with treatment-resistant depression after group cognitive behavioral therapy*; BMC Psychiatry; Vol. 10; Issue 22;

- MCCLOSKEY J.C. & BULECHEK G.M.** (2004). - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*; 3ª ed.; Artmed Editora; Porto Alegre;
- MELEIS A.I.**, et al. (2010). - *Transitions Theory (Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice)*; Springer Publishing Company; New York;
- MELEIS A.I.**, et al. (2000). - *Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory*; Advances in Nursing Science; Vol. 23 (1), pp. 12-28;
- MELEIS A.I. & TRANGENSTEIN P.A.** (1994). - *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*; Nursing Outlook. 42 (6);
- MOURA C. B.** (2009). - *Ansedade, Stress e Relaxamento: uma Abordagem Neuropsicológica*; Revista científica da FACNEC; Ano I; nº I; Junho.
- ORNELAS J.** (2008). - *Psicologia Comunitária*; Edições Fim de Século; Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2009). - *M.D.P. – Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*, Caderno Temático;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE** (2002). - *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*; OMS; 2 – 135; Disponível em: <http://www.acs.min.-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>
- PASQUIER A.**, et al. (2010). - *Etude exploratoire des relations entre conscience émotionnelle, partage social des émotions, états anxieux et états dépressifs*; L'encéphale, Vol. 36 (2), pp.97-104; Jun. 2010; MEDLINE with Full Text;
- PHANEUF M.** (2005). - *Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda*; Lisboa: Lusociência;
- RIBEIRO J.L.** (2007). - *Avaliação em Psicologia da Saúde – Instrumentos Publicados em Português*; 1ª edição; Janeiro; Editora Quarteto; Coimbra;
- RUSCIO A.**, et al. (2011). - *Perseverative thought: a robust predictor of response to emotional challenge in generalized anxiety disorder and major depressive disorder*; Behaviour Research And Therapy, Vol. 49 (12), pp. 867-74, Dec. 2011; MEDLINE with Full Text;
- SALOMÉ, J.** (1995). - *Relação de Ajuda – Guia para o acompanhamento psicológico de Apoio Pessoal, Familiar e Profissional*; 2ª edição; Editora Vozes; Ptopolis.
- SCHENE A.**, et al. (2007). - *Adjuvant occupational therapy for work-related major depression Works: randomized trial including economic evaluation*; Psychologicam Medicine; Vol. 37; p. 351-362;
- SEQUEIRA, C.** (2006). - *Introdução à Prática Clínica – do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*; 1ª edição; Outubro; Editora Quarteto;
- STEFANELLI M.C.**, et al. (2008). - *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*; Associação Brasileira de Enfermagem – Secção São Paulo (ABEn-SP); 1ª edição; Editora Malone Ltda.;
- SCHMIDT F.M.**, et al. (2011). - *CSF-hypocretin-1 levels in patients with major depressive disorder compared to healthy controls*; Psychiatry Research; Vol. 190 pp. 240-243, Dec. 2011; Academic Search Complete;
- STETTER F.**, et al. (2002). - *Autogenic Training: A meta-Analysis of Clinical Outcome Studies*; Applied Psychophysiology and Biofeedback, Vol. 27; Nº 1, March 2002;

**VOS T.**, et al. (2005). - *Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression*; Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; Vol. 39; p. 283-692;

**WADA K.**, et al. (2011). - *Association of Depression and Suicidal Ideation with Unreasonable Patient Demands and Complaints Among Japanese Physicians: A National Cross-sectional Survey*; International Journal of Behavioral Medicine; Vol. 18 (4), pp. 384-90; Dec. 2011; CINAHL Plus with Full Text;

**WATSON J.** (1999). - *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda;

**ZHANG Y.**, et al. (2011). - *Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation*; Journal of Affective Disorders; Vol. 133 (3), pp. 584-90, Oct. 2011; MEDLINE with Full Text;

**ZSOMBOK T.**, et al. (2003). - *Effect of Autogenic Training on Drug Consumption in Patients with Primary Headache: An 8-Month Follow-up Study*; EBSCO Publishing.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

(Folha para resolução de problemas)

**RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS**

Defina o problema da forma mais simples possível.

Indique formas possíveis para resolver o problema (três).

Para cada possibilidade, escreva uma vantagem e uma desvantagem

Vantagens

Desvantagens

Escolha a solução que permita resolver o problema da melhor forma.

Planeie os passos para a decisão tomada. Quem fará o quê, quando, onde e como. Quais os problemas que poderão surgir e como poderão ser ultrapassados.

Avaliação (defina uma data para avaliar o progresso) \_\_\_\_\_

Deverão ser considerados não só os resultados atingidos, mas também a forma como foram obtidos. Considerando o que já fez decida se o problema já foi resolvido, se não, decida se deve rever o plano ou optar por outro.

## **ANEXO 2**

(Tabelas de Resultados de U1, U2,U3,U4)

**PERCEÇÃO DE SI**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5							
Utentes		U1				U2				U3				U4			
Indicadores	Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Apresentação (vestuário, arranjo pessoal, higiene...)		4	4	5	5	3	3	4	5	3	2	4	4	2	4	5	5
Postura e morfologia (temeroso, defensivo, dominador, contração...)		3	4	4	4	2	2	3	4	2	2	3	3	3	3	4	4
Expressão e mímica (tom de voz, movimentos com as mãos/corpo...)		2	3	4	4	2	3	3	4	2	3	4	5	2	3	4	4
Motricidade/Harmonia dos movimentos (tiques, tremores, maneirismos...)		4	4	5	5	2	2	3	4	3	3	4	4	2	3	4	
Contacto e linguagem (simpático, empático...)		4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4
Estado do humor (deprimido, elevado, ansioso, irritável...)		1	3	3	4	1	1	3	4	1	2	4	4	2	3	3	4

**CONSCIÊNCIA**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2				Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5			
Utentes	U1				U2				U3				U4			
Indicadores Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Discurso (clareza e continuidade)	4	4	5	5	1	2	3	4	2	2	3	4	2	3	3	3
Reflexibilidade (automatismos)	4	5	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
Orientação	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
Atenção e concentração	4	5	5	5	2	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4
Consciência de si	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	2	3	3	4
Consciência do corpo	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	3	4	3	4	4	5

**PENSAMENTO**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2		Moderadamente Comprometido 3		Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5							
Utentes	U1				U2				U3				U4			
Indicadores Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Forma de pensamento (fuga de ideias, lenificado, respostas ao lado ...)	4	4	5	5	2	2	3	4	3	3	4	5	2	3	3	4
Conteúdos do pensamento (depressivo, persecutório, polimorfo, delírio ...)	1	3	4	5	1	2	2	4	1	1	2	4	2	3	4	4
Representação da memória (amnésia antrógrada e retrógrada, para factos recentes, confabulação...)	3	4	4	4	4	3	4	4	1	2	3	4	3	4	5	5
Senso-percepção (ilusão, alucinação, agnosia ...)	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	3	4	2	3	4	4

**SONO**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2				Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5				
Utentes		U1				U2				U3				U4			
Indicadores	Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Horas de sono		2	3	3	5	2	3	4	4	2	3	3	4	3	4	4	4
Qualidade do sono		1	3	3	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4
Eficácia do sono (tempo dormido/tempo total que tenta dormir)		2	3	3	5	3	4	4	4	2	2	4	5	3	4	4	5
Sono ininterrupto		2	3	3	4	2	2	3	4	1	2	2	4	2	2	4	4
Sensação de rejuvenescimento após o sono		1	2	3	4	3	3	4	4	1	3	4	4	4	4	3	5
Acordar em horários adequados		1	1	3	5	4	4	4	5	3	3	4	5	2	4	4	4

**AUTO ESTIMA**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2				Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5				
<b>Utentes</b>		<b>U1</b>				<b>U2</b>				<b>U3</b>				<b>U4</b>			
Indicadores	Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Verbaliza aceitação das próprias limitações		1	2	3	5	2	2	3	4	1	1	2	3	2	3	3	4
Mantém contacto visual		1	3	4	5	1	1	3	3	2	3	3	4	3	4	4	5
Descreve-se de forma positiva		1	3	4	4	1	2	2	3	1	1	3	3	2	3	3	3
Realização de papéis com significado pessoal		3	3	4	5	2	2	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4
Nível de confiança		2	3	3	4	1	1	2	4	2	2	2	4	3	3	3	4
Descrição de sucesso no trabalho, escola, grupos sociais		2	2	3	4	2	2	3	4	2	3	3	4	3	3	4	4
Verbaliza orgulho de si mesmo		2	2	2	4	1	1	2	3	1	2	2	3	3	4	4	4
Sentimentos de auto valorização		2	3	4	4	2	2	3	4	1	1	2	3	2	3	3	3

**DESEMPENHO DO PAPEL**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2				Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5				
Utentes		U1				U2				U3				U4			
Indicadores	Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Desempenho de papéis na família		3	4	5	5	2	2	4	4	2	3	3	4	4	5	5	5
Desempenho de papéis na comunidade		2	3	3	5	2	2	4	4	3	3	3	4	2	3	3	3
Desempenho de papéis no trabalho		-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Descrição de mudanças de comportamento mediante doença ou incapacidade		1	2	4	5	2	2	3	4	2	3	4	4	3	3	4	4
Confronto por expectativa do papel		2	3	3	4	1	1	2	3	1	3	4	4	3	3	4	4
Capacidade para satisfazer as expectativas do papel		2	2	3	4	2	2	3	4	2	1	2	3	3	3	3	3
Conhecimento dos períodos de transição dos papéis		3	4	4	5	3	3	4	5	3	2	2	3	3	4	4	5

**CONTROLO DA ANSIEDADE**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1	Substancialmente Comprometido 2				Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5			
Utentes	U1				U2				U3				U4			
Indicadores Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Elimina os precursores da ansiedade	2	4	4	5	1	1	2	4	1	2	2	5	2	2	3	3
Planeia estratégias para situações stressantes	2	3	4	5	2	2	3	4	2	2	3	4	2	3	4	4
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	3	4	5	1	1	3	4	1	2	3	4	2	2	3	3
Refere diminuição na duração dos episódios	-	2	4	4	2	2	3	5	-	3	4	4	3	3	3	3
Refere maior espaço de tempo entre episódios	1	3	3	4	1	1	3	4	2	2	2	3	3	3	4	4
Mantém concentração	2	3	4	5	2	3	4	5	3	3	3	4	2	3	3	4
Refere sono adequado	1	1	3	4	2	4	4	4	1	2	4	5	3	4	3	4
Refere ausência de manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	2	3	3	4	1	1	3	4	4	4	4	4

**IDEACÃO SUICIDA**

**Escala:** Extremamente comprometido a Não comprometido

Extremamente Comprometido 1		Substancialmente Comprometido 2				Moderadamente Comprometido 3				Levemente Comprometido 4				Não Comprometido 5			
Utentes		U1				U2				U3				U4			
Indicadores	Data:	11/3	29/4	27/5	28/6	16/3	3/5	27/5	5/7	5/4	19/5	7/6	6/7	23/2	26/4	24/5	8/6
Expressão de determinação para viver		1	3	4	5	1	2	4	4	1	1	3	4	2	3	3	4
Procura ajuda ao sentir-se autodestrutivo/a		3	3	4	4	1	1	3	5	2	3	3	5	3	4	4	4
Verbaliza ideias suicidas		1	4	4	5	1	2	2	4	1	2	2	4	3	4	4	4
Plano para suicídio		3	4	4	5	1	2	4	4	1	2	3	4	4	4	5	5
Mantém o autocontrolo sem supervisão		2	3	5	5	2	3	4	5	2	2	3	4	3	3	3	4
Mantém vínculo nos relacionamentos		2	3	4	4	1	3	3	4	2	3	3	4	3	3	4	4
Verbaliza controlo dos impulsos		2	2	4	5	1	2	4	4	1	2	2	4	4	4	5	5

## **ANEXO 3**

(Tabelas de avaliação de resultados de U1)

**U1/ PERCEPÇÃO DE SI – RESULTADO I**

<b>PERCEPÇÃO DE SI</b>	<b>Avaliação Inicial 11/03</b>	<b>2ª Avaliação 29/04</b>	<b>3ª Avaliação 27/05</b>	<b>4ª Avaliação 28/06</b>
Indicadores:				
Apresentação (vestuário, arranjo pessoal, higiene...)	Higiene cuidada, cabelos curtos desarranjados, roupas escuras	Adequada, maior harmonia na apresentação.	Higiene cuidada. Arranjada de forma harmoniosa, unhas arranjadas e pintadas	Higiene cuidada, cabelos arranjados, vestuário adequado, unhas arranjadas e pintadas.
Postura e morfologia (temeroso, defensivo, dominador, contração...)	Retraída adoptando inicialmente uma postura defensiva.	Mantém por vezes postura retraída.	Postura por vezes retraída, demonstrando maior à-vontade nas intervenções.	Menor contração, refere sentir-se bem na interação com a equipa.
Expressão e mímica (tom de voz, movimentos com as mãos/corpo...)	Tom de voz baixo, mantém-se imóvel durante grande parte da entrevista.	Mantém tom de voz baixo, com imobilidade dos membros.	Tom de voz baixo, maior movimento dos membros, mostrando abertura na forma de comunicar.	Mais expressiva no contacto. Tom de voz baixo.
Motricidade/Harmonia dos movimentos (tiques, tremores, maneirismos...)	Harmonia de movimentos, lentificação de movimentos	Movimentos harmoniosos mas lentificados	Maior amplitude e expressividade de movimentos.	Harmonia nos movimentos, sem tiques, denotando maior confiança em si.
Contacto e linguagem (simpático, empático...)	Contacto simpático com linguagem adequada.	Mantém contacto simpático com linguagem adequada	Contacto simpático com linguagem adequada.	Contacto simpático e demonstrando empatia, linguagem adequada.
Estado do humor (deprimido, elevado, ansioso, irritável...)	Humor deprimido, ansiedade elevada.	Humor deprimido mantém ansiedade.	Humor menos deprimido, ansiedade relacionada com queixas somáticas.	Eutímica, revela ansiedade relacionada com receio em ficar novamente doente.

**U1/ CONSCIÊNCIA – RESULTADO II**

<b>CONSCIÊNCIA</b>	<b>Avaliação Inicial 11/03</b>	<b>2ª Avaliação 29/04</b>	<b>3ª Avaliação 27/05</b>	<b>4ª Avaliação 28/06</b>
<b>Indicadores:</b>				
<b>Discurso (clareza e continuidade)</b>	Discurso pouco claro, muitas vezes sem continuidade.	Discurso claro mas sem continuidade demonstrada.	Clareza e continuidade do discurso presentes.	Discurso claro e com continuidade.
<b>Reflexibilidade (automatismos)</b>	Presente	Demonstra reflexibilidade, observável no discurso.	Reflexibilidade demonstrada no discurso e comportamento.	Reflexibilidade demonstrada no discurso e comportamento.
<b>Orientação</b>	Orientada, sem estreitamento do campo da consciência.	Orientada no tempo espaço e pessoa	Orientada no tempo espaço e pessoa, sem estreitamento do campo.	Orientada no tempo espaço e pessoa, sem estreitamento do campo.
<b>Atenção e concentração</b>	Atenta, refere dificuldade na concentração.	Atenção nas atividades, refere ligeiras melhoras na concentração.	Atenção nas atividades, refere maior concentração.	Atenção nas atividades, refere maior concentração.
<b>Consciência de si</b>	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.
<b>Consciência do corpo</b>	Consciência do corpo, com exacerbação das queixas somáticas.	Apresenta consciência do corpo, mantém queixas somáticas.	Consciência do corpo, com redução das queixas somáticas.	Consciência do corpo, com redução das queixas somáticas.

**U1 / PENSAMENTO – RESULTADO III**

<b>PENSAMENTO</b>	Avaliação Inicial 11/03	2ª Avaliação 29/04	3ª Avaliação 27/05	4ª Avaliação 28/06
Indicadores:				
Forma de pensamento (fuga de ideias, lenificado, respostas ao lado ...)	Pensamento por vezes lento.	A forma do pensamento encontra-se melhorada, responde mais rapidamente às questões de forma acertada.	Sem alteração da forma de pensamento.	Sem alteração da forma de pensamento.
Conteúdos do pensamento (depressivo, persecutório, polimorfo, delírio ...)	Conteúdo depressivo, pensa-se incapaz de realizar as atividades. ( <i>por vezes pensa em desaparecer</i> ) (sic).	Conteúdo depressivo embora melhorado, sem ideação suicida. Refere medo em se sentir mal na realização de atividades.	Sem ideação suicida, mostra interesse em iniciar novas atividades. (Tenho vontade de fazer um curso na Universidade Sénior) (sic).	Sem ideação suicida. Mostrou vontade em iniciar alguma atividade de voluntariado, fez inscrição na liga dos amigos do HGO. Também já possui informação sobre os cursos da Universidade Sénior do Seixal, está a aguardar a abertura das inscrições.
Representação da memória (amnésia antrógrada e retrógrada, para factos recentes, confabulação...)	Refere que ultimamente se esquece mais das coisas, principalmente do local onde coloca os objetos.	Verbaliza melhoria da memória, mas referiu que na semana passada deixou o cartão multibanco no hipermercado e que andou dois dias à procura do mesmo.	Memória melhorada. Utiliza estratégias para não se esquecer das coisas como anteriormente.	Sobreponível à avaliação anterior, sentindo-se capaz de voltar a estudar.
Senso-percepção (ilusão, alucinação, agnosia ...)	Sem compromisso	Sem compromisso	Sem compromisso	Sem compromisso

**U1/ SONO – RESULTADO IV**

SONO	Avaliação Inicial 11/03	2ª Avaliação 29/04	3ª Avaliação 27/05	4ª Avaliação 28/06
Indicadores:				
Horas de sono	Dorme cerca de 5/6 horas	Agora dorme cerca de 8h/dia	Dorme cerca de 7/8h dia	Dorme cerca de 8h dia
Qualidade do sono	Sono não reparador, dificuldade em sair da cama de manhã.	Refere sono mais reparador, com maior facilidade em levantar-se.	Refere sono reparador, maior facilidade em levantar-se, e iniciar as atividades diárias.	Refere sono reparador, maior facilidade em levantar-se, e iniciar as atividades diárias, que faz sem dificuldade.
Eficácia do sono (tempo dormido/tempo total que tenta dormir)	Refere insônia, só adormece a altas horas embora vai para a cama por volta das 00.00h. (sic.)	Adormece por volta das 23h. Refere que agora só acorda 1 ou 2 vezes por noite. Associa estas melhoras à nova medicação.	Passou a utilizar também algumas medidas de higiene de sono, com sucesso. Adormece com mais facilidade.	Na maioria das noites adormece sem dificuldades, estas apenas surgem quando ao longo do dia teve muitos assuntos para tratar.
Sono ininterrupto	Acorda várias vezes. Parece que está sempre alerta (sic.)	<i>“Agora só acordo 1 ou 2 vezes por noite”.</i>	Dorme durante grande parte da noite. Dorme até 6h seguidas por noite.	Refere sono ininterrupto durante grande parte da noite.
Sensação de rejuvenescimento após o sono	Quando acorda refere sentir-se mais cansada do que quando se deitou, diminuição da vitalidade com dificuldade em sair da cama no período da manhã.	Levanta-se sem dificuldade. Mas continua a referir aumento da vitalidade ao longo do dia, sentindo maior vontade para realizar atividades ao final da tarde.	Levanta-se sem dificuldade. Passou a caminhar pela manhã com um grupo de amigos.	Refere vontade para realizar atividades pela manhã. Verbaliza necessidade de fazer um pequeno repouso após o almoço.
Acordar em horários adequados	Extremamente comprometido	Melhorado, refere acordar por volta das 8/9 horas.	Mantido, acorda às 8h para levar a neta à escola, após o qual vai caminhar.	Mantido, acorda às 8h para levar a neta à escola, após o qual vai caminhar.

**U1/ AUTO ESTIMA – RESULTADO V**

AUTOESTIMA	Avaliação Inicial 11/03	2ª Avaliação 29/04	3ª Avaliação 27/05	4ª Avaliação 28/06
Indicadores:				
Verbaliza aceitação das próprias limitações	“ <i>Sinto desespero por não conseguir fazer as coisas como antes, às vezes penso que não ando cá a fazer nada.</i> ” (sic.)	Sente-se melhorada, mas refere sentir-se sobrecarregada com as atividades.	Percebe as limitações como um processo evolutivo natural.	Percebe as limitações e verbaliza estratégias para lidar com as mesmas
Mantém contacto visual	No início com olhar apontado ao chão, evitando o contacto visual.	Mantém contacto visual, permanece em posição frontal.	Mantém contacto visual	Mantém contacto visual
Descreve-se de forma positiva	Sente-se mal por falta de vitalidade.	Descreve-se de forma sombria, sem capacidades para avançar.	Revela maior confiança nas suas capacidades.	Refere vontade em iniciar novos projetos.
Realização de papéis com significado pessoal	Sente-se bem no papel de mãe e de esposa, embora refira dificuldade em desempenhá-los como anteriormente.	Sente-se bem no papel de mãe e de esposa.	Refere vontade em desempenhar papéis na comunidade. Pensa em voluntariado.	Fez inscrição para voluntariado no HGO. E aguarda inscrições para universidade sénior.
Nível de confiança	Sem confiança, referindo mesmo medo na realização de algumas atividades por receio em se sentir mal.	Sem confiança em si mesmo.	Mais confiante, está a tratar de assuntos pessoais e familiares que se encontravam pendentes.	Mais confiante. Pensa em alguns projetos para o futuro.
Descrição de sucesso no trabalho, escola, grupos sociais	Atualmente substancialmente comprometido.	Ao falar do passado revela sucesso e orgulho no seu desempenho escolar e profissional.	Integra um grupo de amigos, fazem caminhadas diárias, e organizam regularmente convívios.	Há procura de trabalho, refere sentir-se útil, sentindo necessidade de ocupação.
Verbaliza orgulho de si mesmo	Verbaliza sentimentos de não valia/inutilidade.	Auto-desvalorização. Refere orgulho do seu passado.	Desvaloriza continuamente as atividades que faz. “ <i>Quero fazer melhor</i> ”	Refere brio na forma como tem conseguido resolver os problemas.
Sentimentos de auto valorização	Sem vontade/capacidade para tratar de assuntos familiares, que anteriormente tomava a cargo.	Passou a cuidar da neta, na ausência da filha, por questões laborais.	Acompanhou a sobrinha a consulta médica em Espanha. “ <i>Foi bom</i> ”	“ <i>Tudo o que passei a fazer dá-me mais confiança para o futuro</i> ”

**U1 / DESEMPENHO DO PAPEL – RESULTADO VI**

<b>DESEMPENHO DO PAPEL</b>	Avaliação Inicial 11/03	2ª Avaliação 29/04	3ª Avaliação 27/05	4ª Avaliação 28/06
Indicadores:				
Desempenho de papéis na família	Tenta desempenhar de forma eficiente os papéis de esposa e mãe.	Desempenha de forma eficaz os papéis na família, mas desvaloriza-os.	Refere desempenho positivo de papéis. <i>“Estou a tratar dos assuntos familiares”</i>	Refere desempenho positivo de papéis na família.
Desempenho de papéis na comunidade	Sem atividades na comunidade por receio de não conseguir corresponder às expectativas.	Mostra interesse em iniciar trabalho de ajuda na comunidade, não sabe como. Mostra indecisão.	Decidida a fazer voluntariado, embora manifeste algum receio sobre as suas possibilidades.	Inscreveu-se na liga de amigos do HGO para fazer voluntariado.
Desempenho de papéis no trabalho	Não se aplica no momento	Não se aplica no momento	Não se aplica no momento	Não se aplica no momento
Descrição de mudanças de comportamento mediante doença ou incapacidade	Abandonei o meu trabalho por não conseguir desempenhar as funções como anteriormente. <i>“Tenho receio de sair, às vezes sinto que vou desmaiar, por isso estou sempre em casa”.</i>	Com o atual estado de saúde passou a estar muito mais tempo em casa, raramente sai, sente não ser boa companhia neste momento recusando os convites das amigas.	<i>“Agora sinto-me melhor, estou a tentar adaptar-me à minha situação de saúde. Passei a fazer caminhadas com um grupo de amigos, por vezes fico muito cansada.”</i>	<i>“Percebi como posso enfrentar as dificuldades, estou mais forte e sinto a necessidade de ocupar o tempo.”</i>
Confronto por expectativa do papel	Refere que não consegue tratar dos assuntos que os familiares pedem, como desejava, demorando muito mais tempo para o conseguir.	Refere dificuldade em tra-tar de assuntos, que antes resolvia sem dificuldade. <i>“As coisas são simples de resolver mas parecem nunca ter fim”</i>	Mantém dificuldade em tratar de assuntos que anteriormente resolvia sem dificuldade.	Demonstra maior à-vontade em desempenhar os vários papéis a que se obriga.
Capacidade para satisfazer as expectativas do papel	Sem estratégias	Reconhece que algumas estratégias são importantes mas sem determinação.	Mais consciente das suas limitações, utiliza algumas estratégias de adaptação.	Refere maior determinação para corresponder às suas próprias expectativas.
Conhecimento dos períodos de transição dos papéis	Demonstrado, mas com dificuldade em aceitar.	Mais consciente sobre o reconhecimento de transição de papéis.	Mais consciente sobre o reconhecimento de transição de papéis.	Conhece e refere aceitar a necessidade da adaptação à transição de papéis.

**U1/ CONTROLO DA ANSIEDADE – RESULTADO VII**

<b>CONTROLO DA ANSIEDADE</b>	Avaliação Inicial 11/03	2ª Avaliação 29/04	3ª Avaliação 27/05	4ª Avaliação 28/06
Indicadores:				
Elimina os precursores da ansiedade	Ausente	Demonstrado	Demonstrado, com implementação de algumas estratégias.	Implementa estratégias eficazes para eliminar precursores da ansiedade.
Planeia estratégias para situações stressantes	As estratégias utilizadas não são colocadas em prática conscientemente.	Maioritariamente de forma inconsciente. Planeia algumas estratégias.	Planeia estratégias para situações de stress.	Planeia eficazmente estratégias para situações de stress.
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	Ausente	Em fase de ensino e treino nas consultas de enfermagem.	Refere a realização de exercícios respiratórios.	Refere a realização de exercícios respiratórios de forma continuada.
Refere diminuição na duração dos episódios	Não se aplica nesta fase.	Não sabe especificar.	Percebe uma diminuição na duração dos episódios	“Quando ocorrem, são resolvidos rapidamente”
Refere maior espaço de tempo entre episódios	Não se aplica nesta fase.	Maior espaço de tempo entre episódios.	Refere maior espaço de tempo entre episódios.	Refere ausência de episódios de ansiedade prolongados.
Mantém concentração	Dificuldade na concentração	Mais concentrada no assunto a tratar	Concentrada	Concentrada e interessada
Refere sono adequado	Refere alteração do sono (insónia + sono não reparador)	Mantém alteração do sono, referindo insónia inicial. Foi ajustada a medicação.	Refere sono mais reparador, maior facilidade em levantar-se, e iniciar as atividades diárias.	Refere sono adequado, mantém toma de indutor de sono.
Refere ausência de manifestações físicas de ansiedade	Manifestações físicas de ansiedade presentes, referindo cefaleias, dores musculares e articulares, diminuição de força muscular, sensação de lipotimia (...).	Mantém manifestações físicas de ansiedade, com exacerbação de queixas físicas.	Mais adaptada ao seu processo de saúde, refere mais capacidades físicas, relacionando por vezes as queixas às caminhadas e outras atividades que passou a fazer.	Manifestações físicas de ansiedade ausentes.

**U1/ IDEACÃO SUICIDA – RESULTADO VIII**

<b>IDEACÃO SUICIDA</b>	<b>Avaliação Inicial 11/03</b>	<b>2ª Avaliação 29/04</b>	<b>3ª Avaliação 27/05</b>	<b>4ª Avaliação 28/06</b>
Indicadores:				
Expressão de determinação para viver	Refere vontade de desaparecer, não sentindo capacidade para continuar a viver.	Com a ajuda que encontrou na UICS está mais confiante com o futuro.	Com maior confiança em si e consciente das dificuldades.	Apresenta determinação para viver, tem alguns projetos para o futuro.
Procura ajuda ao sentir-se autodestrutivo/a	Quando não sente bem procura a sua médica de família. Nos últimos 6 meses recorreu também 5 vezes ao serviço de urgência.	Verbaliza com maior facilidade as suas dificuldades.	Quando sente necessidade procura ajuda junto da equipa da UICS.	<i>“Sinto-me mais preparada para perceber quando necessito de ajuda e agora sei como procurá-la.”</i>
Verbaliza ideias suicidas, quando presentes	Refere que não falou com ninguém sobre as ideias em desaparecer ou atirar-se pela janela.	Sem ideias de suicídio.	Sem ideias de suicídio.	Sem ideias de suicídio.
Revela plano para suicídio, se existir	Sem plano para suicídio, mas refere por vezes impulso em se mandar pela janela (7º andar)	Sem plano para suicídio.	Sem plano para suicídio.	Sem plano para suicídio.
Mantém o autocontrolo sem supervisão	Sem capacidade para autocontrolo da sintomatologia depressiva	Reconhece a importância do autocontrolo.	Apresenta controlo de impulsos.	Apresenta controlo de impulsos.
Mantém vínculo nos relacionamentos	Vínculos mantidos apenas com familiares diretos e médica de família.	Mantém vínculos com familiares e elementos da UICS.	Vínculos anteriores mantidos. Refere vínculos com algumas amigas.	Vínculos mantidos. Aspecto importante no trabalho realizado em parceria com a utente na UICS
Verbaliza controlo dos impulsos	Apresenta controlo de impulsos para suicídio. Mas dificuldade em controlar os impulsos relacionados com auto desvalorização.	Apresenta controlo de impulsos para suicídio.	Refere maior competência no controlo de impulsos.	Refere controlo dos impulsos

## **ANEXO 4**

(Tabelas de avaliação de resultados de U2)

**U2/ PERCEÇÃO DE SI – RESULTADO I**

<b>PERCEÇÃO DE SI</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Indicadores:</b>	<b>16/3</b>	<b>3/5</b>	<b>27/5</b>	<b>5/7</b>
Apresentação (vestuário, arranjo pessoal, higiene...)	Vestuário de tons escuros, casaco pesado e desadequado, higiene cuidada, cabelos curtos e penteados, barba por fazer (+ de 3 dias).	Mantém higiene cuidada, cabelos arranjados, barba feita hoje. Mantém vestuário de tons escuros e aspecto pesado.	Mantém higiene cuidada, cabelos arranjados, barba feita. Vestuário mais adequado à época e clima.	Mantém higiene cuidada, cabelos arranjados, barba feita. Vestuário mais adequado à época, tons claros e aspecto fresco.
Postura e morfologia (temeroso, defensivo, dominador, contração...)	Inicialmente retraído, adoptando uma postura defensiva e contraída. Morfologia tipo picnica.	Mantém postura contraída, que vai aliviando ao longo da entrevista.	Postura menos defensiva.	Mostra-se mais confiante com uma postura menos defensiva. Maior espontaneidade na comunicação.
Expressão e mímica (tom de voz, movimentos com as mãos/corpo...)	Tom de voz muito baixo, rosto expressa tristeza, manteve-se imóvel ao longo da entrevista.	Mantém expressão de tristeza, tom de voz mais adequada ao contexto.	Mantém expressão de tristeza, tom de voz mais adequada ao contexto. Maior harmonia de movimentos com os membros, tronco imóvel.	Tom de voz adequada ao contexto, apresentando movimento dos braços harmonioso.
Motricidade/Harmonia dos movimentos (tiques, tremores, maneirismos...)	Apresenta tremores das mãos que o Sr. José refere, hoje serem menores.	Refere que os tremores das mãos acontecem quando está ansioso ou em situações de stress.	Tremor das mãos menos frequentes, quando acontecem a sua intensidade é menor. Relaciona com redução da ansiedade.	Refere que treme menos das mãos. <i>“Já consigo fazer movimentos finos, como a decoração dos bolos. Ando menos ansioso”.</i>
Contacto e linguagem (simpático, empático...)	Contacto e linguagem adequados à situação	Contacto e linguagem adequados à situação	Contacto e linguagem adequados à situação. <i>“Estas consultas têm me ajudado a ultrapassar algumas dificuldades que tenho na comunicação.”</i>	Contacto e linguagem som compromisso.
Estado do humor (deprimido, elevado, ansioso, irritável...)	Humor deprimido, revela ansiedade. Não encontra solução para tantos problemas o que lhe provoca irritabilidade fácil.	Instabilidade do humor. Quando tenta resolver os problemas não o faz da forma mais assertiva provocando-lhe mais ansiedade.	Humor deprimido mas refere menor ansiedade. <i>“A forma como estou a resolver os problemas está a ajudar-me a reduzir à ansiedade.”</i>	Eutímico, refere momentos de ansiedade, relacionada com a resolução de problemas.

**U2/ CONSCIÊNCIA – RESULTADO II**

<b>CONSCIÊNCIA</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Indicadores:</b>	16/3	3/5	27/5	5/7
Discurso (clareza e continuidade)	Discurso repetitivo e circular, por vezes com pausas que parecem ser utilizadas para recuperar o tema. Por vezes aparente fuga de ideias	Mantém discurso repetitivo e circular, embora consiga manter o assunto.	Maior continuidade no discurso, por vezes existe a necessidade de clarificar o verbalizado.	Comunicação adequada ao contexto. Mantém continuidade e clareza no discurso.
Reflexibilidade (automatismos)	Presente	Refere por vezes dificuldade em articular as ideias. Este aspecto não é perceptível.	Presente	Presente
Orientação	Orientada, sem desorganização/desagregação	Orientada, sem desorganização/desagregação	Orientada, sem desorganização/desagregação	Orientada, sem desorganização/desagregação
Atenção e concentração	Dificuldade na concentração, mostra-se atento.	Por vezes mantém dificuldade na concentração. Parecendo atento ao contexto.	Concentrado, atento ao contexto.	Atento e concentrado.
Consciência de si	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Não comprometida	Não comprometida
Consciência do corpo	Presente	Presente	Presente	Presente

**U2/ PENSAMENTO – RESULTADO III**

<b>PENSAMENTO</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Indicadores:</b>	<b>16/3</b>	<b>3/5</b>	<b>27/5</b>	<b>5/7</b>
Forma de pensamento (fuga de ideias, lentificado, respostas ao lado ...)	Aparente fuga de ideias, por vezes circula por detalhes não atingindo as ideias centrais. Lentificado por vezes com necessidade de pausas para recuperar a <i>ponta à meada</i> .	Sem fuga de ideias mas por vezes circula por detalhes não atingindo as ideias centrais. Lentificado por vezes com necessidade de pausas para recuperar a <i>ponta à meada</i> .	Sem fuga de ideias. Mantém pensamento lentificado.	Levemente comprometido.
Conteúdos do pensamento (depressivo, persecutório, polimorfo, delírio ...)	Depressivo, com ideação suicida.	Depressivo	Depressivo	Conteúdos do pensamento levemente comprometido. Por risco de pensamento depressivo.
Representação da memória (amnésia antrógrada e retrógrada, para factos recentes, confabulação...)	Levemente comprometido	Refere dificuldade em relembra-se de factos recentes.	Levemente comprometido.	Levemente comprometido.
Senso-percepção (ilusão, alucinação, agnosia ...)	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração

**U2/ SONO – RESULTADO IV**

<b>SONO</b>	<b>Avaliação Inicial</b> 16/3	<b>2ª Avaliação</b> 3/5	<b>3ª Avaliação</b> 27/5	<b>Avaliação Final</b> 5/7
Indicadores:				
Horas de sono	Refere insónia inicial. Há noites em que dorme apenas 3/4horas.	Quando toma a medicação dorme 6/7 horas por noite.	Refere cumprir a toma da medicação conforme indicação. Dorme melhor cerca de 7h.	Dorme cerca de 7/8 horas. Cumpre a toma correcta da medicação
Qualidade do sono	Reparador nas noites em que dorme. <i>“nas noites em que durmo bem acordo bem-disposto”</i> (sic.)	Passou a dormir mais horas, mais noites. Refere sono reparador	Refere sono reparador	Refere sono reparador
Eficácia do sono (tempo dormido/tempo total que tenta dormir)	Refere dificuldade em adormecer, vai para a cama e fica às voltas sem conseguir adormecer. Acorda muito cedo especialmente quando anda mais ansioso.	Insónia inicial. Quando não toma os medicamentos este problema não está tão presente.	Levemente comprometido. Por vezes acorda cedo por estar preocupado em ir buscar a companheira à estação.	Levemente comprometido.
Sono ininterrupto	Em momentos de maior ansiedade acorda várias vezes durante a noite.	Por ansiedade acorda durante a noite.	Refere dormir durante mais tempo sem interrupções.	Sono ininterrupto, praticamente em todas as noites. Acorda apenas quando a neta está adoentada e chora.
Sensação de rejuvenescimento após o sono	Refere acordar cedo não sentindo necessidade de ficar na cama	Refere acordar cedo não sentindo necessidade de ficar na cama	Refere sentir-se bem ao acordar, não sente necessidade de ficar na cama mais tempo.	Nas manhãs quando acorda sente-se bem .
Acordar em horários adequados	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado

**U2/ AUTO ESTIMA – RESULTADO V**

<b>AUTOESTIMA</b>	<b>Avaliação Inicial</b> 16/3	<b>2ª Avaliação</b> 3/5	<b>3ª Avaliação</b> 27/5	<b>Avaliação Final</b> 5/7
Indicadores:				
Verbaliza aceitação das próprias limitações	Não aceita as suas limitações, refere que os problemas económicos não existiriam se pudesse trabalhar.	Mantém a postura relativamente às suas dificuldades. Não-aceitação	Percebe que não aceitar as suas dificuldades é um entrave ao processo de recuperação e estabilização.	Mais adaptado às suas limitações. <i>“percebi que se não aceitar o meu estado de saúde, também não consigo resolver os problemas”</i>
Mantém contacto visual	Evita o contacto visual, olhar focado no chão.	Continua a evitar contacto visual, durante as entrevistas.	Mais contacto visual, embora continue a <i>esconder-se por detrás dos óculos</i> .	Mantém contacto visual por períodos.
Descreve-se de forma positiva	Verbaliza sentimentos de não valia, como: <i>“já não presto para nada”</i> .	<i>“Nuca vou conseguir resolver todos os meus problemas”</i>	Não se descreve de forma positiva, verbaliza incapacidade para trabalhar.	Refere alguns aspectos positivos relacionados ao papel de pai e marido.
Realização de papéis com significado pessoal	Substancialmente comprometido. Na atualidade não faço dada que me dignifique. As poucas atividades que faço, relacionam-se com ações domésticas.	Mantém-se substancialmente comprometido.	Encontra-se à procura de outro trabalho.	<i>“Estou a fazer algum trabalho em casa para vender para fora, isto é importante pois há muitos meses que não fazia nada”</i> .
Nível de confiança	Sem confiança em si próprio. Refere ser impossível arranjar emprego remunerado de acordo com a sua formação e experiência.	Sem confiança em si próprio.	Encontra-se à procura de outro trabalho. Não demonstra confiança nas suas possibilidades para ter sucesso.	Mais confiante. Utiliza técnica de resolução de problemas. Refere que já conseguiu resolver alguns problemas.
Descrição de sucesso no trabalho, escola, grupos sociais	Apenas consegue referir aspectos negativos ( <i>esqueci-me de colocar o açúcar nas bolachas foram todas para o lixo</i> )	Refere que antes era um excelente pasteleiro e tinha muitos amigos, <i>“agora afastaram-se todos”</i>	Refere que se tem encontrado com amigos que já não via a algum tempo. <i>“Estão a tentar ajudar-me.”</i>	Para além de fazer uns trabalhos em casa, também fez uns pequenos serviços ao fim de semana numa colectividade.
Verbaliza orgulho de si mesmo	Desvaloriza-se permanentemente.	Auto-desvaloriza-se.	Mantém discurso de auto-desvalorização.	Sem orgulho em si.
Sentimentos de auto valorização	Ausentes, no entanto, refere que no passado conseguia resolver todos os problemas da melhor forma, hoje as dificuldades são sentidas como barreiras impossíveis de ultrapassar.	Auto-desvalorização.	Desvaloriza os seus sucessos.	Mais confiante nas suas capacidades.

**U2/ DESEMPENHO DO PAPEL – RESULTADO VI**

<b>DESEMPENHO DO PAPEL</b>	Avaliação Inicial 16/3	2ª Avaliação 3/5	3ª Avaliação 27/5	Avaliação Final 5/7
Indicadores:				
Desempenho de papéis na família	Comprometidos, revelando dificuldade no relacionamento com a filha e a enteada	Mantêm-se os problemas de relacionamento principalmente coma enteada.	Refere que tem conseguido resolver alguns problemas relativamente à enteada.	Tudo está a funcionar melhor, foi muito importante a estratégia que treinei nas consultas.
Desempenho de papéis na comunidade	Sem qualquer ocupação.	Sem qualquer ocupação.	Passou a conviver com colegas que não encontrava há algum tempo.	Faz uns pequenos serviços ao fim de semana numa colectividade.
Desempenho de papéis no trabalho	De baixa, refere no entanto que o seu lugar na empresa foi ocupado por outro colega.	De baixa, refere no entanto que o seu lugar na empresa foi ocupado por outro colega.	De baixa, refere no entanto que o seu lugar na empresa foi ocupado por outro colega.	De baixa de longa duração. Sente-se com capacidade para voltar a trabalhar.
Descrição de mudanças de comportamento mediante doença ou incapacidade	Refere alterações significativas que relaciona com o estado de saúde atual.	Refere alterações significativas que relaciona com o estado de saúde atual.	As incapacidades provocaram dificuldades laborais, levando à baixa.	Refere maior adaptação às suas dificuldades.
Confronto por expectativa do papel	Revela desconforto no confronto com o desempenho do papel de pai e possível alteração de categoria profissional quando voltar ao activo.	Revela desconforto no confronto com o desempenho do papel de pai e possível alteração de categoria profissional quando voltar ao activo.	Revela desconforto por possível alteração de categoria profissional quando voltar ao activo.	Mantém desconforto por possível alteração de categoria profissional, pelo que está decidido em procurar novo trabalho.
Capacidade para satisfazer as expectativas do papel	Sem estratégias	Mais confiante, mas refere incapacidade para o desempenho dos vários papéis.	Refere sentir-se mais preparado para desempenhar de forma mais positiva os papéis que lhe são exigidos.	Confiante nas ferramentas que tem ao seu dispor para desempenhar de forma mais positiva os papéis que lhe são exigidos.
Conhecimento dos períodos de transição dos papéis	Nomeia períodos de transição no desempenho dos papéis ao longo da vida, mas revela dificuldades na aceitação e adaptação.	Mantém dificuldade em se adaptar à transição de papéis.	Maior aceitação da transição de papeis.	Não comprometido.

**U2/ CONTROLO DA ANSIEDADE – RESULTADO VII**

<b>CONTROLO DA ANSIEDADE</b>	<b>Avaliação Inicial 16/3</b>	<b>2ª Avaliação 3/5</b>	<b>3ª Avaliação 27/5</b>	<b>Avaliação Final 5/7</b>
Indicadores:				
Elimina os precursores da ansiedade	Não demonstrado	Não demonstrado	Conhece mas não utiliza estratégias corretamente.	Implementa estratégias eficazes para eliminar precursores da ansiedade.
Planeia estratégias para situações stressantes	Utiliza estratégias erróneas causadoras de mais ansiedade	Mantém comportamentos anteriores.	Planeia algumas estratégias para situações de stress	Planeia eficazmente estratégias para situações de stress.
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	Refere desconhecer as indicações do relaxamento, denotando dúvidas sobre o seu efeito.	Refere dúvidas sobre efectividade das técnicas.	Refere que faz alguns exercícios respiratórios quando está mais ansioso.	Passou a fazer mais regularmente exercícios respiratórios.
Refere diminuição na duração dos episódios	Refere sentir-se em permanente estado de ansiedade.	Refere sentir-se em permanente estado de ansiedade.	Refere ligeira diminuição na duração dos episódios.	Refere maior controlo sobre episódios de ansiedade.
Refere maior espaço de tempo entre episódios	Refere sentir-se constantemente ansioso.	Refere ansiedade constante.	Refere maior espaço de tempo entre episódios.	Refere ausência de episódios de ansiedade prolongados.
Mantém concentração	Dificuldade na concentração (estou sempre a esquecer-me das coisas).	Mantém dificuldade na concentração.	Mais concentrado	Mantém concentração
Refere sono adequado	Insónia iniciais e intermédia, agravadas quando não toma a medicação.	Refere sono adequado quando faz a medicação corretamente.	Refere sono adequado.	Refere sono adequado.
Refere ausência de manifestações físicas de ansiedade	Quando está mais ansioso refere aumento dos tremores das mãos.	Menos ansioso, refere diminuição dos tremores.	Refere diminuição dos tremores.	Manifestações físicas de ansiedade ausentes.

**U2/ IDEACÃO SUICIDA – RESULTADO VIII**

<b>IDEACÃO SUICIDA</b>	<b>Avaliação Inicial 16/03</b>	<b>2ª Avaliação 3/05</b>	<b>3ª Avaliação 27/05</b>	<b>4ª Avaliação 5/07</b>
Indicadores:				
Expressão de determinação para viver	Sem determinação para viver, refere plano para desaparecer.	Mantém discurso auto-destrutivo e sem planos para o futuro.	Maior confiança em si e consciente das dificuldades.	Apresenta determinação para viver, tem alguns projetos para o futuro.
Procura ajuda ao sentir-se autodestrutivo/a	Não procura ajuda	Não procura ajuda	Ao longo das entrevistas pede ajuda sempre que se justifica. A esposa refere que o Sr. U2 está mais comunicativo, passou a falar com ela sobre problemas que dizem respeito aos dois.	Refere sentir-se mais preparado para perceber quando necessita de pedir ajuda. E sabe onde poderá fazê-lo.
Verbaliza ideias suicidas, quando presentes	Não falou com ninguém sobre as ideias de suicídio até hoje.	Apresenta risco de ideias de suicídio.	Mantém risco de ideias para suicídio.	Sem ideias de suicídio.
Revela plano para suicídio, se existir	<i>“O Sr. Enfermeiro é a única pessoa a quem falei do meu plano.”</i>	Refere que o plano que tinha idealizado era a única saída que conseguia ver.	Sem plano para suicídio.	Sem plano para suicídio.
Mantém o autocontrolo sem supervisão	Autocontrolo substancialmente comprometido.	Autocontrolo comprometido.	Maior autocontrolo	Apresenta controlo de impulsos.
Mantém vínculo nos relacionamentos	Sem vínculo nos relacionamentos, a partir do momento que começou a ter problemas afastou-se de todos os amigos e colegas.	Mantém vínculo com elementos da equipa da UICS.	Mantém vínculo com elementos da equipa da UICS.	Mantém vínculos.
Verbaliza controlo dos impulsos	Sem controlo dos impulsos.	Mantém dificuldade em controlar os impulsos.	Refere controlo mais adequado dos impulsos.	Refere maior controlo dos impulsos.

## **ANEXO 5**

(Tabelas de avaliação de resultados de U3)

**U3/ PERCEPÇÃO DE SI – RESULTADO I**

<b>PERCEPÇÃO DE SI</b>	<b>Avaliação Inicial 5/04</b>	<b>2ª Avaliação 19/05</b>	<b>3ª Avaliação 7/06</b>	<b>Avaliação final 6/07</b>
<b>Indicadores:</b>				
<b>Apresentação (vestuário, arranjo pessoal, higiene...)</b>	Vestuário de tons escuros, higiene cuidada, cabelos curtos com penteado descuidado, unhas pintadas apresenta verniz estalado.	Sem harmonia no modo como se arranja, cabelo despenteado, unhas descuidadas, calçado não condiz com a época. Higiene cuidada.	Maior harmonia no modo como se arranja. Higiene cuidada, cabelos penteados e unhas curtas.	Arranja-se de forma harmoniosa. Higiene cuidada, pele hidratada, cabelos arranjados, unhas cuidadas (pintadas com tons neutros).
<b>Postura e morfologia (temeroso, defensivo, dominador, centração...)</b>	Inicialmente retraída, adoptando uma postura defensiva e contraída, apertando o saco que tem ao colo contra o abdómen, cabeça baixa e ombros caídos.	Mantém postura retraída, com aparente contração dos membros superiores. Mantém postura defensiva.	Postura retraída embora aparente maior descontração relativamente a entrevistas anteriores.	Postura retraída maior descontração.
<b>Expressão e mímica (tom de voz, movimentos com as mãos/corpo...)</b>	Tom de voz baixo, rosto expressa tristeza, manteve-se imóvel.	Mantém tom de voz baixo, rosto expressa tristeza.	Tom de voz mais adequado à situação. Expressa, por vezes, um sorriso.	Tom de voz adequado ao contexto. Movimentos harmoniosos.
<b>Motricidade/Harmonia dos movimentos (tiques, tremores, maneirismos...)</b>	Imóvel ao longo da entrevista.	Motricidade não comprometida. Ausência de harmonia de movimentos.	Apresenta harmonia de movimentos.	Motricidade não comprometida. Apresenta harmonia de movimentos.
<b>Contacto e linguagem (simpático, empático...)</b>	Contacto simpático com linguagem adequada	Contacto simpático com linguagem adequada	Contacto simpático com linguagem adequada	Contacto simpático com linguagem adequada
<b>Estado do humor (deprimido, elevado, ansioso, irritável...)</b>	Humor deprimido. Refere estado de ansiedade permanente. Labilidade emocional	Mantém humor deprimido	Refere diminuição da ansiedade. Humor eutímico.	Eutímica. Refere redução do estado de ansiedade com a capacidade para resolver problemas.

**U3/ CONSCIÊNCIA – RESULTADO II**

<b>CONSCIÊNCIA</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Indicadores:</b>	<b>5/04</b>	<b>19/05</b>	<b>7/06</b>	<b>6/07</b>
Discurso (clareza e continuidade)	Discurso por vezes pouco claro, repetitivo e circular.	Discurso repetitivo e circular em torno dos assuntos.	Maior clareza de discurso, mantendo-se por vezes repetitivo.	Clareza de discurso. Maior concentração no assunto.
Reflexibilidade (automatismos)	Presente/mantida	Presente/mantida	Presente/mantida	Presente/mantida
Orientação	Orientada, sem desorganização/desagregação, sem estreitamento do campo da consciência	Orientada, sem desorganização/desagregação, sem estreitamento do campo da consciência	Orientada, sem desorganização/desagregação, sem estreitamento do campo da consciência	Orientada, sem desorganização/desagregação, sem estreitamento do campo da consciência
Atenção e concentração	Atenção e concentração adequadas	Por vezes refere dificuldade na concentração.	Mantém dificuldade na concentração.	Mais concentrada. Revela atenção a possíveis situações de stress.
Consciência de si	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.	Apresenta consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros.
Consciência do corpo	Presente mas em conflito com a consciência do eu	Presente mas em conflito com a consciência do eu	Presente mas em conflito com a consciência do eu	Presente mas em conflito com a consciência do eu

**U3/ PENSAMENTO – RESULTADO III**

<b>PENSAMENTO</b>	<b>Avaliação Inicial</b> 5/04	<b>2ª Avaliação</b> 19/05	<b>3ª Avaliação</b> 7/06	<b>Avaliação final</b> 6/07
<b>Indicadores:</b>				
Forma de pensamento (fuga de ideias, lenificado, respostas ao lado ...)	Moderadamente comprometido (sem fuga de ideias mas por vezes circula por detalhes não atingindo as ideias centrais).	Moderadamente comprometido (sem fuga de ideias mas por vezes circula por detalhes não atingindo as ideias centrais).	Melhorado, sem fuga de ideias, sem respostas ao lado, adequado ao contexto.	Não comprometida.
Conteúdos do pensamento (depressivo, persecutório, polimorfo, delírio ...)	Depressivo, por vezes apresenta também ideias delirantes que ocorrem isoladamente.	Depressivo, por vezes apresenta também ideias delirantes que ocorrem de forma isolada.	Por vezes refere a ocorrência de pensamentos delirantes.	Mais consciente relativamente aos pensamentos delirantes. <i>“Esses pensamentos há algum tempo atrás pareciam reais”.</i>
Representação da memória (amnésia antrógrada e retrógrada, para factos recentes, confabulação...)	Refere amnésia para alguns factos recentes, com confabulação.	Mantém referência a amnésia para alguns factos recentes.	Menos ansiosa sem confabulação. Refere que a sua memória estar melhor. <i>“Não ando tão esquecida”</i>	Refere que mais facilmente se lembra de assuntos, que anteriormente tinha dificuldade em trazer à memória.
Senso-percepção (ilusão, alucinação, agnosia ...)	Com ilusão (refere sentir por vezes a presença da mãe e o cheiro a fumo de cigarro do pai, já falecidos).	Com ilusão (refere sentir por vezes a presença da mãe e o cheiro a fumo de cigarro do pai, já falecidos).	Moderadamente comprometido, refere que a recente morte da mãe pode ser a causadora dos factos referidos em entrevistas anteriores.	Levemente comprometido. <i>“Percebo que não é possível a presença dos meus pais, mas tudo parecia tão real. Isto deve-se ao facto de desejar a sua presença perto de mim nestas fases mais difíceis da minha vida.”</i>

**U3/ SONO – RESULTADO IV**

<b>SONO</b>	<b>Avaliação Inicial 5/04</b>	<b>2ª Avaliação 19/05</b>	<b>3ª Avaliação 7/06</b>	<b>Avaliação final 6/07</b>
Indicadores:				
Horas de sono	Refere dormir 4/5 horas por noite.	Refere insónia inicial. Dorme cerca de 6 horas.	Mantém sono de cerca de 6 horas.	Número de horas de sono mais adequadas (7/8 horas). <i>“Agora consigo tomar corretamente a medicação.”</i>
Qualidade do sono	Refere acordar, por vezes, mais cansada do que quando se deita.	Refere que por vezes tem dificuldade em se levantar.	Maior vitalidade. Refere que por vezes tem necessidade de dormir após o almoço.	Acorda e levanta-se sem dificuldade. <i>“Agra sou eu que vou passear o cão logo pela manhã.”</i>
Eficácia do sono (tempo dormido/tempo total que tenta dormir)	Refere dificuldade em adormecer, vai para a cama e fica às voltas na mesma sem conseguir adormecer.	Insónia inicial. <i>“Estou muito tempo na cama sem conseguir adormecer.”</i>	Adormece com maior facilidade.	Não comprometido. <i>“As atividades, que passei a fazer de dia e o ajuste da medicação ajudaram-me a dormir melhor.”</i>
Sono ininterrupto	Insónia inicial e intermédia <i>“é difícil adormecer e acordo muitas vezes durante a noite”</i> (sic.)	Refere sono agitado com pesadelos.	Refere pesadelos frequentes que prejudicam o sono.	Refere que dorme melhor, nos últimos 15 dias não teve pesadelos.
Sensação de rejuvenescimento após o sono	Quando acorda refere sentir-se cansada e sem vontade para as atividades.	Refere maior vitalidade pela manhã, necessita de descansar no período da tarde.	Maior vitalidade, com horários mais ajustados.	Refere sensação de rejuvenescimento quando se levanta, pela manhã.
Acordar em horários adequados	Refere acordar em horários adequados, mas com dificuldade em sair da cama e iniciar as atividades diárias.	Mais adaptada aos horários propostos.	Acorda em horários adequados.	Acorda sem dificuldade, em horários adequados.

**U3/ AUTO ESTIMA – RESULTADO V**

<b>AUTOESTIMA</b>	<b>Avaliação Inicial 5/04</b>	<b>2ª Avaliação 19/05</b>	<b>3ª Avaliação 7/06</b>	<b>Avaliação final 6/07</b>
Indicadores:				
Verbaliza aceitação das próprias limitações	Não aceita as próprias limitações, referindo que gostava da anterior U3 não da atual.	Continua sem aceitar as suas limitações, gostava mais de como era à algum tempo atrás.	Mais consciente das suas limitações, não as aceita.	Refere compreender algumas das suas limitações, mas considera difícil ultrapassá-las.
Mantém contacto visual	Mantém contacto visual por curtos períodos.	Mantém contacto visual por longos períodos, desvia o olhar quando fala com emoção do passado.	Mantém contacto visual por longos períodos.	Mantém contacto visual ao longo das entrevistas.
Descreve-se de forma positiva	Refere não se sentir bem consigo própria, representando todas as partes do seu corpo com o preto.	Identifica todas as partes do seu corpo de preto.	Refere que a única parte do seu corpo que não vê como tão preta é a zona onde tem tatuado o nome dos filhos.	<i>“Penso que já vejo o meu rosto de outra forma com tons mais claros, já não vejo tudo tão preto.”</i>
Realização de papéis com significado pessoal	Refere falta de prazer na realização de atividades.	Mantém falta de prazer na realização de atividades, considerando-as rotineiras.	Considera o desempenho de papéis na família com importante significado.	Refere prazer com os papéis que desempenha relacionados com a igreja e vida familiar.
Nível de confiança	Sem confiança em si própria.	Sem confiança em si própria.	Sem confiança nas suas capacidades.	Mais confiante. <i>“ Na igreja gostam do trabalho que faço.”</i>
Descrição de sucesso no trabalho, escola, grupos sociais	Ausente	Foi convidada por uma vizinha para ajudar nas atividades da igreja. Refere não saber se vai aceitar o convite, por receio de não estar à altura das exigências.	Não iniciou atividades na paróquia mas está decidida em ir ver qual a ajuda que estão a pedir.	Encontra-se a fazer trabalho comunitário na igreja perto da sua casa. <i>“Separo as roupas para doar, e ajudo na recepção de alimentos, uma vez por semana.”</i>
Verbaliza orgulho de si mesmo	Ausente, verbaliza não gostar da U3 que atualmente vê quando olha para o espelho.	Refere não gostar da atual U3, não vê aspectos positivos em nada do que faz.	Refere não gostar da atual U3, não vê aspectos positivos em nada do que faz.	Refere não gostar da U3 que atualmente vê quando olha para o espelho, mas refere orgulho em si quando fala das atividades que está a realizar na igreja.
Sentimentos de auto valorização	Ausentes	Ausentes	Desvaloriza-se constantemente.	Mais consciente das suas capacidades, mas mantém postura de auto desvalorização relativamente ao seu aspecto e desempenho de atividades de doméstica.

**U3/ DESEMPENHO DO PAPEL – RESULTADO VI**

<b>DESEMPENHO DO PAPEL</b>	Avaliação Inicial 5/04	2ª Avaliação 19/05	3ª Avaliação 7/06	Avaliação final 6/07
Indicadores:				
Desempenho de papéis na família	Conflitos com o filho mais velho, referindo que o filho mais novo e o marido não a apoiam.	Refere melhor ambiente familiar, com maior facilidade na comunicação com o marido. Mantém-se conflitos com o filho mais velho. <i>“Sou eu que faço as compras de casa.”</i>	Melhor comunicação e apoio nas suas decisões por parte do marido e filho mais velho. Faz as compras de casa na companhia do marido.	Refere bom ambiente familiar após terem sido resolvidos alguns problemas com o filho mais velho. <i>“O nosso relacionamento melhorou bastante, tenho saído com o meu marido ao fim de semana.”</i>
Desempenho de papéis na comunidade	Sem desempenho de papéis na comunidade. <i>“Por vezes faço as compras com a minha vizinha.”</i>	Sem desempenho de papéis na comunidade.	Sem desempenho de papéis na comunidade. Pensa aceitar convite para ajudar na igreja.	Refere bom desempenho nas funções que lhe foram atribuídas na igreja.
Desempenho de papéis no trabalho	Não se aplica.	Não se aplica.	Não se aplica.	Não se aplica.
Descrição de mudanças de comportamento mediante doença ou incapacidade	Deixou o <i>part time</i> que tinha no clube de ténis onde fazia limpezas por se sentir mal.	Passa a maior parte do tempo em casa só saindo para fazer algumas compras para a casa.	Refere menos ansiedade. <i>“A alteração do comportamento relativamente à minha situação de saúde tem-me ajudado a estar mais calma e a resolver os problemas”.</i>	Aceitou as funções que lhe foram atribuídas na ajuda aos pobres. Refere que esta decisão foi muito importante porque sente-se muito bem a ajudar os outros.
Confronto por expectativa do papel	Em confronto permanente por não conseguir executar as atividades como anteriormente.	Mais adaptada ao seu processo de doença.	Desempenho de papéis mais de acordo com as suas expectativas.	Desempenho de papéis de acordo com as suas expectativas.
Capacidade para satisfazer as expectativas do papel	Refere não ter capacidades para satisfazer as suas expectativas.	Sem capacidades para satisfazer as expectativas de papéis.	Maior adaptação ao seu processo de saúde, referindo mais capacidades para o desempenho das atividades desejadas.	Refere que sente mais facilidade em realizar as atividades que mais a motivam.
Conhecimento dos períodos de transição dos papéis	Conhece os períodos de transição dos papéis, mas refere dificuldade em aceitá-los.	Refere confronto com períodos de transição de papéis.	Mantém confronto relativamente a períodos de transição de papéis.	Conhece os períodos de transição dos papéis, mas refere dificuldade em aceitá-los relativamente aos filhos.

**U3/ CONTROLO DA ANSIEDADE – RESULTADO VII**

<b>CONTROLO DA ANSIEDADE</b>	<b>Avaliação Inicial 5/04</b>	<b>2ª Avaliação 19/05</b>	<b>3ª Avaliação 7/06</b>	<b>Avaliação final 6/07</b>
Indicadores:				
Elimina os precursores da ansiedade	Refere não saber como evitar as situações causadoras de stress.	Refere perceber quais os momentos em que está mais ansiosa. Na tentativa de eliminar precursores de stress fica por vezes mais ansiosa.	Não utiliza eficazmente as estratégias para eliminar causas de stress.	Conhece e utiliza estratégias para eliminar e/ou resolver situações causadoras de ansiedade.
Planeia estratégias para situações stressantes	Não demonstrado	Refere que as alternativas utilizadas são por vezes causadoras de mais ansiedade.	Interessada em conhecer estratégias que ajudem a enfrentar situações de stress.	Desenvolve estratégias para resolver situações causadoras de ansiedade.
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	Desconhece técnicas de relaxamento.	Desconhece técnicas de relaxamento.	Mostra interesse em conhecer alguns exercícios que possam ajudar a reduzir a ansiedade.	Utiliza alguns exercícios respiratórios e de imaginação. <i>“Sinto-me bem quando estou em silêncio e consigo imaginar situações e lugares que me dão prazer.”</i>
Refere diminuição na duração dos episódios	Não se aplica nesta fase.	Não consegue fazer essa avaliação.	Refere diminuição na duração dos episódios.	<i>“Quando fico ansiosa consigo ultrapassar mais rapidamente essas fases.”</i>
Refere maior espaço de tempo entre episódios	Refere viver em stress permanente.	Refere frequentes episódios de ansiedade.	Refere maior espaço entre episódios por redução na duração dos mesmos.	Refere maior espaço entre episódios de ansiedade. <i>“Agora sou capaz de evitar algumas situações stressantes.”</i>
Mantém concentração	Apresenta dificuldade na concentração.	Mantém dificuldade de concentração. <i>“Não consigo concentrar-me no que estou a fazer, abandono as atividades.”</i>	Mantém dificuldade de concentração.	Refere maior facilidade na concentração.
Refere sono adequado	Alteração do sono com insónia inicial e intermédia, sono não reparador e interrupções frequentes o sono.	Refere insónia inicial, e sono agitado por pesadelos frequentes.	Sono mais adequado embora necessite de descansar após o almoço pois refere que o sono nocturno não é reparador.	Refere sono adequado. Cumpre a terapêutica. Cumpre horários por si estabelecidos.
Refere ausência de manifestações físicas de ansiedade	Refere estado de ansiedade permanente.	Refere manifestações físicas de ansiedade como cefaleias, dor cervical, queixas abdominais, etc.	Refere redução das manifestações de ansiedade.	Refere controlo sobre as manifestações físicas de ansiedade, quando esta surge.

**U3/ IDEACÃO SUICIDA – RESULTADO VIII**

<b>IDEACÃO SUICIDA</b>	<b>Avaliação Inicial 5/04</b>	<b>2ª Avaliação 19/05</b>	<b>3ª Avaliação 7/06</b>	<b>4ª Avaliação 6/07</b>
Indicadores:				
Expressão de determinação para viver	Sem determinação para viver, refere impulsos para ingestão voluntária de medicação e auto-agressão.	Sem determinação para viver, Mantém risco de ideias de suicídio.	Maior determinação para viver no entanto existe risco de ideias de suicídio.	Sem ideias de suicídio. Mostra determinação para viver com referência a planos para o futuro.
Procura ajuda ao sentir-se autodestrutivo/a	Não procura ajuda por sentir que não a podem ajudar.	Nas entrevistas verbaliza necessidade de ajuda.	Nas entrevistas verbaliza necessidade de ajuda.	<i>“Passeia a perceber a importância da ajuda quando não conseguimos enfrentar as situações sozinhas.”</i>
Verbaliza ideias suicidas, quando presentes	Refere não ter falado com ninguém sobre essas ideias	Verbaliza ideias de suicídio referindo que estas não a abandonam.	Refere ideias autodestrutivas quando presentes.	<i>“Sei que se voltar a viver a mesma situação no futuro preciso de procurar ajuda o mais rapidamente possível.”</i>
Revela plano para suicídio, se existir	Os seus planos para o suicídio relacionam-se com ingestão voluntária de medicação e corte profundo nos pulsos após ingerir a medicação.	Mantém ideias autodestrutivas.	Sem plano para suicídio, existe risco de ideias de suicídio.	Sem plano para suicídio.
Mantém o autocontrolo sem supervisão	Sem autocontrolo em grande parte das suas ações.	Sem autocontrolo em grande parte das suas ações.	Maior controlo sobre as suas ações, sem controlo sobre impulsos autodestrutivos.	Controlo sobre as suas ações e impulsos.
Mantém vínculo nos relacionamentos	Refere quebra de vínculos.	Mantém vínculo com equipa da UICS.	Mantém vínculo com equipa da UICS. Refere manter vínculos familiares (marido e filho mais novo)	Maior facilidade em estabelecer vínculos. Vínculos anteriores mantidos.
Verbaliza controlo dos impulsos	Sem qualquer controlo dos impulsos auto destrutivos.	Sem controlo sobre os impulsos auto destrutivos.	Sem controlo sobre os impulsos auto destrutivos.	Revela controlo dos impulsos, referindo ter desenvolvido estratégias para controlo dos mesmos, caso exista risco de surgirem.

## **ANEXO 6**

(Tabelas de avaliação de resultados de U4)

**U4/ PERCEPÇÃO DE SI – RESULTADO I**

<b>PERCEPÇÃO DE SI</b>	<b>Avaliação Inicial</b> 23/02	<b>2ª Avaliação</b> 26/4	<b>3ª Avaliação</b> 24/5	<b>Avaliação Final</b> 8/06
Indicadores:				
Apresentação (vestuário, arranjo pessoal, higiene...)	Higiene cuidada, vestuário desadequado para a época e contexto. Cabelo despenteado. Sem harmonia no modo como conjuga as cores do vestuário e calçado.	Higiene cuidada. Cabelos arranjados, maior harmonia no modo como se arranja.	Higiene cuidada, harmonia no modo como se arranja. Vestuário e calçado, adequados à época e ao contexto.	Não comprometido.
Postura e morfologia (temeroso, defensivo, dominador, contração...)	Postura defensiva, morfologia picnica.	Postura defensiva, menos receosa no contacto.	Mantém postura defensiva, mas envolve-se no processo terapêutico.	Postura adequada.
Expressão e mímica (tom de voz, movimentos com as mãos/corpo...)	Tom de voz baixo, apresenta movimentos repetitivos com as mãos aparentando nervosismo.	Expressão e mímica, mais adequadas ao contexto.	Tom de voz adequado ao assunto e contexto.	Tom de voz adequado ao assunto e contexto. Movimenta as mãos enquanto comunica.
Motricidade/Harmonia dos movimentos (tiques, tremores, maneirismos...)	Com alteração na harmonia dos movimentos. Apresenta alguns tiques no modo como movimenta as mãos.	Movimento das mãos e braços pouco harmoniosos.	Maior harmonia de movimentos.	Movimenta os membros e o tronco com harmonia.
Contacto e linguagem (simpático, empático...)	Contacto simpático.	Contacto simpático.	Contacto simpático.	Contacto simpático.
Estado do humor (deprimido, elevado, ansioso, irritável...)	Humor deprimido, refere irritar-se facilmente. Ansiedade presente.	Humor deprimido.	Eutímica,	Eutímica, não refere ansiedade.

**U4/ CONSCIÊNCIA – RESULTADO II**

<b>CONSCIÊNCIA</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>2ª Avaliação</b>	<b>3ª Avaliação</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Indicadores:</b>	<b>23/02</b>	<b>26/4</b>	<b>24/5</b>	<b>8/06</b>
Discurso (clareza e continuidade)	Discurso pouco claro, sem continuidade circular em torno de um pensamento.	Discurso com maior clareza, maior continuidade, por vezes ainda se mantém circular em torno de um pensamento.	Discurso com maior clareza, maior continuidade, por vezes ainda se mantém circular em torno de um pensamento.	Discurso com maior clareza, maior continuidade, por vezes ainda se mantém circular em torno de um pensamento.
Reflexibilidade (automatismos)	Alteração da reflexibilidade, apresenta automatismos por vezes errôneos.	Reflexibilidade sobre ações.	Reflexibilidade presente, revelando automatismos.	Reflexibilidade presente, assim como os automatismos.
Orientação	Orientação no espaço, tempo e pessoa.	Orientação no espaço, tempo e pessoa.	Orientação no espaço, tempo e pessoa.	Orientação no espaço, tempo e pessoa.
Atenção e concentração	Demonstra atenção mas desconcentra-se facilmente.	Demonstra atenção e maior concentração.	Demonstra atenção e concentração.	Demonstra atenção e concentração.
Consciência de si	Alteração da consciência de si. Refere por vezes não estar consciente das suas próprias ideias.	Apresenta consciência de si. Por vezes em conflito com os seus anseios.	Apresenta consciência de si. Por vezes em conflito com os seus anseios.	Apresenta consciência de si.
Consciência do corpo	Apresenta consciência do corpo, por vezes em conflito com a consciência do eu.	Apresenta consciência do corpo. Menor conflito com a consciência do eu.	Apresenta consciência do corpo. Menor conflito com a consciência do eu.	Com consciência do corpo.

**U4/ PENSAMENTO – RESULTADO III**

<b>PENSAMENTO</b>	<b>Avaliação Inicial</b> 23/02	<b>2ª Avaliação</b> 26/4	<b>3ª Avaliação</b> 24/5	<b>Avaliação Final</b> 8/06
Indicadores:				
Forma de pensamento (fuga de ideias, lenificado, respostas ao lado ...)	Lentidão de pensamento, por vezes com respostas e considerações fora do contexto. Por vezes com fuga de ideias.	Tempos de pensamento mais adequados, mantém por vezes respostas ao lado. Sem fuga de ideias.	Tempos de pensamento mais adequados. Sem fuga de ideias. Por vezes apresenta respostas descontextualizadas.	Tempos de pensamento mais adequados. Sem fuga de ideias. Sem respostas ao lado.
Conteúdos do pensamento (depressivo, persecutório, polimorfo, delírio ...)	Pensamento depressivo, referindo por vezes pensamentos persecutórios.	Mantém pensamento depressivo.	Pensamento eutímico, sem conteúdos persecutórios.	Pensamento eutímico, sem conteúdos persecutórios.
Representação da memória (amnésia antrógrada e retrógrada, para factos recentes, confabulação...)	Refere amnésia retrógrada em confrontação com algumas situações actuais.	Sem alteração da representação da memória.	Representação da memória sem compromisso.	Representação da memória sem compromisso.
Senso-percepção (ilusão, alucinação, agnosia ...)	Apresenta situações de ilusão relacionada com processo de saúde.	Apresenta situações de ilusão relacionada com processo de saúde.	Senso-percepção mais coerente com processo de saúde.	Sem alteração.

**U4/ SONO – RESULTADO IV**

<b>SONO</b>	<b>Avaliação Inicial 23/02</b>	<b>2ª Avaliação 26/4</b>	<b>3ª Avaliação 24/5</b>	<b>Avaliação Final 8/06</b>
Indicadores:				
Horas de sono	Dorme cerca de 6 horas por noite.	Dorme cerca de 6/7 horas por noite.	Dorme cerca de 6 horas por noite.	Refere dormir pelo menos 8 horas por noite.
Qualidade do sono	Refere que o sono poderia ser melhor se não fosse a doença do seu marido.	Refere qualidade do sono, com a toma da medicação.	Refere acordar ou ser acordada várias vezes durante a noite devido ao estado de saúde do marido.	Refere que dorme bem.
Eficácia do sono (tempo dormido/tempo total que tenta dormir)	Quando acorda de noite tem dificuldade em voltar a adormecer.	Sem dificuldade em adormecer quando acorda de noite.	<i>“Quando o meu marido me acorda de noite porque precisa da minha ajuda, volto a adormecer com facilidade.”</i>	Dorme por longos períodos durante a noite. <i>“Agora estou a dormir bem de noite por isso não sinto a necessidade de dormir de dia.”</i>
Sono ininterrupto	Refere acordar ou ser acordada várias vezes durante a noite.	Refere acordar ou ser acordada várias vezes durante a noite devido ao estado de saúde do marido.	Refere acordar ou ser acordada várias vezes durante a noite devido ao estado de saúde do marido.	Refere dormir por períodos mais longos. <i>“O meu marido agora está melhor, por isso também não me acorda como anteriormente.”</i>
Sensação de rejuvenescimento após o sono	Sente-se rejuvenescida após o sono.	Sente-se rejuvenescida após o sono.	Refere menor <i>frescura</i> após o sono. <i>“Tenho necessidade de descansar pela tarde.”</i>	Sente-se rejuvenescida após o sono. Com vitalidade para iniciar as suas funções e atividades diárias.
Acordar em horários adequados	Por vezes acorda muito cedo e depois já não consegue adormecer.	Acorda em horários adequados.	Acorda em horários adequados.	Acorda em horários adequados.

**U4/ AUTO ESTIMA – RESULTADO V**

<b>AUTOESTIMA</b>	<b>Avaliação Inicial 23/02</b>	<b>2ª Avaliação 26/4</b>	<b>3ª Avaliação 24/5</b>	<b>Avaliação Final 8/06</b>
Indicadores:				
Verbaliza aceitação das próprias limitações	Refere não aceitar as suas limitações relacionadas com o processo de envelhecimento.	Percebe o motivo das suas limitações actuais.	Maior consciência das suas limitações.	Verbaliza aceitar as limitações provocadas pelo seu processo de saúde que relaciona com a necessidade de cuidados por parte do marido.
Mantém contacto visual	Evita por vezes o contacto visual.	Mantém o contacto visual por longos períodos.	Mantém o contacto visual por longos períodos.	Contacto visual mantido.
Descreve-se de forma positiva	Refere não gostar do seu aspecto atual. Por ter poucas habilitações nunca conseguiu encontrar emprego estável.	Refere não ter capacidade para fazer mais atividades por falta de preparação.	Não se descreve de forma positiva.	Não se descreve de forma positiva.
Realização de papéis com significado pessoal	Refere prazer por ter voltado à escola (programa novas oportunidades). Também atribui importante significado ao papel de cuidadora do marido.	Atribui importante significado ao papel de cuidadora do marido.	Atribui importante significado ao papel de cuidadora do marido.	Atribui importante significado ao papel de cuidadora do marido e ao novo emprego.
Nível de confiança	Refere falta de confiança por baixas qualificações.	Refere falta de confiança por baixas qualificações.	Refere falta de confiança por baixas qualificações.	Confiante relativamente seu processo de saúde e pela possibilidade de voltar à escola, no próximo ano lectivo.
Descrição de sucesso no trabalho, escola, grupos sociais	Descreve de forma positiva o seu papel de aluna. Descrevendo também de forma positiva o seu papel no anterior trabalho.	Insucesso escolar por elevado número de faltas. Faltou muitos dias quando o marido agravou o estado de saúde.	Refere que sempre teve bons desempenhos no trabalho e nos grupos de amigos.	Refere estar bem com o novo trabalho.
Verbaliza orgulho de si mesmo	Sem verbalizar orgulho em si.	Refere maior orgulho em si relacionado com o desempenho de papéis na família.	Refere maior orgulho em si relacionado com o desempenho de papéis na família.	Orgulho em si relacionado com o desempenho de papéis na família e por ter conseguido no trabalho.
Sentimentos de auto valorização	Apenas relacionados com a frequência de escola.	Sentimentos de auto valorização relacionados com os cuidados prestados ao marido.	Sentimentos de auto valorização relacionados com os cuidados prestados ao marido.	Sentimentos de auto valorização relacionados com os cuidados prestados ao marido e a possibilidade de voltar a trabalhar.

**U4/ DESEMPENHO DO PAPEL –RESULTADO VI**

<b>DESEMPENHO DO PAPEL</b>	<b>Avaliação Inicial 23/02</b>	<b>2ª Avaliação 26/4</b>	<b>3ª Avaliação 24/5</b>	<b>Avaliação Final 8/06</b>
Indicadores:				
Desempenho de papéis na família	Atribui importante significado ao desempenho dos papéis de cuidadora do marido e esposa.	Atribui importante significado ao desempenho dos papéis de cuidadora do marido e esposa.	Atribui importante significado ao desempenho dos papéis de cuidadora do marido e esposa.	Atribui importante significado ao desempenho dos papéis de cuidadora do marido e esposa.
Desempenho de papéis na comunidade	Bem integrada na turma da escola.	Sem desempenho de papéis na comunidade.	Sem desempenho de papéis na comunidade.	Sem desempenho de papéis na comunidade.
Desempenho de papéis no trabalho	Não se aplica.	Não se aplica.	Não se aplica.	Iniciou funções no novo trabalho esta semana não conseguindo classificar o seu desempenho.
Descrição de mudanças de comportamento mediante doença ou incapacidade	Refere constantes mudanças de trabalhos por problemas de saúde seus e do marido.	Pela necessidade de apoio por parte do marido teve a necessidade de faltar várias vezes na escola.	Refere maior adaptação às necessidades de mudança de comportamentos.	Refere maior adaptação às necessidades de mudança de comportamentos.
Confronto por expectativa do papel	Existe confronto por expectativa do papel.	Existe confronto por expectativa do papel relacionada com ocupação por prestação de cuidados ao marido.	A necessidade de cuidados que o marido apresenta provoca confronto com a expectativa de papéis.	Menor confronto por expectativas
Capacidade para satisfazer as expectativas do papel	Apresenta capacidade para desempenhar as funções de cuidadora, referindo falta de preparação para conseguir um bom emprego.	Apresenta capacidade para desempenhar as funções de cuidadora, referindo falta de preparação para conseguir um bom emprego.	Apresenta capacidade para desempenhar as funções de cuidadora, referindo falta de preparação para conseguir um bom emprego.	Apresenta capacidade para desempenhar as funções de cuidadora, referindo falta de preparação para conseguir um bom emprego.
Conhecimento dos períodos de transição dos papéis	Conhece os períodos de transição dos papéis, mas refere dificuldade em aceitá-los.	Conhece os períodos de transição dos papéis com maior aceitação dos mesmos.	Conhece os períodos de transição dos papéis com maior aceitação dos mesmos.	Maior percepção dos períodos de transição, referindo melhor preparação para se adaptar aos mesmos.

**U4/ CONTROLO DA ANSIEDADE – RESULTADO VII**

<b>CONTROLO DA ANSIEDADE</b>	<b>Avaliação Inicial 23/02</b>	<b>2ª Avaliação 26/4</b>	<b>3ª Avaliação 24/5</b>	<b>Avaliação Final 8/06</b>
Indicadores:				
Elimina os precursores da ansiedade	Extremamente comprometido.	Não demonstrado.	Refere que a ansiedade está geralmente associada a situações relacionadas com a doença do seu marido.	Refere que é difícil não ficar ansiosa porque está constantemente preocupada com o estado de saúde do marido.
Planeia estratégias para situações stressantes	Extremamente comprometido.	Não demonstrado.	Planeia estratégias mas nem sempre as coloca em prática.	Planeia estratégias mas refere dificuldade na sua implementação.
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	Desconhece técnicas de relaxamento.	Não mostra interesse em aprender qualquer técnica de relaxamento.	Percebe a utilidade de algumas técnicas. Não mostra interesse na sua utilização.	Percebe a utilidade de algumas técnicas. Não mostra interesse na sua utilização.
Refere diminuição na duração dos episódios	Não se aplica.	Refere que a duração dos episódios está geralmente associados ao estado de saúde do marido.	Dependentes do processo de saúde do marido.	Dependentes do processo de saúde do marido.
Refere maior espaço de tempo entre episódios	Não se aplica.	Não sabe especificar.	Refere maior espaço de tempo entre episódios. <i>“O meu marido está a passar por uma fase melhor.”</i>	Maior espaço de tempo entre episódios.
Mantém concentração	Refere dificuldade na concentração. <i>“Há tantas coisas a preocuparem-me que não consigo concentrar.”</i>	Apresenta maior concentração, observada no decorrer das entrevistas.	Mais concentrada.	Refere maior concentração. <i>“Sinto-me melhor e isso ajuda à concentração.”</i>
Refere sono adequado	Refere sono agitado, acorda várias vezes durante a noite.	Refere maior qualidade de sono.	Refere que dormiu menos bem nas últimas noites. Associa este facto à espera da resposta para trabalho.	Refere sono adequado.
Refere ausência de manifestações físicas de ansiedade	Sem referencia a manifestações físicas de ansiedade.	Sem referencia a manifestações físicas de ansiedade.	Sem referencia a manifestações físicas de ansiedade.	Sem referencia a manifestações físicas de ansiedade.

**U4/ IDEACÃO SUICIDA – RESULTADO VIII**

IDEACÃO SUICIDA	Avaliação Inicial 11/03	2ª Avaliação 29/04	3ª Avaliação 27/05	4ª Avaliação 8/06
Indicadores:				
Expressão de determinação para viver	Verbaliza sentir-se cansada do tipo de vida que tem. Por vezes apetece-lhe desaparecer. <i>“Quando fizer 50 anos e se o meu marido já cá não estiver também acabo com a minha vida.”</i>	Maior determinação para viver. Faz depender esta determinação das necessidades do marido.	Maior determinação para viver. Faz depender esta determinação das necessidades do marido.	Apresenta determinação para viver. Refere contentamento por ter arranjado novo emprego.
Procura ajuda ao sentir-se autodestrutivo/a	Procura ajuda sempre que sente necessidade. Não da forma e locais mais apropriados.	Sabe onde pode pedir ajuda. E percebe a importância.	Sabe onde pode pedir ajuda. E percebe a importância.	Sabe onde pode pedir ajuda. E percebe a importância.
Verbaliza ideias suicidas, quando presentes	Sem ideias suicidas.	Sem ideias suicidas.	Sem ideias suicidas.	Sem ideias suicidas.
Revela plano para suicídio, se existir	Sem plano para suicídio embora refira que depois dos 50 anos não anda cá a fazer nada.	Sem plano para suicídio.	Sem plano para suicídio.	Sem plano para suicídio.
Mantém o autocontrolo sem supervisão	Refere que por vezes perde o controlo, relacionado com a assistência ao marido.	Refere que por vezes perde o controlo, relacionado com a assistência ao marido. <i>“Não aceito incompetências.”</i>	Refere maior autocontrolo.	Refere maior autocontrolo. <i>“Estou mais controlada, percebi que só me prejudicava quando perdía o controlo.”</i>
Mantém vínculo nos relacionamentos	Mantém vínculos familiares. Refere vínculos fortes com algumas colegas na escola.	Mantém vínculos familiares. Mantém vínculo com equipa da UICS.	Mantém vínculos familiares. Mantém vínculo com equipa da UICS.	Mantém vínculos familiares. Mantém vínculo com equipa da UICS.
Verbaliza controlo dos impulsos	Sem impulsos para auto agressão. Refere que por vezes lhe apetece abandonar tudo e ir embora. Não especifica para onde.	Sem impulsos para auto agressão.	Sem impulsos para auto agressão.	Sem impulsos para auto agressão.