



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS...**

**Mestrado Integrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ....**  
*Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*

**Relatório Estágio**

**CUIDAR DA PESSOA COM DEPRESSÃO JUNTO DA COMUNIDADE**

Ana Maria da Cruz Ramos

**Orientador:**  
Professora Maria Dulce Cabral de Magalhães

2012

**Mestrado Integrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ....**  
*Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*

**Relatório Estágio**

**CUIDAR DA PESSOA COM DEPRESSÃO JUNTO DA COMUNIDADE**

Ana Maria da Cruz Ramos

**Orientador:**

Professora Maria Dulce Cabral de Magalhães

"Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe."

Padre António Vieira

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Enf.<sup>a</sup> Maria Dulce Cabral de Magalhães pelo apoio, disponibilidade e incentivo.

À Enf.<sup>a</sup> Cláudia Campos e Enf.<sup>a</sup> Alice Ligeiro pela partilha de experiências e saberes.

A todos os meus amigos e colegas que me apoiaram e aceitaram as minhas ausências constantes.

À minha família, em especial aos meus filhos, marido e mãe, pelo apoio incondicional, compreensão nos momentos de maior indisponibilidade minha e por estarem sempre presentes.

## RESUMO

**Introdução:** A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública. Parece clara, a necessidade de aquisição de competências em saúde mental e psiquiatria no cuidar da pessoa adulta com depressão.

**Objectivo:** Relatar o desenvolvimento de competências no processo de avaliação diagnóstica, no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

**Metodologia:** A relação terapêutica entre os intervenientes, a entrevista clínica e a entrevista de ajuda permitiram o conhecimento do outro e foram utilizadas como meio de acção.

**Resultados:** A melhoria verificada nos utentes face à diminuição da tristeza, sono, ocupação e lazer e redução da ansiedade espelham as competências desenvolvidas.

**Conclusões:** A mobilização de um conjunto de saberes e conhecimentos, assim como o reforço de características inerentes às competências específicas dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, permitiram a compreensão dos processos de sofrimento do utente com depressão.

**PALAVRAS CHAVE:** depressão, saúde mental, enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression is recognized in the National Health Plan 2000-2010 as a major public health problem. It seems clear, the need to acquire skills in mental health and psychiatry in the care of adult with depression.

**Objective:** To report the development of skills in the process of diagnostic evaluation in the context of mental health nursing and psychiatry.

**Methods:** The therapeutic relationship between the actors, the clinical interview and the help interview, allowed the knowledge the other and were used as means of action.

**Results:** The improvements for the individuals address the reduction of sadness, sleep, leisure and reduction of anxiety demonstrate developed skills.

**Conclusions:** The mobilization of a set of knowledge and expertise, as well as strengthening the inherent characteristics of the specific skills of specialist nurses in Mental Health and Psychiatry, helped understand the processes of the user suffering with depression.

**KEY WORDS:** depression, mental health, nursing

## INDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	10
1 - ANÁLISE DO CONTEXTO .....	14
1.1 – Caracterização do ambiente de Estágio .....	14
1.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos.....	15
1.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....	18
2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....	19
2.1 – Caracterização Geral da população/utentes .....	19
2.2 – Caracterização da População da Unidade Funcional Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria- Equipa da Amadora .....	23
3 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	26
3.1 – Processo Metodológico.....	26
3.2 – Processo de Avaliação Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem .....	30
3.3 – Resultados das Intervenções .....	47
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS.....	49
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
ANEXO .....	56

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Articulação do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca.....	16
Figura 2 - Mapa do Concelho da Amadora.....	20

## **INDICE DE TABELAS**

Tabela I – Resultados do preenchimento do Inventário de Depressão de Beck.....	44
--	----

## **SIGLAS**

ACARPS – Associação Comunitária da Amadora para a Reabilitação Psico- Social

BDI II - Beck Depression Inventory ® - Second Edition

CIR - Cuidados Integrados na Recuperação

DGS – Direcção Geral da Saúde

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

USF- Unidade Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

## **0 – INTRODUÇÃO**

A saúde mental tem sido segundo Brundtland (Organização Mundial Saúde, 2002) negligenciada durante demasiado tempo, sendo essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. Os familiares e cuidadores de pessoas que sofrem de doenças mentais podem também eles, ser afectados psicologicamente, ao ponto de negligenciarem a sua própria saúde (Sambo, 2010).

Na actualidade, as doenças psiquiátricas são responsáveis por elevados custos para as sociedades, em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da produtividade no trabalho. Também a depressão é responsável por um elevado número de indivíduos que vêm reduzida a sua qualidade de vida.

Nas doenças do foro psiquiátrico a depressão assume um lugar de destaque no impacto que provoca na vida da pessoa, na maioria das vezes com lacunas na manutenção de comportamentos que promovam a saúde. A depressão é de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), uma patologia comum que afecta cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Encontra-se entre as principais causas de incapacidade mundial e no ano 2020 prevê-se que seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos (Livro Verde, 2005). É ainda reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública. De acordo com o CENSO 2001, referenciado na Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental (2004) a depressão é o principal diagnóstico nas consultas - 22% e o segundo nos serviços de urgência - 20%.

O projecto Global Burden Disease, suportado pelo Banco Mundial de Saúde e Organização Mundial de Saúde, previu que em 1990 a depressão major unipolar fosse a principal causa de anos vividos com incapacidade e a quarta causa mais importante de anos de vida com saúde perdidos. Em Portugal, assim como nas sociedades desenvolvidas, já era a segunda causa de anos de vida com saúde perdidos em 1990 sendo previsível que em 2020 constitua a principal causa nos países ocidentais e a segunda a nível mundial. O Global Burden Disease, à semelhança de outros autores e organizações de saúde, demonstrou que a depressão foi, é e será o problema de saúde

mais incapacitante e que maior sobrecarga inflige em todo o mundo (Gusmão et al, 2005).

A depressão não surge de uma qualquer ordem natural, emerge em contextos específicos das pessoas e das suas circunstâncias. Consequentemente, torna-se imprescindível falar de factores stressores da vida, de mecanismos de “*coping*” ineficazes, de acontecimentos de vida significativos para os utentes e para os quais não conseguem uma solução aprazível, razão pela qual entram numa espiral de sofrimento psicológico elevado. É a persistência dessas situações e dos sintomas negativos associados às mesmas, que frequentemente originam patologias afectivas, como é o caso da depressão. Nestes casos, a procura de apoio por parte de um profissional de saúde ocorre maioritariamente de uma forma tardia, pois o sofrimento é desvalorizado, o estigma associado à doença mental encontra-se presente, a tarefa requer esforço, vontade e a antecipação do futuro não é equacionada pela pessoa. Lourenço (2006) revela que na generalidade, existe uma acentuada falta de informação sobre esta problemática e o seu tratamento, facto que molda as atitudes dos utentes face aos esquemas terapêuticos e à sua compreensão.

Urge um novo e mais profundo olhar no reconhecer de que a pessoa com depressão é um investimento complexo, porque os sintomas são muitas vezes insidiosos, mascarados ou combinados com doenças físicas (Organização Mundial Saúde, 2002; Kay et al, 2002; Richman, 2010; Biro, 2009). A par com um novo e mais profundo olhar sobre a pessoa com depressão e sobre os contextos que a envolvem, a necessidade premente de cuidar, reflectir e intervir de forma especializada, na observação, no planeamento, na avaliação, na compreensão da vivência e na individualização de cada acção.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002) os bons cuidados fluem a partir de princípios orientadores básicos tais como o diagnóstico, a intervenção precoce, a participação do utente, a parceria com a família, o envolvimento com a comunidade local e a integração nos cuidados de saúde primários.

Parece clara, a necessidade de aquisição de competências em saúde mental e psiquiatria no cuidar da pessoa adulta com depressão, no adquirir, no melhorar, no avaliar e no reflectir sobre uma prática que urge ser melhorada e evidenciada, na certeza de que esta

determina a qualidade de vida dos utentes, assim como a redução de custos globais da saúde (Unützer; Sioufas, 2009).

Em Portugal em termos legais encontra-se definido que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser promovida prioritariamente a nível da comunidade, pois pretende-se que sejam prestados no meio menos restritivo para os doentes de forma a evitar o afastamento do seu meio habitual, facilitar a sua reabilitação e inserção social (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho).

O trabalho realizado e desenvolvido junto da comunidade permite dar ênfase à prevenção primária, promoção da saúde e detecção precoce da doença, para que a sociedade onde estamos inseridos, apresente uma menor incidência<sup>1</sup> de doença mental ou por seu lado, uma melhor e mais eficaz gestão de recursos pessoais e ambientais face às adversidades de que somos alvo.

A opção da realização do ensino clínico em cuidados de saúde comunitários prendeu-se com o facto de ser possível ter acesso a um espaço onde as pessoas podem apresentar um leque alargado de problemas de saúde, facilitar o estabelecimento de relações duradouras entre utentes e técnicos, de forma a criar oportunidades de participação e tomadas de decisão por parte dos indivíduos doentes sobre a sua saúde e sobre os cuidados que lhe são prestados.

Tendo como ponto de partida, as alterações relacionadas com a qualidade de vida que a depressão ou a sintomatologia depressiva proporciona aos indivíduos, foi escolhido como local de ensino clínico, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora, Serviço de Psiquiatria, Unidade Funcional Comunitária de Psiquiatria – Equipa Comunitária de Psiquiatria da Amadora.

As funções do enfermeiro psiquiátrico na comunidade são bastante relevantes nesta área, pois permitem desenvolver competências no sentido de favorecer a reabilitação do utente no seu ambiente.

---

<sup>1</sup> Incidência- A extensão ou a taxa de ocorrência, principalmente o número de novos casos de uma doença numa população durante um determinado período de tempo

O presente trabalho expressa a evolução e os resultados do planeamento definido e desenvolvido desde o Projecto até ao final do Ensino Clínico, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências no contexto profissional de enfermagem.

Neste ensino clínico o ser humano foi entendido como “um indivíduo único e insubstituível - um ser a um tempo neste mundo – igual e, ainda assim, diferente de qualquer pessoa que alguma vez viveu ou viverá” (Travelbee citado por Tomey, 2004).

Foi ainda considerado como um ser autointerpretativo e que se define ao longo do percurso da vida, como nos refere Benner (2001).

Neste processo de auto-interpretação alguns indivíduos reagem melhor a situações adversas quando comparados com outros, e por conseguinte não sucumbem com tanta facilidade à depressão. Contrariamente aqueles que parecem não ter a força emocional para aguentarem essas contrariedades, sucumbem mais facilmente. Os factores de vulnerabilidade incluem também uma predisposição genética como nos referem autores como Martinho (2009) e Hallstrom (2000).

Pensamos assim, que o conceito de stresse deverá ser abordado, neste relatório, para se fazer referência às experiências de pressão e exigências excessivas que a pessoa tem de enfrentar sem possuir os recursos necessários. Pretendemos ainda ocupar-nos deste aspecto, pela sua relevância social e por entendermos que os conhecimentos e estratégias de intervenção necessários, podem ser úteis e benéficos para uma melhor compreensão do trabalho humano e dos problemas que com frequência, os indivíduos enfrentam.

O presente relatório é composto por três partes principais. Na primeira parte será feita a apresentação e caracterização do local onde ocorreu o ensino clínico, seguido de uma abordagem breve sobre a depressão e suas implicações e para finalizar serão abordados os objectivos, intervenções e as avaliações realizados durante a realização do ensino clínico, assim como as reflexões existentes no decorrer do mesmo.

Integrado no I Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, permitiu adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no contexto de Psiquiatria e Saúde Mental. Parece claro que o desenvolvimento de competências pressupõe uma aquisição de conhecimentos e de processos que conduzem à

compreensão, interpretação e resolução de problemas, de modo a desenvolver a capacidade de pensamento e de atitudes favoráveis à aprendizagem.

## **1 - ANÁLISE DO CONTEXTO**

### **1.1 – Caracterização do ambiente de Estágio**

A par e passo com as directivas nacionais e internacionais, o Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca EPE tem como missão assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais e a reabilitação e reinserção social de utentes com problemas de saúde mental, na área populacional que abrange todo o Concelho da Amadora, assim como as freguesias de Queluz, Massamá, Belas e Casal de Cambra (cerca de 350.000 habitantes).

A respectiva instituição apresenta como objectivos para o Serviço de Enfermagem a prestação dos cuidados de saúde mais apropriados e segundo as melhores práticas. Os cuidados são prestados visando a unicidade de cada utente e deverão dar primazia à segurança, eficiência e qualidade, garantindo a sua satisfação e assegurando a continuidade de cuidados. É também objectivo da instituição proporcionar aos cidadãos de uma forma geral, o acesso justo e equitativo ao mesmo tipo de cuidados, garantindo uma gestão eficiente e eficaz de todos os recursos disponíveis, promovendo o desenvolvimento dos profissionais e da prática de Enfermagem, num ambiente de trabalho estimulante e desafiante. Os valores que orientam a actividade e a prática de enfermagem nesta unidade hospitalar são: a competência, a dignidade e respeito, a equidade e justiça assim como a motivação e satisfação. Valores esses também preconizados pela Ordem dos Enfermeiros para uma boa prática.

No espaço físico do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE funcionam as Unidades de Internamento de Doentes Agudos, Hospital de Dia, Psiquiatria de Ligação e o Serviço de Urgência. Na comunidade funcionam as quatro Unidades Funcionais, desenvolvendo toda a sua actividade em três Centros de Saúde da área (Amadora, Brandoa e Damaia) e em instalações próprias em Massamá.

De acordo com as recomendações realizadas pela Organização Mundial de Saúde em 2008 são objectivos dos centros de saúde na sua generalidade e dos seus profissionais, a orientação para a pessoa, a compreensividade da mesma, a integração e a continuidade dos cuidados. Assim o indivíduo sente-se compreendido e acompanhado. Os cuidados prestados são elaborados de uma forma contínua e segura, sendo evidente de acordo com a mesma organização, a sua contribuição para a qualidade dos cuidados e melhoria dos resultados. Na comunidade, estes cuidados podem identificar recursos e alianças saudáveis, que em outras circunstâncias ficariam ocultas ou mesmo inactivas .

## **1.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos**

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2001), a presença de técnicos especializados tais como enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e voluntários, já demonstrou o seu valor como elemento intrínseco em equipas flexíveis de prestação de cuidados. As equipas multidisciplinares são particularmente relevantes na orientação de perturbações mentais dadas as complexas necessidades dos indivíduos com doença mental e as suas famílias, em diferentes etapas no curso da sua doença (Organização Mundial Saúde, 2002).

A Unidade Funcional Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria da Amadora é composta por dois Psiquiatras, duas Enfermeiras, sendo uma delas especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, uma Técnica de Serviço Social, uma Psicóloga e uma administrativa.

Face aos recursos materiais, esta equipa encontra-se localizada no 4º piso do Centro de Saúde da Amadora- Edifício B e dispõe de seis gabinetes, sendo cada um, ocupado por cada profissional da equipa multidisciplinar.

Tal como descrito anteriormente, o objectivo principal desta equipa multidisciplinar prende-se com a detecção e intervenção precoce nas situações de risco para a saúde da pessoa e das populações. Neste contexto existe um conjunto de acções, cuja responsabilidade é do enfermeiro das quais salientamos: sensibilização para a importância de estilos de vida saudáveis, identificação com o utente de potenciais factores de stresse de forma a prepará-lo para situações futuras e intervir na crise,

fomentar a criação de grupos de auto-ajuda e aconselhamento, privilegiar as visitas domiciliárias para avaliação do contexto sócio-familiar, sensibilização para a importância do relaxamento na população com profissões consideradas de maior stresse, promoção na abertura das relações pessoais e familiares e participação activa em projectos educativos da escola no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença.

A admissão dos utentes na Unidade Funcional Comunitária processa-se através de referenciação. A mesma pode ser procedente do clínico dos cuidados de saúde primários, da Unidade Funcional de Internamento de Doentes Agudos, Unidade Funcional Hospital de Dia ou Unidade Funcional de Psiquiatria de Ligação.

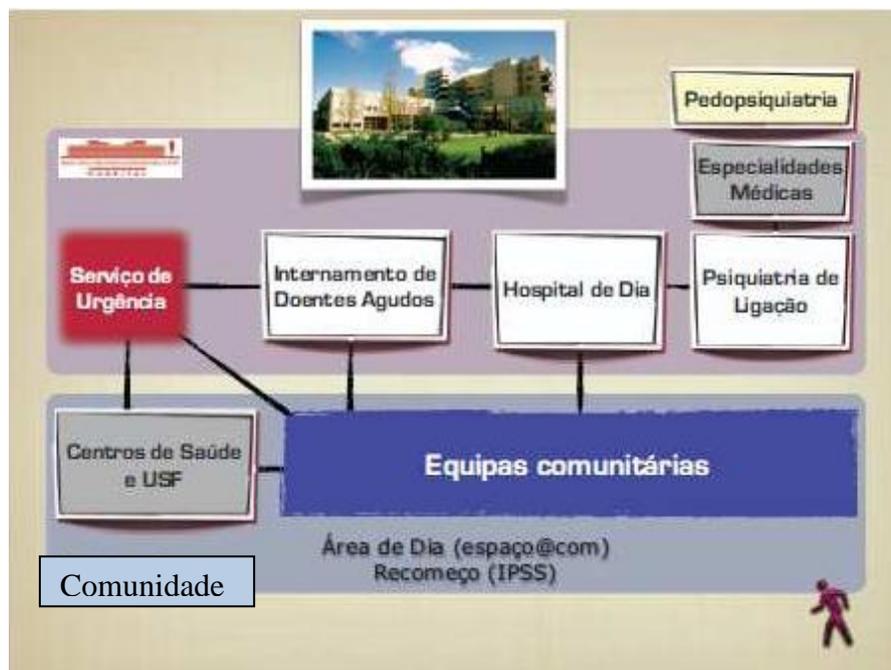


Figura 1: Articulação do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca

A equipa multidisciplinar de cada Unidade Funcional mostra-se muito coesa na avaliação diagnóstica, planeamento e intervenções de acordo com a unicidade de cada utente. O acolhimento do utente na Unidade Funcional é realizado pela enfermeira e após marcação de uma entrevista inicial, a qual intitulam de “triagem”. É no decorrer

deste encontro inicial que é identificado e avaliado o utente quanto à sua apresentação e postura (realizada através de observação directa), linguagem, motricidade, estado de consciência e de atenção, humor, afectividade, pensamento, sentimentos e emoções expressas. Terminado este primeiro encontro, são elaborados os registos do que foi observado e do que foi expresso pelo utente. O caso será levado a reunião de equipa multidisciplinar caso assim se justifique. Esta discussão de casos interpares surge quando é necessária uma avaliação global de toda a equipa multidisciplinar, de forma a ser estabelecida a prioridade com que cada utente deve ser observado ou encaminhado da forma mais eficiente para a especialidade respectiva e existente na equipa. O referido encaminhamento poderá ser pertencente à Unidade Funcional ou outra especialidade da Equipa de Psiquiatria a funcionar no hospital, como por exemplo as consultas de distúrbios alimentares. Quando a avaliação inicial efectuada pela enfermeira não suscita qualquer dúvida e a prioridade que esta lhe confere não é urgente, é realizada marcação de consulta para o psiquiatra o mais breve possível. De referir que se existirem dois elementos do mesmo agregado familiar com patologia psiquiátrica, cada um é distribuído pelos dois médicos da equipa.

Cada equipa das Unidades Funcionais dispõe de uma sala no Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, onde se reúne semanalmente.

Paulatinamente é assim delineado um projecto terapêutico individual, pretendendo-se maior eficiência e melhores ganhos em saúde da população a quem são prestados cuidados. Com regularidade são realizadas, em todas as Equipas Comunitárias, reuniões de articulação com os Clínicos Gerais para formação, discussão e orientação de casos.

Para além destas reuniões, existe, sempre que solicitado, uma actividade de Consultadoria com os Médicos Assistentes nos Cuidados de Saúde Primários. Na prática, torna-se evidente a articulação existente entre as várias unidades que constituem o Serviço de Psiquiatria, quer a nível comunitário quer a nível hospitalar.

### **1.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências**

A depressão assume-se como um assunto do presente, tornando-se imperioso perspectivar intervenções especializadas a utentes que sofrem desta patologia.

A competência em enfermagem é assim a própria mobilização dos recursos pessoais e profissionais com a finalidade de atingir determinado desempenho. O saber ser, saber estar e saber fazer do enfermeiro são direccionados, de forma a desenvolver e aperfeiçoar as suas acções. Este conjunto de saberes, representa uma combinação de muitas dimensões e de acordo com Phaneuf (2005) revela-se muito complexa. Por vezes estas competências podem ser encaradas como um ideal devido à busca incessante na melhoria das práticas efectivas, assim como a obtenção de um nível de excelência.

É necessário para que o desenvolvimento de competências ocorra, possuir determinados conhecimentos, habilidades, atitudes, a abertura à mudança, assim como formação contínua numa determinada área. Somente desta forma obteremos sucesso, na prática e exercendo as funções de enfermeiro ao nível da excelência, para que seja possível oferecer serviços profissionais de qualidade.

No contexto do ensino clínico, a formação através da prática permitiu aprofundar e aperfeiçoar o desenvolvimento pessoal e profissional, baseado num conjunto de actividades e reflexões realizadas no decorrer do mesmo. Procurei desenvolver especificamente a competência de avaliação diagnóstica e a competência de intervenção com utentes com problemas de saúde mental e psiquiátrica, mas mantendo claro que as competências desenvolvidas não ocorrem de forma individual, estando o desenvolvimento da competência relacional permanentemente presente.

Para que o desenvolvimento de capacidades enquanto profissional ocorra, a prestação de cuidados deverá ser sistematizada, pois este é o meio de que dispõe a enfermeira para atender à necessidade de uma metodologia clínica, de forma a ser considerada uma profissão. Assim a enfermeira em qualquer contexto deverá iniciar a sua prática pela avaliação do utente. Esta avaliação que se pretende clara e efectiva, permite determinar qual o significado que cada pessoa atribui à sua experiência de saúde / doença. Esta primeira etapa do processo clínico, procura junto da pessoa que necessita de apoio,

recolher dados para posteriormente as intervenções delineadas irem ao encontro das necessidades da mesma. Usualmente esta avaliação é feita através da realização de uma entrevista e da observação cuidada do utente, assim como são consideradas a expressão das emoções e sentimentos. Torna-se imperioso compreender a sua vivência, os recursos pessoais e ambientais de que dispõe, as suas necessidades, as expectativas que detém, as suas emoções, as crenças e distorções cognitivas que a sua linguagem apresenta, assim como os mecanismos usados pela própria para gerir a ansiedade, o stress e preservar o seu equilíbrio.

Após esta avaliação a enfermeira deverá primariamente validar os dados recolhidos junto da pessoa, analisar posteriormente os dados recolhidos e determinar quais os focos necessitados de intervenção por parte do profissional de saúde.

Refiro-me à primeira competência que se pretendeu desenvolver, pois a base para a prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria é o reconhecimento e a identificação das problemáticas identificadas.

Conclui-se que a pertinência do desenvolvimento da competência diagnóstica, assim como a competência de intervenção são importantes, pois é através delas que se pretende intervir junto do utente, de forma a obter resultados que se transformem em ganhos para a saúde para o utente, para a família e comunidade. É através das intervenções delineadas para o utente que é possível avaliar os resultados obtidos, e caso seja necessário reajustar essas intervenções. O desenvolvimento de capacidades quer pessoais quer profissionais para alcançar estas competências, capacitam o indivíduo para o desempenho do seu papel de enfermeiro mais eficiente, eficaz e seguro.

## **2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

### **2.1 – Caracterização Geral da população/utentes**

O Município da Amadora foi fundado em Setembro de 1979, e é constituído por 11 freguesias distintas: Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfozinhos e São Brás. Inscreve-se na Área Metropolitana de

Lisboa Norte, fazendo fronteira terrestre com os Municípios de Lisboa, Odivelas, Sintra e Oeiras.



Figura 2: Mapa do Concelho da Amadora

De acordo com o Recenseamento Geral da População e Habitação em 2001, a população residente no concelho era cerca de 175 872 indivíduos, sendo constituída por 84 394 Homens e 91 478 Mulheres. Na sua maioria os indivíduos teriam idades compreendidas entre os 15 e 64 anos (71,1%), seguidos dos com idade igual ou inferior aos 14 anos (14.9%) e os restantes com idade superior a 65 anos.

A dinâmica imigratória é notória neste Concelho, na medida em que, e apesar de não existirem dados actualizados quanto ao número de imigrantes, o número de indivíduos de nacionalidade estrangeira a pedir estatuto de residente tem vindo a aumentar. Em 2001, existiam 13 444 imigrantes neste território e o número tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, não contabilizando os casos de imigrantes ilegais. Estima-se que o número de imigrantes ilegais seja provavelmente o dobro, os quais vivem na maioria das vezes, em condições miseráveis, amontoando-se em bairros clandestinos ou sociais à volta de Lisboa. De acordo com o Diagnóstico Social 2008 efectuado pela

Câmara Municipal da Amadora, estes processos migratórios poderão estar associados a um conjunto de perdas propiciatórias de sofrimento mental, nomeadamente a perda da família e dos amigos, da língua, da cultura, do estatuto social e do contacto com o grupo étnico e religioso de onde são oriundos.

O parque habitacional na Amadora, para além de se encontrar envelhecido e degradado, é ainda caracterizado pela existência de quatro grandes bairros de habitação social. São eles o Bairro do Zambujal; Casal da Boba; Casal da Mira e Casal do Silva, como resposta ao plano de extinção dos bairros degradados. Nos últimos anos a existência de zonas degradadas tem vindo a diminuir e a ser regularizada através dos diferentes Programas Habitacionais existentes. Consequentemente, no concelho da Amadora a população caracteriza-se pela existência de graves problemas sócio-económicos, tratando-se de uma zona em franco crescimento habitacional, com bairros muito degradados e graves problemas de inclusão social relacionados com a grande percentagem de imigrantes, sobretudo oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (76%). Esta situação é influenciada pelos laços históricos que unem África a Portugal e pela facilidade de expressão linguística, tal como acontece com os imigrantes brasileiros (96% dos imigrantes provenientes da América são de origem brasileira). A comunidade asiática (7%) também se encontra no Município, embora em número menos significativo sendo de origem chinesa (44%) e indiana (30%), na sua maioria (INE, 2006).

De modo a apresentar respostas a situações de carência económico-social, foi necessário criar princípios básicos de serviço social, nomeadamente no que respeita ao tipo de apoios prestados aos agregados. Assim, também neste concelho são sentidas as dificuldades de inserção na vida social e profissional vivenciadas pelos indivíduos portadores de deficiências. Desta forma, surgiram infra-estruturas de resposta social, que visam a orientação e o apoio do indivíduo com deficiência e da própria família.

Os recursos sociais disponíveis para a população da Amadora quanto à protecção social e que visam a população portadora de doenças mentais e de maior relevância para este relatório são a ACARPS e a Recomeço. A ACARPS – Associação Comunitária da Amadora para a Reabilitação Psicossocial que tem 17 indivíduos em Fórum Sócio-Ocupacional e a Recomeço – Associação de Reabilitação e Integração Social, localizada na freguesia da Buraca e fundada em 1999 por um grupo de profissionais do Serviço de

Psiquiatria do hospital. Possui duas valências distintas, a Unidade de Vida Protegida (com capacidade para 7 utentes) e o Fórum Sócio-Ocupacional (com capacidade para 30 utentes), sendo que no total e para as duas valências, detêm capacidade para acolher 37 indivíduos portadores de doença mental.

Os utentes com patologia psiquiátrica de evolução prolongada, ainda poderão beneficiar de uma área de dia, denominada “espaço@com”, a funcionar actualmente no Centro de Saúde da Damaia e que se destina a actividades de reabilitação, obtendo ainda o apoio da restante equipa comunitária.

Quanto às características gerais da população com depressão ou sintomatologia depressiva caracterizam-se por sentimentos de tristeza frequente, desespero, perda de motivação, sentimentos de inutilidade assim como acompanhada por falta de interesse em actividades previamente apreciadas. A depressão afecta o humor da pessoa, a visão sobre a vida, o comportamento e até algumas funções corporais, tais como dormir, comer ou o próprio “nível de energia”, encontrando-se esta frequentemente irritável, ansiosa ou preocupada. Salientamos que o indivíduo que sofre desta patologia, vivencia habitualmente o início da doença de forma solitária, sem conseguir descrever claramente o sofrimento ocasionado pelas primeiras manifestações comportamentais, o que faz com que os familiares e amigos tenham dificuldade em identificar os primeiros sintomas da doença (Silva et al, 2004). Assim a pessoa com depressão é absorvida por completo e a doença passa a ocupar um lugar privilegiado e por vezes exclusivo, na vida daqueles que a rodeiam (Lourenço, 2006).

Parece claro que esta vivência afecta também a família e o ambiente onde a pessoa se encontra inserida, provocando problemas sérios na dinâmica pessoal, familiar e social. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001) as famílias destas pessoas proporcionam apoio físico e emocional, mas também sofrem com o impacto negativo do estigma e da discriminação das pessoas com depressão, transformando-se num desgaste global. Os gastos económicos familiares, a reacção a essa adversidade e os ajustes e compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer influenciam em grande escala a dinâmica familiar.

## **2.2 – Caracterização da População da Unidade Funcional Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria- Equipa da Amadora**

A Unidade Funcional Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria, Equipa da Amadora presta cuidados à população residente na área geográfica das freguesias da Venteira, Mina e S. Brás. No conjunto das três freguesias residem cerca de 59 216 indivíduos. Há a salientar que destas freguesias fazem parte cinco dos bairros degradados do concelho da Amadora, sendo eles: a Quinta do Pomar, Estrada Militar da Mina, Santa Filomena, Encosta Nascente e Serra Pequena.

A admissão na consulta de Saúde Mental e Psiquiatria carece sempre de referenciação, como qualquer especialidade médica ou cirúrgica.

Actualmente encontram-se inscritos na Unidade Funcional cerca de 2970 utentes. Da totalidade, cerca de 980 utentes ainda são seguidos activamente pela equipa multidisciplinar, tendo os restantes saído por alta médica, falecimento, transferência de unidade ou abandono da mesma. Dos utentes ainda activos na unidade, cerca de 95 utentes cumprem medicação injectável prescrita periodicamente, 11 utentes são supervisionados na preparação da sua medicação domiciliária e quatro utentes fazem toma diária assistida de medicação oral. Estes utentes são acompanhados de uma forma regular de modo a que a adesão ao tratamento esteja subjacente. Assim a equipa de enfermagem da Unidade Funcional, tenta evitar as descompensações das doenças psiquiátricas e os reinternamentos dos utentes. De considerar que as visitas domiciliárias são efectuadas por qualquer elemento da equipa e sempre que consideradas necessárias.

A população que acede ao campo clínico procura inicialmente suporte e cuidados por parte dos profissionais, pois apresentam situações pessoais, profissionais, relacionais ou sociais comprometidas. Na maioria dos casos os utentes surgem nas entrevistas de avaliação com um elevado stresse associado a um desenvolvimento pouco harmonioso com o meio onde se encontram inseridos. Essas fontes procedentes de stresse são muitas vezes responsáveis por focos de doença, desconforto, e sofrimento físico e moral, o que os torna mais vulneráveis e necessitados de ajuda. Esta avaliação é realizada

inicialmente pelo clínico dos cuidados de saúde primários, como já previamente referenciado.

As pessoas que recorreram à Unidade Funcional da Amadora e que foram consideradas para a realização deste relatório, apresentavam uma visão muito negativa relativamente a tudo o quanto as circundava e não conseguiam nomear nada positivo que lhes permitisse dar ânimo à sua vida. São pessoas pautadas por uma tristeza profunda face ao mundo que as rodeia, comprometendo a sua realização junto do emprego e da família com quem partilham o quotidiano.

O choro fácil, o olhar vago e triste foram sinais constantes em quase todas as faces. Falar dos sentimentos que dominam as suas vidas, das emoções que espreitam a cada instante, assim como a desvalorização e a culpabilidade que sentem, foi uma tarefa árdua e difícil. Torna-se-lhes incompreensível porque não conseguem mobilizar as suas forças e energias para atingir os seus objectivos. Associado a estes sinais, surgem ainda repercussões físicas e sociais manifestadas por insónias, fadiga permanente, diminuição na realização de actividades saudáveis, desespero, irritabilidade constante e um profundo sentimento de solidão.

São pessoas que ao longo do seu desenvolvimento e no decurso da sua existência, não foram desenvolvendo um conjunto de estratégias que lhe permitissem uma adaptação ao meio ambiente onde se encontram inseridas, de forma a fazer face a situações consideradas como obstáculos à satisfação das suas necessidades. Assim o stresse, nas suas diferentes formas, representou um importante componente ambiental com aumento da susceptibilidade às doenças mentais e, na verdade, eventos de vida stressantes serviram como significativos preditores de depressão, como nos relatam estudos realizados por Anderson (2008), Chun (2004) e Chou et al (2011). Complementando os resultados dos estudos realizados, Davis et al (1982, p.11) referem-nos que “existem algumas evidências de que a libertação e a depleção de norepinefrina durante um estado de stresse crónico, podem contribuir para uma forte depressão”. No quotidiano dos utentes, ocorreram várias experiências passíveis de desencadear crises como nos referem vários autores, citados por Chalifour (2009). Algumas destas experiências de vida ocorreram de forma súbita e imprevisível, outras tiveram relação com problemas financeiros ou problemas laborais; outras ainda foram experiências simultaneamente

normais e acidentais presentes na família, mas que excedendo os recursos da pessoa acabam por ser reflectidas em mau estar e verdadeiras ameaças para os próprios.

As situações que suscitam situações de stresse, são de acordo com Sequeira (2006), citando Lazarus e Folkman, pertencentes a três categorias distintas. São elas: situações antecipatórias de uma situação desagradável isto é, apesar de não ter ocorrido ainda poderá vir a suceder - a ameaça; o dano como algo que já ocorreu e a pessoa apenas poderá tolerar o acontecimento ou reinterpretar o seu significado ou as suas consequências e por fim o desafio, correspondendo a situações em que a pessoa, julga ter capacidades para alcançar ou ultrapassar as exigências estabelecidas, mas por vezes essa percepção pode ser simplesmente fictícia. Salienta-se que as reacções das pessoas, variam de acordo com a avaliação da situação assim como as circunstâncias em que ocorrem e do meio ambiente em que se encontram inseridas, reflectindo as aptidões e recursos socio-pessoais inerentes a cada um. O modo como a pessoa avalia a situação com a qual se defronta, a percepção que desenvolve de ter ou não controlo sobre ela e o apoio social a quem pode recorrer e com o qual poderá contar, são factores importantes de realçar, pois permitem compreender a repercussão que determinada ocorrência terá naquela pessoa (Sequeira, 2006).

Essas respostas às ocorrências, suscitaram reacções nas pessoas, e que podem ser caracterizadas da seguinte forma: reacção de alarme, fase de resistência e a fase do esgotamento. A reacção de alarme ocorre quando uma pessoa se encontra perante um estímulo, stressor ou não, e que de uma forma autónoma manifestam várias reacções fisiológicas, hormonais e neurológicas com a finalidade de desencadear no organismo um estado de fuga ou de alerta, com o intuito de estabelecer o equilíbrio interno. A fase de resistência ocorre quando um determinado estímulo, que desencadeou a reacção de alarme se prolonga no tempo, procurando a pessoa libertar-se do mesmo. As mesmas reacções fisiológicas, hormonais e neurológicas continuam a manifestar-se e as pessoas tentam através de várias estratégias restabelecer o seu equilíbrio. A fase de esgotamento ocorre quando as pessoas não se conseguiram adaptar ao estímulo perturbador, ameaçando assim o bem estar e tornando-as mais susceptíveis à doença (Chalifour, 2008).

Algumas destas pessoas possuem mecanismos de defesa e que são reacções que as pessoas possuem, de forma a facilitar o seu ajustamento ao meio ambiente, e ajudando-

as a fazer face às situações difíceis da vida, e protegendo-as da ansiedade, do medo e de outras emoções desagradáveis ou socialmente e moralmente julgadas inaceitáveis (Phaneuf, 2005). Estes mecanismos tendo sido desenvolvidos de uma forma positiva, diminuem o nível de mal estar sentido. Contudo quando são usados em grau tão extremo que distorcem a realidade interferindo nas relações interpessoais, são considerados mecanismos de defesa ineficazes ou mesmo nocivos condicionando e impedindo a satisfação das necessidades da pessoa (Towsend, 2002).

De acordo com Stuart (2001) existem três tipos principais de mecanismos de defesa, face a uma situação stressante. São os mecanismos centrados na problemática, que envolvem tarefas e esforço por parte da pessoa, para lidar directamente com a ameaça em si; os mecanismos com foco cognitivo, onde a pessoa tenta controlar o significado do problema de forma a neutralizá-lo e por fim os mecanismos com foco na emoção, que direccionam a pessoa para a moderação do sofrimento emocional.

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

Os objectivos planeados encontram-se expressos na necessidade de aquisição de competências enquanto enfermeira no campo da saúde mental e psiquiatria e simultaneamente na compreensão do processo de saúde mental e alterações comportamentais inerentes ao contexto da experiência humana de saúde.

#### **3.1 – Processo Metodológico**

No âmbito do processo metodológico, um dos elementos estruturantes para o enfermeiro é a sua preparação pessoal, e é desenvolvida como um processo intencional e reflectido. Apesar de contar já alguns anos como enfermeira e continuamente em interacção com os utentes na minha prática diária, o encontro com o outro no contexto do ensino clínico foi bastante diferente do que com o que habitualmente me deparo. A problemática dos utentes do foro psiquiátrico, o pedido de ajuda que deles deriva, assim como as manifestações de emoções e sentimentos dos mesmos suscitaram-me bastante apreensão, em parte por insegurança minha, bem como por sentir necessidade de aprofundar conhecimentos nessa área tão específica de sofrimento humano. Esta foi

uma das principais razões pela qual decidi percorrer este caminho e foi considerada como um objectivo de carácter pessoal.

No que respeita à componente profissional, a relação com o outro é de extrema importância, pois é através dessa relação estabelecida que poderemos criar as melhores condições possíveis, para ajudar o utente a enfrentar as condições adversas que apresenta e prestarmos cuidados com maior qualidade. É na continuidade deste processo que podemos falar de relações terapêuticas. As relações terapêuticas correspondem à actividade central para os enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria e são a base sobre o qual todas as outras actividades se baseiam (Gardner, 2010). O mesmo autor refere ainda, que apesar do principal objectivo da relação terapêutica ser ajudar o utente a voltar ao seu equilíbrio e bem estar, existe também através de cada encontro o potencial para o profissional, saber mais sobre o seu trabalho e através da reflexão aumentar o conhecimento sobre si próprio enquanto terapeuta.

Assim sendo, como preparação e forma de consolidar e aprofundar os meus conhecimentos nas temáticas referidas anteriormente, pesquisei variada bibliografia, com principal enfoque em Phaneuf (2005) e Chalifour (2008), que destacam a postura, o olhar, o espaço físico, a distância, a atenção despendida ao utente, a clareza e a simplicidade na comunicação como premissas fundamentais em todos os contactos. Os conhecimentos e experiência adquirida através dos “role-play” efectuados em contexto académico, também contribuíram para que eu desenvolvesse as atitudes e habilidades necessárias para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Como novo elemento na Unidade Funcional, procurei integrar-me junto da equipa como uma forma de aproximação e aceitação pelos utentes que recorreram à consulta de enfermagem. Estava preparada para que as semanas iniciais fossem de adaptação ao espaço, às normas e orientações que regem a instituição, aos utentes e família, à equipa e conseqüentemente, destes, à minha presença constante e assídua.

Na consecução da primeira etapa do raciocínio clínico e para a avaliação inicial, foi utilizada como técnica, a entrevista clínica. A finalidade com que foi usada deveu-se à necessidade de aquisição de informações relevantes para o conhecimento do utente e para uma tomada de decisão consciente seguida da respectiva intervenção. Como nos refere Phaneuf (2005), a entrevista é um meio de conhecer o outro e um meio de agir, pois é através dela que o enfermeiro, ao cuidar do outro, poderá orientar o seu

pensamento para um diagnóstico de enfermagem ou determinação de um problema, permitindo posteriormente organizar as intervenções.

A preparação prévia antes do encontro com o outro, assume manifesta relevância. Nesse encontro sempre único, é fundamental que o prestador de cuidados se conheça e se entregue, na disponibilidade e na aceitação. Urge compreender a sua vivência, a forma e o modo como ele vivencia o mundo e não só reconhecer a sua realidade objectiva, o que vive e o que percebe do mesmo. Se não se proceder à avaliação do seu mundo e dos seus contextos, então conhecer a sua vivência tornar-se-á impossível. A necessidade de estar atento a tudo o que vindo do outro pudesse ser significativo foi constante, como salienta Abreu (2008) na sua obra. Este passo foi e é fundamental numa relação estabelecida entre o utente e o enfermeiro, necessitando este último de possuir uma capacidade empática, capacidade de escuta, disponibilidade, capacidade de manter a confiança e respeito, de forma a honrar um compromisso realista junto do utente, para que se crie uma aliança terapêutica entre ambos (Phaneuf, 2005).

Assim sendo, preparei-me mentalmente para os cenários que poderia encontrar, tendo especial preocupação quanto ao saber estar e saber ser perante o utente, não descurando as etapas para assegurar o desenvolvimento de uma entrevista eficaz. O meu objectivo inicial para o primeiro contacto com o utente, foi a realização de uma entrevista aberta não estruturada, pois a sua flexibilidade e o seu carácter natural tornam-na no instrumento privilegiado para qualquer intervenção terapêutica (Phaneuf, 2005). Na verdade, este tipo de entrevista permite a aplicação de métodos narrativos que são cada vez mais relevantes, no actual clima de envolvimento do utente, em que as suas histórias de vida representam evidências vitais sobre como percebem as suas necessidades terapêuticas e de reabilitação. Há evidências de que contar histórias pode ser terapêutico, pois é-lhes permitida a partilha das experiências pessoais podendo também contribuir para a redução de algum stress físico e emocional (Gregory, 2010).

O ambiente onde decorreu o primeiro encontro também foi equacionado e previamente pensado. Como nos refere Benjamin (1993), torna-se difícil esclarecer como deve ser o espaço onde se realiza uma entrevista, mas o autor afirma que esse local não deve parecer ameaçador, ser barulhento ou provocar distrações. Tendo esta premissa como base e de acordo com as condições físicas disponíveis, procurei reservar uma sala ampla e com um ambiente aprazível e confortável.

Por razões éticas a par e passo com o descrito anteriormente, cada utente foi considerado de acordo com a unicidade e globalidade enquanto ser e no seu contexto, em constante interacção com o meio ambiente que o rodeia, apesar das semelhanças por vezes existentes face às queixas referidas.

Da população acessível e referenciada à Unidade Funcional, Equipa da Amadora, elegi seis utentes, que apresentaram na avaliação diagnóstica, dois ou mais sinais e/ou sintomas sugestivos de depressão. Esta foi a população alvo para a realização do presente relatório.

É relevante dizer que na área de saúde mental e psiquiatria quase tudo passa pelas palavras, e independentemente da interpretação da informação obtida ou juízos diagnósticos, planeei a realização de entrevistas de ajuda, que me permitiram complementar a informação obtida inicialmente, assim como ser usada como estratégia de intervenção. Este tipo de entrevista permite ao profissional actuar e contribuir para que ocorra uma mudança no comportamento dos utentes, a resolução de problemas e conflitos, assim como assisti-los em situações de crise.

Para que a compreensão da pessoa com depressão fosse validada, optei pelo uso de uma escala de auto-avaliação da depressão, com o objectivo de identificar a severidade da mesma. De acordo com Bahls (2006) as escalas de avaliação possibilitam a qualificação e quantificação dos sintomas na área da Psiquiatria e Psicologia.

A escala mais amplamente usada tanto para investigação como para a clínica, é o “Beck Depression Inventory® – Second Edition”, tendo sido validado em diferentes países, razão pela qual decidi aplicá-la. Esta escala é uma das mais antigas validadas em português e encontra-se bem fundamentada no estudo de adaptação. Este inventário foi criado por Aaron T. Beck e é composto por vinte e uma questões de auto-preenchimento. Esses itens são constituídos por grupos de proposições que descrevem sentimentos e comportamentos, relacionadas com os sintomas de depressão, como desespero e irritabilidade, tristeza e pessimismo, sensação de fracasso ou perda de prazer, cognições como culpa ou sentimentos de punição, assim como sintomas físicos tais como fadiga, perda de peso e falta de interesse sexual. O seu preenchimento indicia-nos a gravidade da depressão, presente em adultos e adolescentes com idade superior a treze anos, e de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM IV. Cada questão é avaliada numa escala de 0 a 3 perfazendo o total dessa pontuação, a severidade da

depressão. De acordo com Pais Ribeiro (2007) os autores Vaz Serra e Abreu propõem o ponto de corte 12 para a identificação da depressão. Assim os valores de 0 a 12 demonstram a ausência de depressão; 12 a 18 – depressão leve; de 18 a 24 – depressão média e acima de 24 – depressão grave

A metodologia usada permitiu a consecução dos objectivos previamente planeados. Nomeadamente pretendi criar as melhores condições possíveis para apoiar o utente, melhorando a sua qualidade de vida, e simultaneamente adquirir e aperfeiçoar as minhas competências diagnósticas, relacionais e terapêuticas.

### **3.2 – Processo de Avaliação Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem**

As entrevistas planeadas e realizadas para a avaliação diagnóstica assentaram na necessidade de compreensão da vivência da pessoa, na promoção da adaptação, na aceitação, no suporte e numa aliança efectiva. Contudo o receio pessoal e a insegurança antes de cada primeira entrevista foi uma constante.

Todos os utentes são referenciados à Unidade Funcional pelos Cuidados de Saúde Primários ou através do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, e portanto existe alguma informação prévia sobre a razão pela qual procuram aquela unidade.

A entrevista inicial, sempre realizada pela enfermeira, é um procedimento adoptado na Unidade Funcional onde decorreu o ensino clínico e acontece de uma forma sistematizada, derivado da flutuação das necessidades e da hierarquização do estabelecimento de prioridades face aos utentes que recorrem à mesma. O tempo de duração das entrevistas foi variável dependendo o mesmo de cada utente.

As primeiras entrevistas realizadas contaram sempre com a presença da enfermeira orientadora do ensino clínico, tornando o encontro mais facilitador e seguro. Esta somente interferia no decorrer da entrevista se algo ficasse por questionar ou houvesse necessidade de validar algo com o utente. Esta presença assídua tornou-se uma mais valia, permitindo uma maior reflexão e consciencialização dos meus próprios pensamentos, atitudes e sentimentos. De acordo com Buck et al (2010) a supervisão

clínica facilita e faculta o fornecimento de suporte, apoio e incentivo de forma a que o progresso que ocorreu possa ser discutido e avaliado. É ainda considerada por Lindgren et al (2005) como tendo um impacto positivo sobre o desenvolvimento pessoal na enfermagem e sobre a qualidade dos cuidados por estes prestados. O desenvolvimento de competências pessoais e profissionais foram desta forma também fomentados.

As avaliações diagnósticas específicas dos utentes em questão, surgiram associados a uma primeira observação, um primeiro contacto entre o profissional com a pessoa que solicitou e indagou por ajuda. Como nos refere Abreu (2008) esse primeiro contacto não apresentou como finalidade saber ou explicar a patologia, ou mesmo fazer um diagnóstico, mas obter uma ideia o mais completa possível daquilo que o sujeito vive, permitindo compreender o seu estado. Teve por objectivo captar com a máxima fidelidade o modo como ele vivencia as coisas, a sua perspectiva sobre o que o rodeia, sem pretender dar definições às suas experiências. Foi permitido ao utente a verbalização das suas principais queixas e temores, apreendendo o que pretendia dos profissionais que tinha ao seu dispor e de que forma pensava poder ser apoiado, para iniciar a sua recuperação de saúde e bem estar. A importância deste primeiro encontro permitiu preferencialmente clarificar o pedido de ajuda derivado do utente, avaliar as suas expectativas e o modo como este compreendia as dificuldades que se encontrava a vivenciar. O espaço físico onde ocorreram as entrevistas nem sempre correspondeu ao planeado, por condicionantes no próprio serviço. Apesar dessa limitação foi conseguido um ambiente calmo, tranquilo e sereno, permitindo a criação de uma área facilitadora e propícia à comunicação.

Os autores consultados (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008; Townsend, 2002), referem que os primeiros minutos de uma entrevista são decisivos para a sua eficácia, pois determinam o clima do restante encontro, razão pela qual obedeci a regras básicas iniciais, tais como a apresentação pessoal, acompanhado de um cumprimento com aperto de mão, de forma a manifestar a minha proximidade. A minha preocupação com o conforto do utente também foi manifestada.

Terminada a acomodação e apresentação dos três intervenientes, em que as duas profissionais de saúde se encontravam frente ao utente, foi efectuado o pedido de autorização verbal para a recolha de dados em suporte de papel. Esta ocorreu em todas as entrevistas, de forma a evitar que se perdesse informação relevante. Simultaneamente

foi explicado ao utente a razão da entrevista e reforçada a existência do sigilo profissional.

A necessidade de efectuar uma escuta activa tornou-se evidente desde o início da relação e somente assim foi possível compreender o outro na sua mundividência. O que sente, o que pensa e o que vê acerca do mundo que o rodeia. No decorrer das mesmas, não se pretendeu em momento algum, concordar ou discordar do que foi partilhado, mas sim compreender e entender na totalidade o que é ser como “o outro”, observando o seu tom de voz, os seus gestos, as suas expressões e emoções. Esta capacidade de observação do comportamento não verbal, informa o profissional da disponibilidade afectiva e intelectual do utente. As vivências e acontecimentos significativos na vida de um indivíduo, a forma como pensa e sente em relação à sua pessoa e em relação aos outros, as ambições, aspirações e objectivos de vida, bem como os mecanismos de defesa que possui ou aqueles que é capaz de usar, foram alguns dos pontos abordados no decorrer da avaliação diagnóstica e entrevistas de ajuda subsequentes. A escuta foi portanto um instrumento essencial no acesso e na compreensão do outro.

O principal objectivo deste tipo de entrevista foi identificar com a maior precisão possível, as dificuldades vividas pelo utente. Assim, terminada a entrevista e tendo sido clarificado e validado os sinais e sintomas pelo qual o utente recorreu à Unidade Funcional, procedeu-se ao registo em suporte de papel das razões pelo qual o mesmo procurou apoio junto da equipa multidisciplinar.

A enfermeira avalia o que foi escutado e de acordo com a prioridade estabelecida, apresenta a situação à restante equipa para discussão de qual o melhor projecto terapêutico a ser desenvolvido. O encaminhamento dos utentes poderá ser variado e encontra-se relacionado com a sintomatologia apresentada. É possível o retorno aos cuidados de saúde primários, caso não se verifique a existência de psicopatologia; são marcadas consultas com psiquiatra de acordo com as vagas existentes para avaliação médica ou então, são marcadas consultas de urgência para avaliação médica precoce; caso o utente beneficie de outro encaminhamento mais específico, como por exemplo em caso de adições ou distúrbios alimentares, o mesmo também é efectuado. No final deste processo o utente é informado da decisão final da equipa.

A concretização das entrevistas iniciais, permitiu decidir quais os utentes que deveriam ser acompanhados para a realização do presente relatório “*a posteriori*”, mas de forma a

aprimorar a competência diagnóstica, outras entrevistas foram realizadas a utentes com variados diagnósticos de doença mental.

Para dar continuidade ao que tinha sido planeado e mobilizando-me a mim própria enquanto instrumento terapêutico, dei início e envolvi-me na relação com os utentes. Para ser possível apoiá-los e ajudá-los de forma eficiente era necessário fazer um correcto diagnóstico da sua situação. Assim comecei por realizar as primeiras entrevistas, consideradas diagnósticas, que me permitiram conhecer a problemática dos utentes, compreender de que forma vivenciavam essas situações e como interferiam na sua qualidade de vida. Dos utentes entrevistados foram intencionalmente escolhidos seis, e correspondendo aos que manifestaram na primeira entrevista sinais e sintomas de depressão como referido anteriormente. Esses foram contactados telefonicamente para uma segunda entrevista e preenchimento do Inventário de Depressão de Beck. Só quatro utentes aceitaram voltar à Unidade Funcional, tendo os outros dois abandonado qualquer tipo de consulta.

De acordo com a sintomatologia descrita e observada na pessoa com depressão as intervenções traçadas, surgiram como princípios orientadores na prestação dos cuidados, reforçando mais uma vez que cada plano traçado ganhou contornos de unicidade na singularidade de cada vivência. As intervenções planeadas complementaram-se, fomentando a mobilização dos recursos pessoais dos utentes, para a obtenção de resultados positivos e conseqüentemente ganhos em saúde.

Desde o princípio foi suposto o estabelecimento de uma aliança terapêutica entre os intervenientes. Phaneuf (2005) e Chalifour (2008) referem que ao conseguir-se esta aliança é possível permitir criar melhores condições para ajudar a pessoa a enfrentar as dificuldades que apresenta. Para que esta aliança seja efectivada é necessário ouvir activamente. De acordo com McCloskey & Bulechek (2004) esta escuta deverá ser realizada de forma a estar subjacente o interesse pelo que foi transmitido, encorajando a verbalização de sentimentos e emoções e verificar a compreensibilidade da mensagem, evitando barreiras ao efectivar a mesma. Phaneuf (2005) refere que a escuta é a responsável pelas atitudes de partilha e receptividade, necessárias para o desenvolvimento de uma relação de ajuda e comunicação, a par e passo com a presença, disponibilidade e qualidade de atenção por parte do técnico de saúde.

Seguidamente apresentarei as utentes que foram seleccionadas e acompanhadas neste ensino clínico, bem como os juízos diagnósticos elaborados e os focos CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) apurados e com necessidade de intervenção.

#### UTENTE A

Utente do sexo feminino, de 39 anos de idade, casada, residente na Amadora com o marido (desempregado nesse momento) e sem filhos. Profissionalmente é licenciada em Relações Internacionais, a trabalhar numa multinacional como recepcionista. Encontra-se a frequentar Pós Graduação pós laboral na área de contabilidade, a que tem faltado frequentemente, por não sentir vontade alguma em ir. Tem como antecedentes pessoais Diabetes Mellitus Tipo II insulino tratada, Obesidade, Hipertensão Arterial e como antecedentes familiares a mãe com Síndrome Depressivo e um tio com patologia psiquiátrica que não sabe especificar mas seguido em consulta da mesma especialidade.

É referenciada pelo médico assistente dos cuidados de saúde primários, por queixas de insónia, sintomas somáticos inexplicados, ansiedade, tristeza, alterações da libido e isolamento social.

No primeiro encontro refere que desde Outubro de 2010 inicia quadro de insónia, desmotivação laboral e pessoal crescente, anedonia e até algum isolamento social. Apresenta um elevado sentimento de desvalorização pessoal face ao trabalho e na vida privada, referindo que:

“trabalho há sete anos e nunca fui promovida. Isso é porque devo ser incompetente...”

“sinto que o meu trabalho não é valorizado...”

Desde Dezembro de 2010 que refere sentir-se pior, pois antecipa a volta ao trabalho como “um sacrifício” (sic). Demonstra ainda preocupação crescente face à família; relativamente aos seus pais, pois estão cada vez mais idosos e com doenças físicas associadas (pai diabético e mãe com nevralgia do trigémeo) e com a sogra, que tem Parkinson e encontra-se acamada à já alguns meses, ficando a seu cargo o seu acompanhamento.

Apresenta-se no primeiro encontro com aspecto cuidado, morfologia endomórfica, bom contacto visual, com labilidade emocional marcada, choro fácil, humor depressivo, anedonia e preocupação crescente face à sua situação laboral e situação familiar. Apresenta discurso com bom débito, apesar de alguns momentos de silêncio bastante prolongados.

De acordo com a observação da utente e durante o diálogo estabelecido, depreendi que a sua principal problemática, residia na sua capacidade de ver tudo o que lhe acontece ou que lhe é proposto de uma forma muito negativa e que esta raramente se disponibiliza à mudança. Manifesta não conseguir o desenvolvimento na vida profissional que ansiava e a sua vida pessoal vai sendo também ela, afectada por todas estas ocorrências. Mantém-se sempre um pouco renitente em falar dos aspectos privados da sua relação conjugal, apesar de ficar implícito que o apoio obtido junto da família central é reduzido. Ao longo do seu discurso, por vezes conclui que se contradiz, e que aquilo que acabou de dizer não tem qualquer sentido para ela. Desta forma ao ouvir-se, foi gradualmente tomando consciência do seu verdadeiro problema e reflectindo sobre qual o melhor caminho por optar, de forma a melhorar a sua condição psicológica.

Os focos estabelecidos foram os seguintes: sono comprometido, tristeza actual, angústia elevada, baixa auto estima actual, bem estar comprometido, coping comprometido, relacionamento com o local de trabalho comprometido, frustração actual e exaustão crescente.

Decorrente deste encontro e perspectivando outro com o intuito de apoiar a utente a desenvolver estratégias personalizadas para lidar com a sua problemática, incutindo-lhe esperança de que a mudança é possível, foi proposto à mesma a realização de uma lista de metas que gostaria de atingir e quais os recursos que julga serem necessários para as efectuar. Foi ainda convidada a elaborar uma lista com as características positivas e negativas que pensa adequar-se à sua pessoa. Pretendi com estas estratégias que a utente estabelecesse os seus objectivos pessoais, assim como a necessidade de assumir a responsabilidade de direccionar a sua recuperação e tratamento de forma confiante. Inicialmente este trabalho não foi concretizado, havendo necessidade de validar com a utente a importância do mesmo e de que forma isto poderia fazê-la progredir na sua vida, com maior qualidade. A importância no estabelecimento destes objectivos permitiu à utente aumentar a confiança em si e hierarquizar as suas opções. Foi

encorajado e aceite pela utente, o envolvimento do marido na consecução de alguns dos seus objectivos.

## UTENTE B

Utente do sexo feminino, de 43 anos de idade, casada, residente com o marido e dois filhos na Amadora (uma filha de 21 anos e um rapaz de 13 anos). Profissionalmente é ajudante de cozinha, e na data da primeira entrevista com baixa médica durante 30 dias. É referenciada por médico assistente dos cuidados de saúde primários por queixas de insónia inicial, impulsividade, ansiedade, tristeza, ideação suicida não estruturada e isolamento social. Manifesta que desde o início do ano de 2011 iniciou conflito laboral com a cozinheira do local onde desempenha funções. Simultaneamente inicia quadro de perda de confiança no marido por eventual relação extraconjugal. Refere que perdeu a confiança em tudo. Apresenta ainda isolamento social, referindo que não tem muitos amigos dedicando-se quase exclusivamente à família, razão pela qual agora também sente dificuldade em aceitar a autonomia dos filhos. Demonstra ainda muita dificuldade em ocupar os seus tempos livres, pois não consegue interessar-se por nada actualmente. Todos estes sentimentos resultaram numa tentativa de suicídio sem sucesso e dois episódios de automutilação sem gravidade. Face a esta afirmação, foi avaliado o risco de intenção suicida no momento do primeiro encontro, bem como os impulsos que estiveram na origem destes comportamentos. Não se apurou ideação suicida actual, bem como a impulsividade que refere ter sentido nessas ocasiões fazem-na agora ter uma atitude bastante crítica e oposta face ao sucedido.

No primeiro encontro apresentou um aspecto cuidado, bom contacto visual, com labilidade emocional marcada, choro fácil, humor depressivo, anedonia e preocupação crescente face à sua situação laboral e situação familiar. Discurso sem alterações dignas de registo.

Os focos estabelecidos foram os seguintes: sono comprometido, tristeza actual, baixa auto estima actual, bem estar psicológico comprometido, capacidade para desempenhar actividades de lazer diminuída, processo familiar comprometido e relacionamento com o local de trabalho comprometido.

No contexto desse primeiro encontro, avaliei e validei com a utente que a sua principal problemática correspondia à dificuldade em ocupar os tempos livres com actividades de lazer, assim como o sentimento de desvalorização e diminuição da necessidade dos filhos dependerem de si. Relativamente ao eventual relacionamento do marido com outra pessoa, manifestou desde o início sentir recursos internos para resolver esse conflito.

#### UTENTE C

Utente do sexo feminino, de 35 anos de idade, recentemente divorciada, residente com os pais e uma filha de 4 anos na Amadora. Profissionalmente é operadora turística a trabalhar em call center realizando “*booking*”. Tem como antecedentes pessoais um rim único com Insuficiência Renal em tratamento médico e hipercolesterolemia. Foi referenciada por médico assistente por queixas de insónia total, irritabilidade, ansiedade e tristeza. Refere que desde Janeiro de 2011 inicia quadro de insónia, tristeza, isolamento social e diminuição para a realização da sua actividade laboral. Tendo vivenciado recentemente um processo de divórcio, refere que alguns dos problemas inerentes ao mesmo ainda estão a decorrer, referindo que o ex marido se vitimiza perante os outros, aumentando-lhe o sentimento de julgamento por parte dos mesmos. Refere sentir-se aterrorizada pelo julgamento do que as pessoas possam efectuar, querendo isolar-se portanto de tudo. Manifesta que gostava somente de desaparecer, encontrar-se sozinha no seu “canto”, mas não seapura ideação suicida. Manifesta ainda, receio face à sua actual doença renal. Revela e manifesta stresse profissional elevado, pois refere que a actividade laboral é uma actividade muito exigente. No primeiro contacto apresenta aspecto cuidado, bom contacto visual, com labilidade emocional marcada, choro fácil, humor depressivo, anedonia e com sentimento de desvalorização pessoal acentuado.

Os focos identificados foram: sono comprometido, tristeza actual, angústia elevada, isolamento social crescente, cansaço actual e aceitação do estado de saúde comprometido.

Após a escuta efectuada sobre o que foi partilhado e logo no primeiro encontro, foram prestadas informações à utente sobre os cuidados, sinais e sintomas para o qual deverá estar alerta sobre a sua condição clínica física (problema renal). Senti-o e julguei-o como necessário, uma vez que a utente manifestou bastante receio face ao futuro a

médio e longo prazo. Foi ainda motivada a falar abertamente com familiares e amigos próximos, de forma a não se rever da forma negativa, com que julga ser avaliada pelos outros. Estas temáticas serviram de base para um novo encontro.

#### UTENTE D

Utente do sexo feminino, de 37 anos de idade, divorciada recentemente, residente com os dois filhos na Amadora (um com 11 anos e outro com 9 anos). Profissionalmente encontra-se desempregada desde Dezembro de 2010. Tem como antecedentes pessoais e familiares o seguimento em psiquiatria aos 22 anos por patologia depressiva e isolamento social. Nessa altura realizou medicação com melhoria significativa mas desconhece nome de mesma. Tem ainda uma Iteite/enterite eosinofílica. Refere que o pai tinha hábitos etanólicos marcados e que a mãe já realizou duas tentativas de suicídio (1ª aos 50 anos na linha de comboio e 2ª por Ingestão Medicamentosa Voluntária) sendo seguida em consulta no Centro de Saúde. A mãe foi ainda vítima de violência doméstica marcada, tendo a filha assistido várias vezes a estes episódios.

É referenciada por médico assistente por queixas de insónia parcial, ansiedade, tristeza, ideação suicida não estruturada e isolamento social.

Relata que desde Dezembro de 2010 que inicia quadro de angústia, tristeza, diminuição da auto-estima e incapacidade para realização de actividades, acompanhada de necessidade de isolamento social. Apresenta-se com aspecto cuidado, atenção captável e choro fácil. Fácies triste com humor triste. Pensamentos frequentes de incapacidade para gerir a sua vida em termos económicos, sociais e familiares. Refere que por vezes “me apetece desaparecer para não sofrer” (sic) mas não apresenta ideação suicida estruturada. Apresenta pensamentos e afectos ambivalentes face a um cunhado e a uma outra pessoa que conheceu e a apoia financeiramente. Refere ainda que não tem objectivos para o futuro. Culpabiliza-se por atitudes que considera incorrectas, mas que foram usadas como estratégias pela mesma numa tentativa de resposta ao que se encontra a vivenciar. Apresenta isolamento social e a única pessoa que a apoia é a mãe também ela idosa e com problemas de saúde. Com a irmã refere que mantém um relacionamento de afastamento para protecção face ao cunhado. Refere não ter amigos e viver com dificuldades económicas acentuadas.

Na primeira entrevista apresenta aspecto cuidado, bom contacto visual, com labilidade emocional marcada, choro fácil, humor depressivo, anedonia e preocupação crescente face à sua situação social e situação familiar.

Os focos elaborados foram: rendimento familiar comprometido, desespero crescente, crise actual, serviço de emprego ausente, sono comprometido, auto-estima comprometida e desolação actual.

Foi a utente com a qual senti maior dificuldade de aproximação, pois a sua relutância à partilha das vivências e o silêncio mantido para ocultar as suas opções e atitudes, dificultaram os juízos e avaliação diagnóstica. Julgo que a própria utente se sente envergonhada dos seus comportamentos, razão pela qual sente dificuldade em nomeá-los. Face ao exposto, verifiquei e concluí que apesar da utente referir tudo aquilo que considera problemática, o que efectivamente lhe causa transtorno, é a aceitação das estratégias pelas quais enveredou na procura da solução para o seu problema económico. Culpabiliza-se pelas suas opções e simultaneamente isola-se para se defender do eventual julgamento por parte dos outros que possa ocorrer, nomeadamente da família mais próxima (filhos, irmã e mãe).

Saliento que os focos de enfermagem elaborados após término das entrevistas, basearam-se nas preocupações do utente, assim como nos problemas reais ou potenciais que constituíam ou pudessem constituir sintomas de distúrbios fisiológicos, comportamentais ou psicossociais, tal como nos refere George et al (2000). Foi notória a relação entre a pressão que os utentes referem face ao meio ambiente onde se encontram inseridos e os mecanismos de defesa por si usados, que de uma ou outra forma, são indutores de stresse. Baseado nesta observação, e de forma a aprimorar competências foram desenvolvidas várias actividades no ensino clínico que clarificarei adiante.

Tornou-se evidente após os primeiros encontros, e neste contexto de forma regular a possibilidade de partilhar com os utentes os problemas do seu quotidiano e escutá-los de uma forma atenta, fornecendo apoio, escuta activa e disponibilidade. Foi possível identificar quais os seus problemas e as necessidades específicas no âmbito da saúde mental. Quanto aos problemas e necessidades manifestas e após interpretação dos dados recolhidos apuraram-se determinados focos e respectivos indicadores alvos de intervenção. Somente com uma descrição clara dos focos avaliados inicialmente pude

avaliar e obter resultados sobre as intervenções planeadas pelo técnico de saúde. Os indicadores usados para a posterior avaliação foram o humor, a tristeza, o estabelecimento de metas mútuas e exequíveis, a qualidade do sono, a satisfação com o desempenho laboral e actividades assim como a baixa de auto-estima. De acordo com Phaneuf (2005) alguns dos principais focos que a enfermeira deve ter em atenção perante uma pessoa com depressão passam pela alteração da comunicação, a tristeza, a auto-estima diminuída, a lentidão depressiva, o negativismo, a impotência, a cólera, os problemas somáticos, as dificuldades ligadas às actividades quotidianas, as crenças erradas sobre a depressão considerada como uma falsa doença e o suporte à família.

A validação do que foi escutado no decorrer das entrevistas, constituiu também um passo importante na clarificação dos problemas identificados pelos utentes, bem como a compreensibilidade dos mesmos. Esta foi de encontro aos utentes nas suas necessidades e no seu estado de evolução. Evidencia-se que desde o início, o utente foi considerado como possuidor dos recursos principais para a resolução dos seus problemas. É importante que a participação do utente seja vista como uma parte significativa do carácter organizacional global de um organismo, serviço ou instituição, ao trabalhar com os indivíduos que serve.

Desde o primeiro instante e do primeiro contacto, a angústia, a tristeza e o sentimento de incapacidade para realização das actividades essenciais foram notórias junto da maioria dos entrevistados. Tornou-se difícil e penoso falar dos acontecimentos que são projectados no seu dia a dia. Com o decorrer do tempo, as emoções e sentimentos vieram à tona e transformaram-se em lamúrias, choro e de alguma forma, sentimentos de perda da sua real identidade. Alguns chegaram a referir que se “sentem alheados do mundo” onde se encontram momentaneamente. O discurso lentificado face aos seus problemas, o olhar fixo no chão, bem como o receio de falar nos medos que assolam as suas vidas, igualmente com os problemas que daí advém tornaram-se evidentes. A percepção do que os rodeia, a auto-imagem de que são possuidores, assim como os sentimentos e emoções que manifestaram, foram acompanhados de longos períodos de silêncio. O silêncio tornou-se assim tão cobijado.

No decorrer das entrevistas, várias vezes foi reforçada a empatia e demonstrada disponibilidade para o seguimento da descrição da problemática que os assola. A maioria dos utentes acompanhados, apresentou vivências e histórias de vida, carregadas

de situações geradoras de stresse e que foram tidas como bastante significativas para os mesmos. Na vida de um indivíduo, o stresse ocorre de uma forma comum e não podemos de forma alguma evitá-lo. De acordo com Neuman (1995) os factores que o originam, são forças perturbadoras que operam dentro de um ou em qualquer sistema. Quando uma pessoa se sente invadida por um factor stressante e se julga, incompetente para responder a essa provação, sentirá dificuldades em ultrapassá-lo. Perante tal, urge a necessidade de efectivar uma alteração à qual a pessoa se tem de habituar, e que resulta de importantes mudanças do seu contexto. O utente deverá então, criar uma determinada resposta. Estas poderão ser positivas ou então geradoras de novas experiências stressantes. O modo do utente interpretar estas experiências, a forma como pensa nelas, como as percebe e como as verbaliza, foram avaliadas junto dos mesmos, permitindo entender com clareza, as razões porque ficaram insatisfeitos e com um sofrimento psicológico elevado.

Segundo Potter (2006) o modo como o indivíduo reage ao stresse, depende da forma como vê e avalia o impacto desse factor stressante, o efeito deste sobre a sua situação, o apoio obtido no momento em que vivenciou esse stresse e os seus habituais mecanismos de “*coping*”. O “*coping*” revela a totalidade de esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo, para gerir as solicitações específicas internas ou externas, avaliadas como esgotando ou excedendo os seus recursos (Lazarus & Folkman citado por Chalifour, 2008). Na maioria dos utentes este mecanismo estava a ser usado de forma ineficaz, tendo sido também considerado como indicador para as intervenções planeadas.

O stresse desempenha assim, um papel fundamental na vulnerabilidade à doença e a sua permanência poderá ocasionar uma crise. Segundo Townsend (2002, p 154), as crises “ocasionam um desequilíbrio, do qual muitos indivíduos necessitam de auxílio para se recuperar”. Caplan, citado pelo mesmo autor, define a crise como um “... desequilíbrio psicológico numa pessoa que se defronta com uma circunstância de risco, que constitui para ela um problema importante, do qual ele não pode no momento nem fugir nem resolver com os recursos habituais de resolução de problemas.”

É baseado neste facto, que o modelo de sistemas de Neuman vê os enfermeiros como os responsáveis, pelo desenvolvimento de intervenções para evitar ou reduzir os factores de stresse no utente, ou torná-los mais suportáveis para este. Neste seguimento e de uma

forma crescente, foram avaliados com os utentes os factores geradores de stress e de que forma esses interferiram com a harmonia necessária ao desempenho de cada um. A partilha com o utente das suas experiências de vida, a dor manifesta, o apoio e a condução necessária caso a caso, tornaram-se então uma mais valia. Foi importante facilitar e encorajar a expressão de sentimentos e emoções por parte dos utentes, para que se obtivesse o reconhecimento e se alcançasse a satisfação das necessidades evidenciadas.

A prestação de cuidados globais à pessoa e a promoção da auto-estima foram inerentes a todo o processo de intervenção junto dos utentes. No decorrer dos encontros foi facilitada a expressão adequada de emoções positivas e negativas, num contexto empático permitindo a catarse, para que a pessoa com depressão aumentasse o seu auto-conceito, a sua auto-estima e assim motivar-se para um melhor funcionamento pessoal. Usando a entrevista de ajuda como técnica de intervenção e a resolução de problemas, foi negociado com a pessoa doente o registo de pensamentos, sentimentos e emoções face a si e aos outros que lhe causem problemas e sofrimento. Sequeira (2006) refere que a pessoa deve ser capaz de identificar as suas capacidades e qualidades, sendo fundamental o reforço positivo das mesmas, no suporte, para que esta analise os seus sentimentos e os compare com a realidade concreta. As mesmas foram informadas sobre o processo/tratamento da doença e foram fornecidos dados sobre o decurso da mesma, permitindo o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, de forma a obter resultados mais favoráveis, incluindo a melhoria da qualidade de vida. McCloskey & Bulechek (2004) referem que a pessoa com depressão, deve reforçar a utilização adequada dos mecanismos de *coping* de forma a obter as respostas face às adversidades o mais eficazes possíveis. A promoção da adesão ao regime terapêutico também constituiu uma fase importante. À pessoa com depressão foi fornecida informação relativa à medicação e de como esta pode contribuir para o seu processo de recuperação.

Desde o princípio pretendeu-se apoiar e incentivar a autonomia nos auto-cuidados, estimulando a recuperação da saúde e da qualidade de vida. Foi reforçada uma alteração específica no comportamento, para que fossem estabelecidas metas exequíveis e fossem alcançados os objectivos propostos pelas próprias. Foi ainda proposto a promoção de interacção social, com participação em actividades sociais e actividades em grupo de forma a sentir-se encorajado. Foram fornecidas informações sobre os recursos comunitários disponíveis, de acordo com o que é proposto pelo projecto CIR (2010).

Também a família foi contemplada e envolvida no processo de prestação de cuidados ao utente.

O projecto CIR resume-se a um programa de Cuidados Integrados na Recuperação de utentes com doença mental grave. Baseia-se numa série de sessões semanais, individuais ou em grupo, com o técnico de saúde, onde os profissionais apoiam e ajudam os indivíduos que experienciaram sintomatologia psiquiátrica, a desenvolver estratégias personalizadas de forma a lidar com a sua doença e a prosseguir a sua vida. São fornecidos aos indivíduos informações diversas, estratégias e competências que poderão ser usadas, para alcançar a sua recuperação. Estas sessões têm uma duração compreendida entre três a seis meses.

O projecto referido previamente, salienta que a promoção do apoio e mobilização familiar no processo de cuidados, reduz o estigma associado à doença mental e o utente obtém ajuda no alcançar de metas, prevenindo também as recaídas.

Após término de cada entrevista inicial, foi solicitado aos utentes o preenchimento de uma escala de depressão, de forma a que fosse validada a percepção obtida face às queixas apresentadas, emoções e sentimentos expressos. A escala escolhida foi o “Beck Depression Inventory® – Second Edition” também conhecido por BDI-II (ANEXO I).

Embora os resultados do preenchimento do inventário possam pecar por excesso, devido ao mesmo ser de auto-preenchimento, a realização da entrevista prévia validou a maioria das emoções e sentimentos descritos. O resultado inicial do preenchimento do inventário, assim como a observação directa aquando a realização das entrevistas, acabou por ser congruente como à frente será referenciado.

Os resultados iniciais do Inventário de Depressão de Beck são apresentados numa tabela adiante (Tabela 1).

A tristeza foi um sentimento que esteve sempre presente e foi manifestado pelas utentes de uma forma introvertida e silenciosa. Em alguns casos fez-se acompanhar por olhos rasos de água, numa tentativa vã de deixar derramar as lágrimas que insistiam em cair.

Mais uma vez foi dado espaço, respeitado o silêncio necessário e o utente, convidado a prosseguir com o seu relato. A hesitação, os receios de partilha e as dúvidas quanto à abordagem de assuntos directamente relacionados com os próprios, estiveram sempre

latentes. As emoções vividas e relacionadas com o auto-conceito, assim como o sentimento de desvalorização pessoal também se encontraram presentes em mais do que um caso.

As emoções encontram-se assim, intimamente relacionadas com todos os componentes dos indivíduos. Estas vão interferir no quotidiano dos mesmos, em todos os contextos e realidades.

O sentimento de fracasso, associado à incapacidade de resolver e levar os seus objectivos a “bom porto”, a par e passo com a culpabilização constante perante os problemas que as afectam, tornam estas pessoas mais vulneráveis. Estas situações cada vez mais presentes nas suas vidas, aumentam o sentimento de solidão, chegando, a ser ponderado pelas próprias, a hipótese de pôr termo à vida como cessação deste sofrimento.

Emoções e Sentimentos	A	B	C	D
Tristeza	1	2	2	2
Pessimismo	1	3	1	1
Fracasso no Passado	1	1	2	1
Perda de Prazer nas actividades	2	1	2	1
Sentimento de Culpa	1	3	1	3
Sentimentos de Punição	1	3	0	1
Desprezo por si Próprio	2	1	2	2
Autocrítica	1	2	3	2
Pensamentos ou Desejos Suicidas	1	1	1	1
Choro	2	2	1	1
Agitação/Inquietação	1	1	0	1
Perda de Interesse em actividades	2	0	0	2
Indecisão	2	2	1	1
Desvalorização Pessoal	2	2	1	2
Perda de Energia	2	1	1	1
Alteração nos Hábitos de Sono	2b	2b	1b	2b
Irritabilidade	2	1	2	2
Alteração no Apetite	1a	0	1a	0
Dificuldade de Concentração	2	1	2	1
Cansaço ou Fadiga	2	2	1	2
Perda de Interesse Sexual	1	1	0	1

Tabela I – Resultados do 1º preenchimento do Inventário de Depressão de Beck

TOTAL	32	32	25	30
-------	----	----	----	----

Houve necessidade de clarificar o que foi expresso nesta situação em particular, pois pretendeu-se aumentar a compreensibilidade de quem ajuda, demonstrando interesse e auxiliando o utente, a estabelecer contacto com os seus próprios processos emocionais,

de forma a vivê-los intensamente e poder encontrar uma resposta mais eficiente face a esse acontecimento.

A percepção do mundo que os rodeia, encontra-se carregado de negativismo face ao presente e ao futuro que se avizinha. Não conseguem vislumbrar nada de positivo e qualquer situação com que se deparem é sempre entendida como ameaçadora. A própria descrença pessoal afecta todas as valências da sua vida.

As alterações relacionadas com o sono e fadiga permanente, também foram bastante valorizadas pelos utentes, pois também estas se complementam, traduzindo uma menor eficácia face ao quotidiano em que estão inseridos.

Concluído o primeiro encontro entre profissional e utente, foi demonstrada disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar, assegurada a confidencialidade dos factos, para conjuntamente com o utente, que foi incluído em todos os aspectos inerentes à tomada de decisão, minimizar ou mesmo resolver a sua problemática. Deste modo o utente foi também responsabilizado pela sua recuperação. De frisar que na relação, se encontraram um conjunto de princípios éticos entre o técnico de saúde e o indivíduo, que incluíram a confiança, o respeito, a integridade e os valores. A aliança entre o indivíduo e a equipa de apoio, implica a criação de confiança através do diálogo. Esta aliança facilitou a participação dos utentes nos seus planos de cuidados e, mais amplamente, ajudou-os a atingir os seus objectivos pessoais. Estes, tornaram-se objectivos mútuos quando tanto o indivíduo como a equipa apresentaram a mesma meta.

As entrevistas de ajuda seguintes, cimentaram ainda mais a relação estabelecida entre ambos os intervenientes. Salomé (1989) refere que a entrevista de ajuda “ tem por objectivo a compreensão profunda do que se passa com o demandante, a descoberta da maneira como ele experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva de sua experiência de vida e a busca de meios ou recursos que permitam uma mudança.”.

Paulatinamente e como uma equipa que se interajuda, foram sendo identificados os problemas, crenças, percepções e razões causais que contribuíram para o sofrimento das pessoas que procuraram apoio, concomitantemente com a identificação de opções para o futuro e definição de objectivos realistas a atingir. Ao profissional coube-lhe transmitir

apoio, levando suporte e compreensão à pessoa. No final de cada encontro foi sempre discutido com a equipa de saúde os planos terapêuticos traçados, para que a recuperação fosse bem sucedida.

É também notório que para além da prestação de cuidados directos, a comunicação, ocupa um lugar de destaque para o enfermeiro especialista em psiquiatria e saúde mental funcionando como um dos domínios a desenvolver. Kruijver et al (2001, p.141) refere que esta ocorre não apenas para informar o utente sobre a sua doença e tratamento, mas também para criar uma relação terapêutica eficaz, avaliando as suas preocupações, mostrando compreensão, empatia e proporcionando conforto e apoio. É através da comunicação clara e efectiva que o enfermeiro consegue chegar ao utente e fazê-lo sentir-se compreendido e com todo o valor a que tem direito.

De acordo com Hesbeen (2000, p.47) os cuidados de enfermagem poderão ser traduzidos “numa imensidão de pequenas coisas, que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares... o que revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência”. A enfermeira, pela sua proximidade ao utente, num momento da vida vulnerável, apresenta uma intencionalidade de apoio que permite ao outro tomar consciência das suas dificuldades, aceitá-las e criar motivação e atitude para enfrentá-las. A comunicação tornou-se assim num processo interactivo, que permitiu a criação, a troca e a partilha de emoções e sentimentos entre os indivíduos.

Também a minha integração nos projectos terapêuticos em curso com os restantes utentes, nomeadamente os projectos de controlo de adesão terapêutica, bem como as prevenções de recaídas e apoio nas redes de suporte social, foi uma mais valia, pois fomentou a minha presença enquanto elemento da equipa e facilitou a relação estabelecida com os mesmos. No final de cada encontro, por mais breve que este fosse, foram sempre efectuados registos de acordo com os dados obtidos e validados com a orientadora do ensino clínico.

Simultaneamente ao acompanhamento efectuado junto dos utentes, e dando forma ao que foi escutado, elaborou-se um panfleto alusivo ao “STRESSE. O objectivo deste panfleto foi divulgar e relembrar quais os sinais e sintomas de alerta face ao stresse e a forma mais ou menos adequada de lidar com o mesmo. Tornou-se assim possível fornecer aos utentes e familiares, informações e orientações relevantes que puderam

influenciar as escolhas tomadas, contribuindo para a sua educação e promoção da saúde. Esta proposta surgiu no contexto de formação contínua e como um enriquecimento dos meus saberes.

Dando continuidade à proposta realizada, foram ainda desenvolvidas sessões de relaxamento através de Relaxamento por Respiração Profunda (sessões com uma duração de 15-20 minutos) e ensinado aos utentes como fazê-la, de forma a diminuir a sua ansiedade perante uma situação de conflito e maior angústia.

De forma a obter “*feedback*” da equipa onde estava inserida e como complemento dessa aprendizagem contínua, foi ainda apresentado em sessão clínica, a toda a equipa multidisciplinar da área de Psiquiatria e de Saúde Mental do Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, o meu trabalho desenvolvido e realizado actualmente na comunidade. Este trabalho junto da equipa global, permitiu uma reflexão mais profunda sobre a prática e a importância do enfermeiro especialista nesta área e na comunidade.

### **3.3 – Resultados das Intervenções**

No decorrer deste ensino clínico, e com os sucessivos reencontros, a relação interpessoal estabelecida, foi criando laços mais estreitos e à medida que o tempo evoluía, tornou-se cada vez mais fácil expressar sentimentos e emoções. O receio foi-se dissipando e o à vontade conseguido com o técnico de saúde foi aumentando tornando-se o utente mais extrovertido. O utente foi convidado a aproximar-se cada vez mais da sua própria experiência, de forma a entender com clareza as informações que lhe são transmitidas pelo próprio organismo. Alguns dos utentes manifestaram, que este suporte, junto do profissional de saúde, lhes permitiu maior segurança e um estabelecimento de maior proximidade com os seus processos emocionais e sentimentais, permitindo-lhes um melhor reconhecimento das situações que vivenciam.

A tomada de consciência de si próprio encontrou-se presente, apoiando e reforçando os seus mecanismos de defesa e sendo facilitadora da sua recuperação. O estabelecimento de uma abordagem mais participativa, isto é a própria inclusão do utente e a responsabilização pela sua recuperação, acabou por transmitir ao próprio o sentimento de esperança, coragem e crença necessária nestas condições.

Muitas destes processos de recuperação, foram ganhando novos contornos, sendo reavaliados e reajustados às necessidades do utente. Foram validados com os utentes os benefícios alcançados, e concluiu-se que apesar de parecerem pequenos passos, acabaram por revelar-se muito significativos e importantes no desenvolvimento do potencial de cada um.

A utente B foi a que exibiu melhores resultados face à problemática demonstrada e que retomou à sua vida com maior qualidade. A sua disponibilização e aceitação para a mudança, garantiram um pequeno (grande) sucesso à mesma. Concomitantemente com os sucessivos encontros com o técnico de saúde, ocupou o seu tempo livre participando em actividades extra laborais como pintura e costura, na companhia de um familiar próximo, suprimindo o seu sentimento de solidão e tristeza e demonstrando optimismo face ao futuro. Passou a encarar-se de novo como uma pessoa com capacidade para gerir a sua vida pessoal e profissional. Refere ter melhorado o seu relacionamento conjugal e com o apoio da medicação e das novas ocupações, também o seu problema relacionado com o sono ficou diminuído. A complementaridade dos resultados obtidos, tornaram-na numa pessoa com mais esperança e sensação de auto-controlo.

Nas restantes utentes os resultados não foram tão significativos, apesar da melhoria face a alguns sintomas, como os problemas com o sono ou com o controlo da ansiedade. Foi manifestada pela globalidade das utentes, a satisfação na partilha das emoções e sentimentos com o técnico de saúde, referindo a disponibilidade do mesmo como um factor de redução do stresse da sua vida diária.

Com as intervenções delineadas e ajustadas a cada utente, foi permitido o aumento da capacidade da pessoa para melhorar a sua qualidade de vida e melhor lidar com situações geradoras de stresse. Cada utente sentiu-se estimulada a acreditar que conseguirá realizar os seus objectivos pessoais mais importantes.

## **4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS**

Neste capítulo será efectuada uma análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas ou adquiridas após a realização do ensino clínico, junto de utentes com doença mental, principalmente patologia depressiva.

A importância que os profissionais de saúde e todos aqueles que são intervenientes em profissões de ajuda devem dar à comunicação e à qualidade com que é realizada, tem sido amplamente comprovada, como nos referem autores como Chalifour, Phaneuf, Salomé entre outros. Um bom conhecimento nesta área, permite o estabelecimento de uma relação eficiente e profissional com qualidade. Esta torna-se a mais valia de um enfermeiro que cuida em Saúde Mental e Psiquiatria. Mais do que o seu saber e o saber fazer, o enfermeiro deve desenvolver o seu saber ser e saber estar, tanto com o próprio, como na relação que estabelece com o utente, pois estes constituem na sua essência os alicerces da relação terapêutica. É através da comunicação que chegamos mutuamente a compreender e apreender a outra pessoa, criando laços significativos com ela.

Conclui-se que o fundamento de qualquer intervenção se situa na construção de um vínculo, que ganha significativo relevo no acompanhamento terapêutico do utente com problemas. A relação terapêutica deve construir um bom vínculo com o utente e família, com uma atitude positiva, empática e comprometida com os objectivos do tratamento. Ao longo do meu desenvolvimento profissional e pessoal tenho-me deparado com situações de sofrimento e angústia no outro que provoca marcas para sempre. Estas marcas que permanecem em nós, por vezes de forma indelével, ajudam-nos a olhar o nosso horizonte com mais consideração e respeito pelo ser humano, procurando enquanto profissionais a aquisição de uma postura e intervenção cada vez mais eficiente. Aquele que cuida de outro tem uma necessidade crescente de maior responsabilidade, eficiência e celeridade na procura da melhor intervenção junto do mesmo. A enfermagem e os cuidados de saúde de qualidade exigem actualmente um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano.

A realização de entrevistas diagnósticas, a elaboração de juízos diagnósticos e a discussão das intervenções terapêuticas permitiram desenvolver competências de

diagnóstico e intervenção junto de utentes com uma história de vida de doença mental. O impacto dessas intervenções e tomadas de decisão junto dos utentes acompanhados, por mais exíguas que se assemelhem, contribuíram para aliviar o desconforto do indivíduo, possibilitando a vivência de experiências gratificantes quer no relacionamento interpessoal quer intrapessoal.

Enquanto profissional de saúde a experiência nesta área específica de Saúde Mental e Psiquiatria pode ser considerada muito diminuta, pois somente estabeleço relações com esta especificidade de utentes em contexto de Urgência hospitalar e de uma forma breve. Apesar de prestar cuidados tendo como objectivo ajudar o indivíduo a manter, melhorar ou recuperar a sua capacidade funcional, momentos houve em que me senti perfeitamente inexperiente na presença do outro. Apesar dos conhecimentos adquiridos, em todas as vertentes e ao longo desta longa caminhada que é a vida, a partilha do sofrimento e angústia vivida por um doente mental permitiu-me compreender a vulnerabilidade a que estamos sujeitos. A relação desenvolvida junto daqueles cuja compreensão por vezes se tornou difícil, o receio de juízos de valor, permitiu a realização de uma reflexão pessoal mais intensa e melhorou o autoconhecimento. Os benefícios obtidos através dos relacionamentos desenvolvidos, permitiram mobilizar um conjunto de saberes e conhecimentos, assim como o reforço de características inerentes às competências específicas dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. A capacidade de observação, a escuta, a empatia, a congruência associadas a uma parceria constante com o utente, permitiram o desenvolvimento das competências a que me tinha proposto transformando-me numa nova profissional. Este percurso só foi possível devido a uma supervisão presente, desafiadora e constante.

Porém em Portugal e apesar dos esforços desenvolvidos estamos ainda longe de poder oferecer a toda a população o acesso a cuidados essenciais de saúde mental, sendo isso visível na prática diária. Também a Organização Mundial de Saúde alerta que as barreiras ao atendimento eficaz e o acesso aos cuidados de saúde, incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados e o estigma social associado aos doentes mentais, incluindo a depressão, mas o caminho a trilhar a todos diz respeito. Enquanto enfermeiros deveremos todos nós construir o nosso futuro para que seja cada vez mais o que desejamos, enquanto profissão e disciplina científica, mas sobretudo aquilo que os indivíduos esperam dos enfermeiros.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU José – Introdução à Psicopatologia Compreensiva, 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008. ISBN 978-972-31-0639-8

ANDERSON Jane - Depression, Stress, and Work: How Occupation Can Affect Mental Health, *Journal of Controversial Medical Claims*, Vol. 15, nº 1, 2008, p. 6-15

BAHLS Saint-Clair, BAHLS Flávia, KELLER Juliane, SABBAG Altamir – Levantamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com hemofilia, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, nº 55 (1), 2006, p. 20-25

BENJAMIN Alfred – A Entrevista de Ajuda, 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993, ISBN – 85-336-0168-9

BENNER Patrícia – De Iniciado a Perito, Coimbra, Quarteto Editora, 2001, ISBN 972-8535-97-X

BIROS Michelle H., MANN Jessica, HANSON Rebecca, CEN Ye Ying – Unsuspected or Unacknowledged Depressive Symptoms in Young Adult Emergency Department Patients, *Academic Emergency Medicine*, 2009, p.288-294

BUCK Kelly, LYSAKER Paul – Clinical Supervision for the Treatment of Adults with Severe Mental Illness: pertinent issues when assisting graduate nursing students, *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol 46, nº3, 2010, p.234-243

CHALIFOUR Jacques – A Intervenção Terapêutica – Volume 1 – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda, Loures, Lusodidacta, 2008, ISBN 978-989-8075-05-5

CHALIFOUR Jacques – A Intervenção Terapêutica – Volume 2 – Estratégias de Intervenção, Loures, Lusodidacta, 2009, ISBN 978-989-8075-21-5

CHOU Pi-Chi, CHAO Yu-Mei, YANG Hao-Jan, YEH Gwo-Liang, LEE Tony – Relationships between stress, coping and depressive symptoms among overseas university preparatory Chinese students: a cross-sectional study, *BioMed Central Public Health*, 11:352, 2011, [consultado a 02.08.2011] disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/352>

CHUN Chi-Ah – Stress Generation in Depressed Patients and community Controls, Journal of Social and Clinical Psychology, vol. 23, nº3, 2004, p. 390-412

DAVIS Martha, ESHELMAN Elisabeth, MCKAY Matthew – Manual de Relaxamento e Redução do Stress, São Paulo, Summus Editorial Ltda, 1982

Decreto Lei nº 36/98, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental. Diário da República nº 169/98 – Série I-A, Lisboa, p.3544-3550 , ISSN 0870-9963

DGS - Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental consultado a 20 de Outubro 2010, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>

GARDNER Andrew – Therapeutic friendliness and development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings, Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession, nº 34(2), 2010, p. 140-148

GEORGE Julia B.e Colaboradores – Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional, 4ª Ed., Porto Alegre, Artmed Editora, 2000

GREGORY S. - Narrative approaches to healthcare research. International Journal Of Therapy & Rehabilitation, nº 17(12), 2010, p. 630-636

GUSMÃO Ricardo, XAVIER Miguel, ALMEIDA JM Caldas – O Peso das Perturbações Depressivas, Acta Médica Portuguesa, 2005, p-129-146

HALLSTROM Cosmo, MCCLURE Nicola – Ansiedade e Depressão – perguntas e respostas, Lisboa, Climepsi Editores, 2000, ISBN 972-8449-69-0

HESBEEN Walter, Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar, Loures, Lusociência, 2000, ISBN 972-8383-11-8

ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2005, ISBN 95-95040-36-8

ICN – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Fev. 2010, consultado a 12 de Março de 2011, disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx> a

INE - Instituto Nacional Estatística – Consultado em 30 de Julho de 2011, disponível em

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)

KAY Jerald, TASMAN Allan, LIEBERMAN Jeffrey – Psiquiatria – Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos, 1ª ed., 2002, Editora Manole Lda, ISBN 85-204-1165

KRUIJVER I., KERKSTRA A., KERSSENS J., HOLTKAMP C., BENSING J- Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, nº 5(3), 2001, p. 140-150.

LINDGREN B., BRULIN C., Holmlund K., & Athlin E - Nursing students' perception of group supervision during clinical training. Journal Of Clinical Nursing, nº 14(7), Agosto, 2005, p. 822-829.

LIVRO VERDE – Consultado a 22.04.2010, disponível em: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005\\_0484pt01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2005/com2005_0484pt01.pdf)

LOURENÇO Mário – A depressão como doença crónica: as extravagâncias da velha senhora, Revista Saúde Mental, Linda a Velha, Vol.VIII (nº3), Maio/Junho 2006, p.30-43

MARTINHO, J. - Stresse e Depressão. Afreudite - Revista Lusófona de Psicanálise Pura e Aplicada, América do Norte, 1, Set. 2009. [consultado a 02.08.2011] disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/afreudite/article/view/817/659>

MCCLOSKEY Joanne, BULECHEK Gloria – Classificação Das Intervenções de Enfermagem (NIC), 3ª ed., São Paulo, Artmed Editora, 2004, ISBN 85-7307-819-7

Ministério Saúde Português – Portal da Saúde, **Plano Nacional de Saúde**, consultado a 08 de Dezembro de 2010, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>

Ministério Saúde Português – **CIR – Cuidados Integrados e Recuperação**,  
Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa, Proform, 2010

NEUMAN Betty – The Neuman Systems Model, Ed.3, Appleton & Lange, Stamford,  
1995

OMS, **Relatório Mundial de Saúde 2001: nova concepção, nova esperança**, 1º ed,  
Climepsi Editores, Lisboa, Abril 2002, ISBN 972-675-082-2

PAIS RIBEIRO J. L. – Avaliação em Psicologia da Saúde, Coimbra, Quarteto, 2007,  
ISBN 989-558-087-8

PHANEUF Margot – Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação, Loures,  
Lusociência, 2005, ISBN 972-8383-84-3

POTTER Patricia, PERRY Anne – Fundamentos de Enfermagem- conceitos e  
Procedimentos, 5ª Ed., Loures, Lusociência, 2006, ISBN 978-972-8930-24-0

RICHMAN Sharon, BRANDIS Marion – Depression- Major Depressive Disorder, Fev.,  
2010, Cinahal Information Systems

SALOMÉ Jacques – Relação de Ajuda – Guia para Acompanhamento Psicológico de  
Apoio Pessoal, Familiar e Profissional, 2ª ed, Petrópolis, Vozes, 1989, ISBN  
85.326.1152-4

SAMBO Luis – Mensagem do Director Regional da OMS para África, por Ocasão do  
dia Mundial da Saúde Mental 2010, consultado a 28 Outubro de 2010, disponível em  
<http://www.afro.who.int/pt/rdo/discursos/2497-.html>

SEQUEIRA Carlos – Introdução à Prática Clínica, Coimbra, Quarteto, 2006, ISBN 989-  
558-083-5

SILVA MC; STEFANNELI M; HOGA L - En busca de solución para el sufrimiento:  
vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión, Ciencia e  
Enfermería, Concepción, 2004, ISSN 0717-2079

STUART Gail, LARAIA Michele – Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática,  
Porto Alegre, Artmed, 2001, ISBN 85-7307-713-1

TOMEY Ann, ALLIGOOD Martha – Teóricas de Enfermagem e sua Obra –Modelos e Teorias de Enfermagem, 5ª ed., Loures, Lusociência, 2004, ISBN 972-8383-74-6

TOWNSEND Mary - Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados, 3ª ed, Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan SA, 2002

UNÜTZER Jürgen, SIOUFAS Lisa – Diagnose depression early to improve outcomes, reduce costs, Hospital Home Health, vol.26, nº 9, Set, 2009, p. 97-108

WATSON Jean – Enfermagem: Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem. 1ªed., Loures, Lusociência, 2002, ISBN 972--8383--33-97

WHO- World Health Organization, consultado a 10 de Outubro de 2010, em [http://www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567\\_6741.htm](http://www.searo.who.int/en/section1174/section1199/section1567_6741.htm)

WHO - World Health Organization, consultado a 28 de Outubro de 2010 em [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

## **ANEXO**

ANEXO I – “Beck Depression Inventory ® - Second Edition”