



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

**Reabilitação Psicossocial do Doente com
Depressão**

Hugo Ezequiel Dias Domingues

Orientação: Professora Dulce Magalhães

**Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

**Reabilitação Psicossocial do Doente com
Depressão**

Hugo Ezequiel Dias Domingues

Orientação: Professora Dulce Magalhães

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

Évora, 2016

“Quando estou em relação com uma pessoa que vive um grande sofrimento, as minhas palavras e os meus gestos fazem de mim um barqueiro que, por um momento, suporta o outro e o ajuda a atravessar este momento difícil”

Phaneuf, 2005

Relatório do Ensino Clínico realizado sob a orientação da Prof.^a Dulce Magalhães, apresentado na ESESJD – Escola de Enfermagem São João de Deus, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste relatório, e em especial a todos os doentes do SI do DPSM que tão bem me receberam e foram o motivo de ser deste trabalho. Sem a sua colaboração não teria qualquer viabilidade...foi executado com eles e para eles.

Um agradecimento particular:

A todos os docentes que participaram na minha formação ao longo do MESMP e em especial à Prof.^a Dulce Magalhães, por terem contribuído e possibilitado o meu desenvolvimento como pessoa e como enfermeiro.

À Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Lurdes Fernandes, por ter aceite fazer parte deste projeto, com todos os incómodos que isso lhe possa ter causado, e por todas as orientações e sugestões.

À equipa de enfermagem, médica e de AO do DPSM, pela forma acolhedora como me recebeu, pela sua disponibilidade e pela excelente articulação que conseguimos desenvolver...foi sem dúvida nenhuma, pessoalmente, uma ponte que facilitou a travessia.

Ao João, pela partilha dos seus conhecimentos e por ser meu amigo.

Aos meus avós pelo esforço adicional.

À minha companheira Ana por todo o tempo que não passamos juntos e pelo apoio incondicional e motivação nos momentos mais difíceis.

RESUMO

A evidência demonstra que as patologias do humor ocupam um lugar de destaque no panorama nacional. Elas são objeto de atenção dos enfermeiros e impõem-se como um compromisso para a formação pessoal e profissional.

Procurei então desenvolver competências clínicas de avaliação diagnóstica e de intervenção em contexto de cuidados, no domínio da saúde mental e psiquiatria. E apresentar sob a forma de relatório de estágio todo este processo.

Dotado de um conjunto de conhecimentos prévios desenvolvi com os doentes estratégias de intervenção. Estas foram definidas a partir de uma avaliação diagnóstica que sistematicamente foi reformulada em função dos resultados que iam sendo obtidos com as respetivas intervenções.

Os resultados demonstram que esta intervenção permitiu aos doentes mudar a forma como se veem, aumentar a sua capacidade de afirmação, expressar os seus sentimentos e pensamentos e, estabelecer a autoconfiança no sentido de facilitar o processo de reintegração familiar e social.

PALAVRAS – CHAVE:

Enfermagem; Depressão; Intervenções Terapêuticas; Reabilitação; Promoção; Saúde Mental.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF THE PATIENT WITH DEPRESSION

Evidence shows that the pathologies humour occupy a prominent place on the national scene. They are nurses object of attention and impose themselves as a commitment to personal and professional development.

I looked then develop clinical skills diagnostic assessment and intervention in the context of care in the field of mental health and psychiatry. And in the form of internship report this whole process.

With a set of previous knowledge developed with patients intervention strategies. These were defined from a diagnostic evaluation that has been systematically reformulated depending on the results that were being achieved with the respective intervention.

The results show that this intervention allowed the patients change the way they come, increase their assertiveness, express their feelings and thoughts and establish the confidence to facilitate the process of family and social reintegration.

KEY - WORDS:

Nursing; Depression; Therapeutic Interventions; Rehab; Promotion; Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AO – Assistente Operacional

APD – Antecedentes Pessoais de Doença

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

HTA – Hipertensão Arterial

IDB – Inventário da Depressão de Beck II

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

NIC – *Nursing Intervention Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSP – Polícia de Segurança Pública

RPD – Registo de Pensamentos Disfuncionais de Beck

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SI – Serviço de Internamento

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Sr./Sr.^a - Senhor/Senhora

SU – Serviço de Urgência Geral do Hospital do Espírito Santo de Évora

TRMPJ – Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	1
1 – <u>ANÁLISE DO CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO</u>	5
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE.....	5
2 – <u>DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</u>	12
2.1 – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	22
2.2 – INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA.....	33
2.2.1 – <u>Programa de Treino Assertivo</u>	35
2.2.2 – <u>Entrevistas de Informação e Ensino</u>	43
2.3 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO.....	45
3 – <u>CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM PERTURBAÇÃO DO HUMOR</u>	49
3.1 – ESTUDOS SOBRE OS DOENTES COM DEPRESSÃO E OS RESULTADOS DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO.....	50
3.2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO DE DOENTES PARTICIPANTE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	58
3.3 – APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO.....	62
4 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</u>	92
5 – <u>CONCLUSÃO</u>	108
6 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	110
<u>ANEXOS</u>	121

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Comportamento não-verbal e paralinguístico em doentes com depressão.....	43
Tabela 2 – Dados Sócio-biográficos e de saúde relativos à Sr. ^a M.M.....	62
Tabela 3 – Terapêutica prescrita para o internamento no DPSM da Sr. ^a M.M.....	62
Tabela 4 – Análise dos dados da avaliação diagnóstica/elaboração dos juízos diagnósticos.....	67
Tabela 5 – Planeamento dos cuidados de enfermagem para a Sr. ^a M.M.....	69
Tabela 6 – RPD Sr. ^a M.M.: 1 ^a Situação.....	78
Tabela 7 – RPD Sr. ^a M.M.: 2 ^a Situação.....	79
Tabela 8 – RPD Sr. ^a M.M.: 3 ^a Situação.....	79
Tabela 9 – Avaliação dos cuidados de enfermagem à Sr. ^a M.M.....	81
Tabela 10 – Indicadores de evolução clínica dos doentes com depressão.....	98

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Processo de avaliação diagnóstica na entrevista inicial.....	29
Figura 2 – IDB relativo à Sr. ^a M.M. na avaliação inicial.....	66
Figura 3 – Avaliação das sessões de psicoeducação sobre depressão, ansiedade e alimentação saudável.....	76
Figura 4 – Nível de relaxamento obtido no final da sessão de relaxamento.....	76
Figura 5 – Variação da frequência cardíaca do início para o final da sessão de relaxamento.....	77
Figura 6 – Avaliação da sessão de psicoeducação sobre comportamento assertivo	78
Figura 7 – IDB relativo à Sra. M.M. na avaliação final.....	91
Figura 8 – Variação do Índice de Beck da Sr. ^a M.M. ao longo do internamento no DPSM.....	91
Figura 9 – Variação do IDB ao longo do internamento no DPSM.....	102

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Declaração de consentimento informado.....	
ANEXO II – Exame do estado mental.....	
ANEXO III – Inventário da depressão de Beck II.....	
ANEXO IV – Registo de pensamentos disfuncionais de Beck.....	
ANEXO V – Apresentação à equipa dos resultados obtidos na implementação do programa de reabilitação psicossocial em doentes com depressão.....	
ANEXO VI – Guião para a realização da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.....	
ANEXO VII – Escala de Likert para a avaliação da sessão de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.....	
ANEXO VIII – Apresentação com o tema: Assertividade, a importância de construir boas relações com aqueles que nos rodeiam.....	
ANEXO IX – Folheto: Tem a certeza que sabe comunicar? Comunicar com assertividade.....	
ANEXO X – Escala de Likert para a avaliação da sessão de psicoeducação.....	
ANEXO XI – Folheto: O que é a depressão. Como se ajudar a si mesmo.....	
ANEXO XII – Folheto: Controlo da ansiedade.....	
ANEXO XIII – Caso Clínico I, Sr. ^a E.T.....	
ANEXO XIV – Caso Clínico II, Sr. ^a R.C.....	
ANEXO XV – Caso Clínico III, Sr. ^a C.C.....	
ANEXO XVI – Caso Clínico V, Sr. ^a J.M.....	
ANEXO XVII – Caso Clínico VI, Sr. ^a F.C.....	

0 – INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2002) prevê que uma em cada cinco pessoas vai ter uma depressão em algum momento da sua vida e que em cada ano devem surgir dois milhões de novos casos da doença. Esta patologia para além de trazer um sofrimento emocional indiscutível ao doente e a quem o rodeia, a sua progressão acarreta custos sociais consideráveis, tornando-se numa das dez causas de incapacidade profissional do mundo atual.

Etimologicamente, a palavra depressão deriva do latim "*depressionem*", assumindo três significados: abatimento devido a pressão, torpor ou abatimento físico, estupor ou abatimento moral e do espírito. Na língua portuguesa mantém os três significados, podendo ser empregada para referir: um sentimento ou uma emoção, um sintoma de uma perturbação depressiva, ou ainda, representar o transtorno ou a própria doença. É, neste último sentido, da depressão como doença inscrita nas perturbações do humor, que me reporto neste documento. A depressão encontra-se associada a consequências substanciais na vida da pessoa quer seja ao nível relacional, físico ou económico (Pyne et al, 1997) e tem sido demonstrado que há uma correspondência entre a depressão e défices na qualidade de vida destes doentes (McCall, Cohen, Reboussin & Lawton, 1999).

A qualidade de vida das pessoas com depressão é influenciada pelo afeto (Adeodato, Carvalho, Siqueira & Souza, 2005), pelos sintomas físicos (Pyne et al, 1997) e pela satisfação na realização das atividades diárias (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Podendo estas influências variar ao longo do dia, refletindo estados internos por vezes incitados pelas circunstâncias ambientais (Barge-Schaapveld, Nicolson, Berkhof & de Vries, 1999). Ao mesmo tempo, alguns resultados indicam que a depressão continua a ter um efeito significativo após a melhoria do humor e alívio das queixas físicas ou até depois de um maior envolvimento social, levando-me a afirmar que outras dimensões poderão estar na base das avaliações de bem-estar, tais como distorções cognitivas, interações sociais negativas ou dificuldades em lidar com o *stress* do quotidiano (Barge-Schaapveld, Nicolson, Berkhof & de Vries, 1999). Desta forma pode-se afirmar que a qualidade de vida é um constructo que engloba componentes afetivos, cognitivos, comportamentais e físicos.

A consciência deste problema e a observação da sua incidência e prevalência é fundamento para que o enfermeiro, enquanto elemento integrante da equipa de saúde, se prepare para responder às necessidades presentes e futuras da comunidade. No âmbito das suas competências profissionais ele deve ter conhecimentos, atitudes e habilidades, para fazer avaliações de diagnóstico e intervir com proficiência no âmbito destas problemáticas. Assumindo que a depressão causa grande impacto na qualidade de vida do doente, procurei realizar avaliações diagnósticas e intervenções terapêuticas que reduzissem a perturbação da doença nas diversas dimensões da sua vida. Possibilitando aos doentes uma melhoria do seu bem-estar, associada a uma diminuição da sintomatologia. Viabilizando também o meu desenvolvimento de competências no domínio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

É no sentido de documentar o desenvolvimento destas competências profissionais que surge este relatório no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora. O documento descreve o processo de desenvolvimento de competências no contexto do SI do DPSM do HESE e foi organizado para demonstrar um plano de ação para a avaliação e intervenção de um problema da realidade social.

A motivação pessoal para a execução deste projeto surge da minha reflexão e do que considero serem as necessidades, dada a frequência de internamento de doentes com depressão, que observo ao desempenhar funções no SU. Bem como devido ao meu interesse em desenvolver competências ao nível das intervenções terapêuticas que irei descrever, indicadas para o tratamento de doentes com depressão e não menos importantes as minhas expectativas em ajudar estes doentes e as suas famílias a transpor esta fase de crise.

No que concerne à estrutura, o relatório encontra-se dividido em cinco partes para facilitar a redação de cada uma delas. Muito embora elas se definam como um todo porque expressam os elementos estruturantes do processo de desenvolvimento de competências, nomeadamente a análise do contexto porque este é modelador de todo e qualquer comportamento humano. Neste ponto descrevo a missão, valores e a visão da instituição hospitalar onde realizei o Ensino Clínico. Fazendo referência à estrutura física, ao ambiente e ao efeito deste nos doentes internados no DPSM; à equipa

multidisciplinar, bem como a minha motivação e a justificação da escolha deste contexto clínico para desenvolver as competências a que me propus.

O objetivo académico do Ensino Clínico consiste no desenvolvimento de competências, na área de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, do estudante. Assim, no ponto do processo de desenvolvimento de competências, procuro descrever a componente teórica e o método escolhido para desenvolver competências nas fases de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica que o enfermeiro deve dominar se pretende intervir sobre os focos comprometidos no doente com depressão.

As características da população com perturbação do humor, onde descrevo a população de doentes que participou no processo de desenvolvimento de competências, caracterizando-a quanto à sintomatologia depressiva presente, aos fatores de risco, à sua manifestação ao nível pessoal, familiar e profissional e ao modo como afeta o seu bem-estar e qualidade de vida. Procurando realizar uma avaliação diagnóstica que me permita conhecer os problemas reais do doente com perturbação do humor, para identificar os juízos diagnóstico afetados, intervir terapêuticamente sobre eles e avaliar a efetividade dos cuidados analisando a evolução clínica do doente ao longo deste processo. Na fase de avaliação diagnóstica a análise da sintomatologia presente num determinado doente permite, ou não, estabelecer o diagnóstico de depressão segundo a CIPE versão 2. Posteriormente torna-se importante realizar uma caracterização da população quanto à sintomatologia porque esta patologia do humor não se manifesta de igual forma de pessoa para pessoa. Se, em alguns casos, a depressão se manifesta a um nível mais emocional, noutros manifesta-se sobretudo de forma física. A intervenção do enfermeiro irá contemplar um plano, aprovado pelo doente, que procure dar resposta aos défices, manifestações clínicas e dúvidas de cada uma das pessoas, influenciando assim a fase de intervenção terapêutica, ou seja, as decisões e as respostas que o enfermeiro procura para ajudar o doente a superar o seu processo de crise.

No ponto sobre a análise reflexiva do processo de desenvolvimento de competências, serão apresentados os ganhos de evolução clínica obtidos pelos doentes que participaram no processo de desenvolvimento de competências e serão demonstradas as competências desenvolvidas, tendo por base o Regulamento de Competências do Enfermeiro de Saúde Mental publicado em Diário da República.

Para terminar apresentarei algumas considerações finais e as referências bibliográficas que serviram de suporte para a realização do presente documento.

1 – ANÁLISE DO CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO

O DPSM do HESE tem a seu cargo a prevenção primária, secundária e terciária no plano da psiquiatria e saúde mental do Alentejo Central. Este departamento tem a missão de promover a saúde mental, tratamento e controlo de doenças do foro da saúde mental e psiquiatria, ao nível do ambulatório e do internamento, pugnando pela reabilitação, reinserção socioprofissional e familiar dos doentes acompanhados. Para tal ser exequível, é relevante a existência de estruturas físicas que possibilitem desenvolver o trabalho nas várias áreas, sendo o DPSM constituído pelos seguintes serviços (www.hevora.min-saude.pt):

“Serviço de Psiquiatria, Serviço de Enfermagem, Serviço de Psicologia, Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço Social, Serviço de Terapia da Fala, Serviço de Terapia Ocupacional, Serviço Administrativo, Serviço Gerais e Serviço de Internamento. Os diversos serviços atuam na área de ambulatório, no Edifício do Espírito Santo e na área de internamento, no 4º Piso do Edifício do Patrocínio do Hospital do Espírito Santo E.P.E”.

1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE

O HESE revelou-se como um local propício para a realização do Ensino Clínico, uma vez que, a aplicação deste projeto que visa promover a qualidade de vida dos doentes com depressão vem ao encontro daquilo que a instituição preconizou e tem seguido ao longo dos últimos anos no que diz respeito à desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada, progredindo do paradigma asilar para um paradigma comunitário, com todos os desafios que se colocam no dia-a-dia.

Do DPSM do HESE fez parte a Quinta dos Canaviais, um antigo asilo da responsabilidade da PSP que tinha como finalidade abrigar e recolher todos os mendigos e sem abrigo da cidade, para que permanecessem “longe das vistas” da população. Portanto, as pessoas com comportamentos desajustados da sociedade e com situações extremas de perturbação mental eram segregadas e remetidas para a reclusão, colocando em “segurança” a norma social e não os doentes. Para Foucault (1972) trata-se de:

“uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a loucura enfim encontrasse a sua morada e pudesse ficar em pé sozinha” (p.382).

Esta evolução implicou uma readaptação dos modelos de organização dos cuidados de enfermagem, de modo a dar resposta às necessidades dos doentes que recorrem ao DPSM. O departamento promove a adaptação e a integração social, potenciando o máximo nível de funcionamento pessoal. O paradigma da intervenção na comunidade e desinstitucionalização de doentes mentais surge como resposta a novas necessidades e abordagens da pessoa como Ser Humano de relação e com potencial para tal. Os internamentos hospitalares tornaram-se respostas de curta duração a situações de crise que surgiram nas pessoas com patologia mental. No caso dos doentes com quem trabalhei e que se constituem como casos clínicos deste relatório o tempo médio de internamento representou 9,3 dias. O que representa um espaço de tempo reduzido que condiciona a implementação de um programa de reabilitação.

Este novo paradigma possibilita uma maior articulação entre o hospital e a comunidade, gerando novas áreas de intervenção para os enfermeiros, novos campos de conhecimento e formas de atuação. Ele denota a passagem de uma visão organicista para uma visão compreensiva do sofrimento humano. Nesta perspetiva a pessoa deve ser pensada enquanto elemento em relação consigo e com o que a rodeia.

Os doentes vistos como pessoa em interação com o seu perimundo (Pio Abreu, 2011) necessitam de sentir controle sobre o ambiente que os rodeia, pois, o desequilíbrio ambiental conduz a uma exacerbação do *stress* e a uma diminuição da sensação de bem-estar (Ulrich, 1991). Tão necessária para que o processo de evolução clínica que o enfermeiro planeia em conjunto com o doente possa atingir os resultados esperados.

A ação do *stress* que advém da própria depressão que acomete o indivíduo resulta num decréscimo das suas capacidades físicas e psíquicas. Quando potenciada pelo ambiente contribui para a amplificação da ansiedade e da sintomatologia depressiva, ou seja, para um acréscimo das manifestações fisiológicas associadas. Como é o caso do aumento da tensão arterial, das queixas físicas resultantes da tensão muscular, da concentração de hormonas que se relacionam com o *stress* na corrente sanguínea que se manifesta ao nível do comportamento com reações que afetam o bem-estar vivido através de explosões verbais, isolamento social, passividade, insônia, baixa confiança nos recursos de *coping*, raiva/frustração e ineficácia (Ulrich, 1991; Loureiro et al, 2008).

Por isso é importante o facto do ambiente físico do SI apresentar condições físicas e ambientais que contribuam para a recuperação e reabilitação dos doentes como a possibilidade de controlo dos equipamentos eletrónicos, privacidade, controle da temperatura ambiente, uso dos pátios exteriores, existência de locais onde o doente se possa dedicar a atividades lúdicas e áreas de trabalho que não incrementem o barulho.

Fisicamente o SI do DPSM é constituído por 9 quartos, identificados pelas letras de A a I, e 2 quartos de isolamento E e F com WC privativo (para doentes que necessitem de estar isolados), compondo um total de 16 camas. Nos dois quartos de isolamento e no corredor existe um sistema de videovigilância, que é monitorizado na sala de enfermagem. Existe ainda uma copa, uma sala comum para os doentes com biblioteca, um refeitório, dois WC (rosa e azul, para uso dos doentes do sexo feminino ou masculino), uma zona de “sujos”, uma sala polivalente onde se realizam as reuniões de equipa e algumas das terapias que se praticam no serviço (ex. sessões de relaxamento, terapia ocupacional, etc.), uma sala de “fumo” onde os doentes podem fumar ao contrário de todos os outros serviços de internamento do HESE e uma sala que reúne as condições necessárias para a realização de entrevistas.

No SI do DPSM verifica-se que o controle do volume e qualidade do som é assegurado pelos funcionários através da manutenção de um volume adequado que permita a visualização do conteúdo televisivo e que permite ao mesmo tempo a manutenção de um diálogo sem interferências e através da inexistência de aparelhos eletrónicos nos quartos dos doentes.

A privacidade é afetada pela contínua observação dos doentes através de câmaras de videovigilância no corredor e nos dois quartos de isolamento, que apesar de serem discretas a sua presença é facilmente detetada.

O acesso ao pátio do HESE é restrito ao período diurno e sob atenção da equipa de enfermagem, não sendo permitido aos doentes o acesso exterior quando estes tenham conveniência em lhe aceder.

A existência de uma sala comum (com biblioteca) e de uma sala polivalente oferece a possibilidade de se desenvolverem atividades lúdicas que consentem ao doente a ressocialização, responsabilidade e cooperação em atividades grupais e a consequente organização comportamental a nível individual e grupal (Melo-Dias, Rosa & Pinto, 2014).

Quanto à iluminação artificial é adequada nos corredores apesar de nos quartos ser reduzida, o que representa uma vantagem sendo estes duplos, de que um doente a ligue para realizar qualquer atividade sem importunar o outro ocupante. No período diurno tal facto é compensado pela existência de janelas altas que permitem a entrada de luz natural.

Por último, importa referir que o controle espacial necessário e característico dos SI de psiquiatria é limitador da liberdade do doente o que pode causar uma sensação de impotência e contribuir para o aumento dos níveis de *stress*, o que conduz a altas precoces a pedido do doente com um aumento do fenómeno de “porta-giratória”. A minimização deste problema é realizada com a alusão ao assunto nas reuniões de grupo e com a promoção do passeio terapêutico com uma frequência bi-diária (turno da manhã e tarde).

A sala de fumo é uma particularidade única do SI do DPSM ao nível dos SI do HESE regulamentada em Diário da República no artigo 5º da Lei n.º37/2007: *“podem ser criadas áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores em hospitais e serviços psiquiátricos”*.

A importância da presença de salas de fumo nos SI de psiquiatria reside na hipótese testada em diversos estudos de que o uso de nicotina é um mecanismo utilizado pelos doentes tabagistas para o alívio do desconforto psicológico associado aos transtornos mentais (Calheiros, Oliveira & Andretta, 2006). Relativamente aos doentes com depressão a dependência de nicotina é a comorbidade mais comumente associada, uma vez que, a abstinência de tabaco constitui um fator de risco para a manutenção ou desenvolvimento do quadro depressivo visto que a nicotina ajuda a manter a homeostasia interna (Laje, Berman & Glassman, 2001), interferindo nos sistemas de neurotransmissores como acetilcolina, dopamina e noradrenalina, que por sua vez afetam os mecanismos que regulam o humor (Windle & Windle, 2001).

Neste novo paradigma o tempo médio de permanência dos doentes no SI é de cerca de 15 dias e, no anterior, era de 22 dias. Mudança que se deve em parte à evolução qualitativa das intervenções dos profissionais de enfermagem. Estes adaptaram-se às novas exigências e ao início do programa de apoio comunitário que permitiu criar critérios de diagnóstico para internamento. Por norma só doentes com sintomatologia psicótica e/ou depressões graves é que permanecem no SI. Os doentes com depressões

reativas têm acompanhamento em ambulatório realizado pela equipa de apoio comunitário.

A equipa do DPSM (SI e comunidade) reúne um dia por semana para discussão de casos clínicos, com o objetivo de planear atempadamente a alta de doentes do SI. Este é um espaço privilegiado para comunicação entre equipa multidisciplinar, para a partilha de informação relevante e promoção da continuidade dos cuidados. As reuniões de equipa realizadas permitem também abordar assuntos de gestão, logísticos, dificuldades existentes e promover a criação de estratégias para superar as dificuldades presentes. Não basta que os especialistas em saúde tenham domínio e apliquem isoladamente os seus saberes profissionais específicos, é preciso somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem os doentes para assim ser possível prestar cuidados de qualidade (Vasconcelos, Gillo & Soares, 2009). Na opinião do enfermeiro responsável pelo DPSM esta metodologia tem sido enriquecedora a nível profissional e pessoal.

A admissão de doentes no SI do DPSM ocorre através de outros dois serviços do HESE, a consulta externa (podendo ocorrer através da referenciação resultante das visitas domiciliárias) ou o através do SU. Os doentes deslocam-se a estes serviços de saúde, num contexto voluntário ou compulsivo, sendo que no primeiro caso a observação e avaliação clínica do momento decidirá a necessidade de internamento para o estudo da patologia do doente. O serviço recebe doentes de ambos os géneros, masculino e feminino, a partir dos 15 anos de idade, com todo o tipo de perturbação mental.

O SCD/E é um recurso utilizado ao nível do SI do DPSM que possibilita a atribuição da responsabilidade sobre um conjunto de doentes internados ao enfermeiro, para além de que permite a categorização dos doentes por indicadores críticos. Considerando as necessidades em cuidados de enfermagem, produz dados, informação e conhecimento, que permitem a normalização de conceitos, facilitando a comunicação entre serviços e entre hospitais. O que por sua vez pode induzir há melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem e, sobretudo, otimiza a gestão de recursos de enfermagem ao produzir indicadores de gestão, de qualidade, de eficácia e de eficiência (<http://www.acss.min-saude.pt/>).

Cada enfermeiro é responsável e responsabilizado pelas intervenções efetuadas com os seus doentes. E com o propósito de respeitar a dignidade da pessoa humana a sua prática clínica tem que ser pautada por uma excelência técnica e uma compreensão do doente no seu contexto de vida. Qualquer um dos enfermeiros tem a preocupação central de prestar cuidados individualizados de qualidade, nos quais o doente participa tão ativamente quanto lhe é possível.

A responsabilidade do enfermeiro sobre o “seu” doente é permanente, o que significa que precisa de trabalhar em associação com outros colegas que o substituem na sua ausência. Para a continuidade do processo de cuidados a informação é partilhada entre a equipa de enfermagem e cabe ao enfermeiro responsável, nomeado como “enfermeiro de referência”, desenvolver o processo de cuidados apoiado por um raciocínio clínico. Realizar a primeira colheita de dados para avaliação diagnóstica, analisando a situação clínica do doente, intervir em consequência dos juízos diagnóstico que elaborou e avaliar os resultados dessas intervenções, bem como planear a alta desde o momento da admissão.

O processo de cuidados é registado no *software* ALERT®, onde são colocados todos os dados do doente. O suporte digital facilita o registo e arquivamento das várias fases do processo de enfermagem, que vão desde a avaliação inicial, planeamento, intervenção e reavaliação dos cuidados. Em relação há avaliação dos riscos de cada doente, o ALERT® já tem escalas de avaliação introduzidas existindo abertura para a introdução de mais escalas. Presentemente a escala de avaliação do risco de quedas (Escala de Morse) e a escala para avaliação do risco de desenvolver úlcera de pressão (Escala de Braden) são aplicadas a todos os doentes por protocolo interno do HESE, estando introduzida ainda a Escala de Barthel para avaliação do nível de dependência.

A taxonomia utilizada e assumida é a CIPE, o que representa uma mais-valia nos cuidados de enfermagem, possibilitando uma uniformização da linguagem utilizada e revelando-se um instrumento de informação útil para descrever a prática clínica. Ela fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais. Os dados recolhidos podem ser utilizados para assegurar a qualidade ou promover mudanças na prática de enfermagem por meio do ensino, da gestão, da política e da investigação (CIPE/ICNP, 2002).

O número significativo de doentes com o diagnóstico de depressão internados e a partilha de conhecimentos e experiências com os profissionais de saúde do DPSM revelou-se importante para o desenvolvimento de competências pelo que considero este momento de aprendizagem bastante relevante para o meu crescimento profissional e o para o alargamento dos meus saberes. Posto isto, considero que foi essencial e pertinente a realização do Ensino Clínico neste campo, dadas as suas condições e me ser permitido acompanhar clinicamente alguns dos doentes. Por outro lado, apesar de me encontrar num processo de desenvolvimento de competências analiso que a minha presença no campo clínico se revelou benéfica para a equipa, pela articulação conseguida e pelas relações terapêuticas que me foram possíveis desenvolver com os doentes com depressão internados.

No ponto seguinte irei descrever como foi realizado o processo de desenvolvimento de competências ao longo do ensino clínico e procurarei fundamentar as razões que me levaram a optar por esta estratégia e os ganhos que a mesma representou para os doentes envolvidos neste processo.

2 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Constato que aprendo no dia-a-dia, das mais diversas formas, e com tudo o que me rodeia, tornando-me um aprendiz ao longo do tempo. Refiro-me ao processo de aquisição desenvolvido na prática dos cuidados, na confrontação objetiva com o real que impele a tomada de decisão. Reveste-se de aspetos pessoais, culturais, éticos, relacionais, processuais, estéticos e intuitivos. O saber que lhe é inerente não se restringe ao saber proveniente da investigação. Ele é concreto, reflexo da relação enfermeiro-doente durante a prestação de cuidados, e forma-se num processo constante de compreensão-transformação-compreensão.

Rebelo (cit. Basto & Magão, 2001) afirma que quando a prática é concebida como campo de aplicação do conhecimento ela transforma-se, sendo modificada por saberes produzidos fora do contexto das práticas. Os enfermeiros que trabalham no contexto das suas práticas clínicas de enfermagem são nesta perspetiva vistos como aplicadores de conhecimento, produzido esse fora do contexto das suas práticas. Contudo, a prática de enfermagem também é geradora de conhecimento, Medina-Moya (cit. Queirós, 2014) refere que:

“O saber de enfermagem caracteriza-se epistemologicamente como um conhecimento prático que, por sua própria natureza é pessoal e tácito (...). Este saber prático reflexivo existe na ação profissional de maneira implícita e pessoal, desenvolvendo-se numa realidade complexa”.

A prática envolve processos dinâmicos e interações que só podem ser compreendidas quando os vários padrões de conhecimento estão interligados. No entanto, o conhecimento por muito que incorpore valores apropriados para a enfermagem, não é suficiente. As melhores práticas advêm das reflexões críticas e das ações que mudam o que foi construído no passado. É nesta espiral hermenêutica que se vão encontrando as soluções para os problemas de enfermagem, com recurso ao conhecimento empírico, mas num contexto específico e em função da sagacidade e experiência pessoal, do modo de ser, de se dar e de fazer. O conhecimento em enfermagem surge nesta perspetiva da compreensão da situação clínica, da sua interpretação e da aplicação das soluções encontradas. Processando-se num retorno a

uma nova compreensão que não coincide com a compreensão inicial, pois que enriquecida pela praxis, num movimento em espiral mais do que de forma circular.

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem segundo o modelo de Benner apoia-se na experiência adquirida através da prática, como mecanismo essencial para o desenvolvimento do conhecimento. A teoria serve de guia para a prática, sendo a prática um alvo de transformações através da influência de teorias. Esta interação entre a reflexão crítica e a ação resultante da mesma é designada por praxis (Chinn & Kramer, 1999). O saber em enfermagem é, assim, mais do que conhecimento estruturado de forma linear, numa lógica racional positivista de causa/efeito, um saber que beneficia de uma racionalidade prático/reflexiva, em que o conhecimento é resultante da interação objeto e sujeito, sempre num contexto específico. A prática produz efeitos desejados, ou não desejados, permitindo validar de forma sistemática a ação que havia sido realizada. Pode-se mesmo dizer que a prática faz aparecer os resultados não pretendidos ao possibilitar a validação da decisão que havia sido tomada.

Para Benner (2001) a experiência constitui um elemento fundamental na construção dos saberes práticos, segundo a autora é através dela que o enfermeiro pode focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação, e extrair o seu significado. Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximo dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho, e a excelência no exercício da prática só se consegue participando nela. Nunca se começa pela posição de perito, o enfermeiro passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante-avançado, competente, proficiente e perito, representando o Ensino Clínico uma oportunidade em contexto de prática profissional de percorrer este caminho formativo. A experiência na enfermagem fornecerá a proficiência que para a autora é a autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre o conhecimento teórico e a prática (Lopes, 1999).

Assim, com base nestes pressupostos, a competência manifesta-se na ação e nas dificuldades que a constituem. O saber está na sua base, permitindo-me a utilização do mesmo e a sua aplicação pertinente, adequada, eficaz e responsável em meio real. A competência é como um conjunto integrado de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamentos sócio afetivos que me permitem exercer, ao nível do desempenho exigido, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade. As competências utilizam,

integram ou mobilizam os meus conhecimentos durante a prática clínica. Para conseguir desenvolver competências é-me necessário a formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz (Phaneuf, 2005). Ora, os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos numa situação de ação complexa (ex. doente com ideação suicida marcada) desenvolvem-se e estabilizam-se consoante a prática, constroem-se conforme o treino e as experiências renovadas. Ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treino esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva (Lucchese & Barros, 2006), ou seja, a ponderação que realizo sobre a intervenção que efetuei e sobre a eficácia da mesma. É precisamente a compreensão do contexto real, o possuir conhecimentos e desenvolver capacidades, habilidades e estratégias aplicadas na prática que possibilitaram o meu crescimento profissional e pessoal durante a realização do Ensino Clínico.

A enfermagem é uma ciência humana prática, já que se baseia no cuidar e pressupõe a participação direta em algum tipo de praxis (Alarcão, 2000). Se as ciências humanas estudam a vida, valorizam as experiências vivenciadas e procuram entender a vida na sua matriz de padrões de significado e valor, as ciências humanas práticas diferenciam-se destas, pela sua pesquisa ser principalmente clínica e orientadora da ação (McEwen & Wills, cit. Queirós, 2014). O conhecimento em enfermagem não se restringe ao saber proveniente da investigação, ele é desenvolvido na prática dos cuidados e reveste-se de aspetos pessoais, culturais, éticos, relacionais, processuais, estéticos e intuitivos (Cestari, 2003).

Tanto o padrão ético como o estético estão dependentes da minha individualidade e daquilo que consigo mobilizar de mim nos cuidados que presto. Este conceito conduz ao padrão pessoal, que é o mais difícil de dominar e compreender. Relaciona-se com o conhecimento, o encontro e o entendimento do *self* individual, concreto. É o entendimento de mim que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro (Cestari, 2003).

Na prestação de cuidados podem ser identificadas cinco conceções de arte que me foi possível praticar ao longo do Ensino Clínico, resultado do meu contato com o doente: compreender o significado do encontro com o doente; estabelecer uma relação significativa com o doente; realizar uma ação de enfermagem talentosa; determinar um

percurso apropriado para a ação de enfermagem e adotar uma conduta ética na prática de enfermagem.

Ao encontrar-me com o doente tive sempre em mente que as pessoas são o resultado das suas histórias de vida, das crenças e valores que suportam os seus comportamentos perante os diversos eventos que a caracterizam. A pessoa, como ser comunicacional que é, estabelece constantemente relações com os outros, na sua interação com estes. Deste modo, procurei adotar comportamentos dignos na relação com os outros, respeitando e confirmando a dignidade da pessoa humana. Procurando compreender a causa dos sentimentos de tristeza e resignação com a situação vivenciada. Pois só assim é possível encontrar as respostas que o doente necessita para perceber e interiorizar as suas limitações, fragilidades e vulnerabilidade. Só após este período é que é possível, em conjunto, procurarmos o equilíbrio exequível, desenvolvermos estratégias que ajudam a enfrentar os problemas no sentido de proporcionar ao doente viver da melhor forma possível.

O padrão ético envolve mais do que conhecer o código de ética profissional, ao longo da prática foi-me necessário estabelecer objetivos e realizar intervenções que sejam adequadas aos doentes, o que implica a realização de escolhas, decidir o que é mais apropriado em cada uma das situações com que me deparo. O conhecimento ético consiste na avaliação do que é certo e errado, do que é bom, desejado e valioso, o que requer a compreensão de diferentes posições filosóficas sobre o que é bom (Cestari, 2003). Na relação que estabeleci com os doentes considerei cinco princípios éticos associados (Phaneuf, 2005). Procurando no momento preparatório pessoal prévio abstrair-me dos meus pensamentos pessoais, voltar-me unicamente para a pessoa que pretendo ajudar e consciencializar-me para o respeito da dignidade da pessoa; o respeito da intimidade da pessoa; a benevolência e a beneficência; o respeito pela unicidade e alteridade da pessoa e o direito à informação implícito no direito ao consentimento esclarecido.

Uma das competências a desenvolver consistia na mobilização das capacidades pessoais e conhecimentos de enfermagem para a prática no contexto do Ensino Clínico, pondo de parte preconceitos e facilitando a aceitação do doente tal como ele é com as suas particularidades, virtudes e defeitos associados a qualquer ser humano. Conseguindo relacionar-me com o doente com o diagnóstico de depressão de modo a

conhecer a sua individualidade, possibilitando a realização de avaliações clínicas e a definição de intervenções terapêuticas em consequência da capacidade de exploração da sua problemática de vida. Enquanto prestador de cuidados de saúde que tem na sua essência a relação de ajuda, devo fundar-me como um ator com um papel ativo no problema do doente, conseguindo encontrar um sentido para as dificuldades que o outro me comunica. A Ordem dos Enfermeiros (2001) refere que:

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser produtivo na consecução do seu projeto de saúde (...)”(p.8).

O relacionamento terapêutico com o doente é uma aprendizagem mútua, isto é, uma experiência emocional reparadora para o doente e uma experiência clínica que me proporcionou a oportunidade de praticar atitudes e habilidades. Está baseado na minha humanidade básica e do doente, com respeito mútuo e aceitação das diferenças étnicas e principalmente culturais, tendo em conta as situações com que me deparei, que possam existir. Neste relacionamento, recorro aos atributos pessoais e a técnicas de intervenção terapêutica (exploradas nos pontos 2.1 e 2.2) nos cuidados que presto com o objetivo de obter *insight* e a mudança de comportamentos (Stuart & Laraia, 2001). É de extrema importância esta interação, uma vez que, me possibilita desenvolver e refletir um entendimento sobre as respostas emocionais e o significado do comportamento do doente (Taylor, 1992). Através da minha sensibilidade posso detetar as carências emocionais e as necessidades do doente, bem como analisar as intervenções terapêuticas que possam ser benéficas. Posso considerar que a relação que estabeleço com o doente tem um potencial terapêutico significativo. Contudo, esta habilidade desenvolve-se através da participação no processo de recuperação dos doentes, carece de treino e de tempo para ser dominada e foi esta experiência que o Ensino Clínico me proporcionou.

Ao estabelecer uma relação com o doente exerço uma influência sobre este, que devido ao sentimento de estar com alguém que é competente, fiável e suscetível de o ajudar, origina a criação da relação de confiança, resultando dessa relação a oportunidade para ajudar a pessoa na tomada de consciência, na aceitação dos seus problemas e posteriormente motivá-la para modificar os seus comportamentos fornecendo-lhe os instrumentos para o fazer (Taylor, 1992; Lazure, 1994; Phaneuf,

2005). Aliada a esta influência vem um conjunto importante de responsabilidades pautando a prática que desempenho como manter a confiança do doente na honestidade, desejo e capacidade para o ajudar; manifestar respeito pela sua individualidade, recursos e sofrimento; conservar a confidencialidade da relação (apenas as pessoas da equipa de cuidados se necessário serão informadas); criar uma aliança terapêutica onde os objetivos a atingir e confiança de os alcançar são partilhados; demonstrar abertura para as perceções, expetativas, necessidades e medos; honrar os compromissos estabelecidos conjuntamente e não falhar quando este necessitar de apoio; mantê-lo realista quanto à possibilidade de mudança tendo em conta os seus limites e não desiludir o doente com comportamentos de domínio, neutralidade ou falta de empenho. O meu papel não passa por ser disciplinador e autoritário sobre os comportamentos do doente, mas sim ser um parceiro que o apoia na mudança de comportamentos e para tal foi necessário inicialmente fazer compreender ao doente essa necessidade de mudança.

A base de todas as interações terapêuticas é a aceitação, esta habilidade carece de prática e confrontação com a realidade, só assim me foi possível ao longo do processo formativo desenvolver a competência. A aceitação implica que trate o doente como uma pessoa importante que possui os mesmos direitos básicos e que apresenta um valor inerente e não como uma pessoa sujeita a um diagnóstico ou conjunto de sintomas psiquiátricos (Taylor, 1992). A aceitação é um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua forma de se expressar sem nenhuma exigência de mudança, o que constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Procurei deste modo no sentido de desenvolver esta competência, reconhecer o doente em toda a sua dignidade apesar do seu aspeto físico, carácter, valores, da sua conduta e aceitei em ajudá-lo de forma ativa e calorosa.

Kant (2003) considera a dignidade como um princípio moral que está acima de qualquer valia, ou seja, não é quantificável ou qualificável, sendo inerente a todos os seres humanos e inseparável da autonomia para o emprego de regras racionais válidas que guiam a vontade individual. Tive sempre presente que o potencial *deficit* cognitivo ou emocional do doente com depressão não é impeditivo do respeito pela sua humanidade e consequente dignidade, mas é limitativo da sua autonomia (Almeida, 2010), ou seja, apresenta a sua capacidade de determinar e operar com base na sua

vontade diminuída e nesta concepção considere os princípios de justiça, equidade, beneficência e benevolência.

Lazure (1994) descreve o respeito como:

“Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória”.

Assim, de forma a desenvolver competências de aceitação incondicional procurei evitar a ausência de juízos moralizantes sobre o doente; confiar e apreciar o doente de forma positiva; acolhe-lo no seu todo, em particular o seu mundo emocional; e demonstrar afabilidade no trato (Mendes, 2006). A aceitação implica tentar compreender que o doente se comporta tão adequadamente quanto consegue num determinado momento, e para isso procurei encorajá-lo a expressar os seus sentimentos, percebendo que desse modo o doente alivia as suas tensões emocionais.

Ao tentar evitar a crítica, tendo consciência que nem sempre é possível, e ao motivar o doente foi-me possível desenvolver competências de aceitação, uma vez que, esta aprendizagem está diretamente relacionada com o autoconhecimento, ou seja, tomando consciência de que a crítica prejudica o estabelecimento de uma relação de confiança. A aceitação não é ignorar ou aceitar comportamentos erróneos em determinadas circunstâncias, com objetivo terapêutico e não de oprimir, é exprimir a minha opinião no sentido de possibilitar a reflexão sobre as atitudes desadequadas ao doente. Discordando mesmo em determinadas circunstâncias dos seus comportamentos ou atitudes (ex. comportamentos ou atitudes agressivas demonstradas pelos doentes), mas sem por em causa a aceitação da pessoa em si.

Para retirar benefícios terapêuticos da relação que estabeleço com o doente é necessário o uso da habilidade de centrar a relação no outro, integrada num processo de desenvolvimento pessoal que facilite a sua integração social (Mendes, 2006). A abordagem centrada na pessoa constitui-se como uma das condições preliminares da relação de ajuda. O centrar-me no outro é uma qualidade da relação de ajuda que faz com que me preocupe em primeiro lugar com a pessoa, com suas emoções e sentimentos, as suas reações, as suas necessidades e desejos, mais do que me interessar prioritariamente com a doença ou os seus problemas existenciais (Phaneuf, 2005).

Quando o doente consegue assumir a sua diferença e individualidade, revela aquilo que ele realmente é, deixando de estar isolado. Sendo a capacidade de

comunicação uma habilidade necessária para o estabelecimento de uma relação de ajuda, esta por si só não é suficiente, foi-me necessário possuir outras habilidades essenciais como a capacidade de escuta e resposta, esperança e encorajamento, assertividade, empatia, autenticidade, congruência, confrontação, reformulação, imediatismo e humor.

Os objetivos que pretendi atingir com a expressão empática passam por demonstrar à pessoa o quanto ela é importante, uma vez que, ao ser empático demonstro o meu respeito e empenhamento em ajudar. Por outro lado, a empatia permite servir de instrumento de ressonância ao doente, ou seja, ajuda-o a chegar a uma percepção mais clara do momento que ele atravessa e daquilo que sente, pois o facto de a pessoa se sentir escutada com compaixão e de se sentir aceite torna-a capaz de se escutar a si mesma e de tomar consciência das suas emoções. No momento em que o doente está magoado, confuso, perturbado, ansioso com dúvidas ou incertezas acerca do mérito próprio ou da identidade, deve haver uma atitude compreensiva para o ajudar a superar a situação (Riley, 2004). A empatia, sendo uma estrutura de percepções, faculta uma consciência de mim e do outro, amplificando a sensibilidade, bem como permite fomentar o respeito, objetivos recíprocos, a consciência social, potenciando também o desenvolvimento do conhecimento do doente num contexto histórico e social (Potter & Perry, 2013). As expressões de empatia a que recorri ao longo do encontro com o doente, refletem compreensão por aquilo que foi transmitido e demonstram à pessoa os sentimentos e que o teor factual da comunicação foi ouvido. Tendo sempre presente que estas expressões têm de ser neutras e destituídas de qualquer crítica, usando-a para erigir a confiança do doente na sua capacidade de recuperação e devolvendo-lhe a esperança de ter uma vida melhor.

Procurei ao longo do Ensino Clínico comportar-me com a premissa de guiar as minhas decisões com base nos conhecimentos científicos que detenho, procurando agir sempre em benefício do doente. Neste aspeto, ressalvo o princípio da beneficência e da não-maleficência. A beneficência exige um comportamento ativo, positivo, de impedir que ocorram prejuízos, recuperar danos e promover o bem (Silva, 2010). Contudo, tenho em consideração a autonomia do doente, considerando que não possuo autoridade sobre aquele que beneficia dos meus cuidados, que é uma pessoa de igual dignidade. O respeito pela autonomia do doente constitui-se antes de mais pelo respeito à sua

liberdade, direito inerente à condição humana. A autonomia do doente pode manifestar-se na recusa do internamento ou na recusa de participar em atividades terapêuticas, aí o meu propósito foi sempre o de procurar encontrar soluções que respeitem a sua autonomia e que lhe pudessem ser benéficas.

O paternalismo refere-se a um impasse bioético, ou seja, se o respeito à autonomia do doente restringe a minha autonomia enquanto enfermeiro de exercer a minha autoridade profissional? O paternalismo constitui-se na forma de exercer o cuidado, pretendendo beneficiar a pessoa que o recebe, cuja vontade ou interesses deixam de ser respeitados. Consciencializei-me do meu dever de partilhar as informações, de revelar os diagnósticos, de procurar o consentimento do doente, além de manter o sigilo e de respeitar a sua privacidade, sem deixar de executar a componente de ajuda e de observar os resultados obtidos. Na área da psiquiatria e mais concretamente no caso dos doentes com depressão, não posso esquecer que apesar da dignidade da pessoa a sua autonomia encontra-se limitada devido à sua vulnerabilidade emocional e cognitiva, já para não abordar o internamento compulsivo. Perante este cenário não é possível desconsiderar o contexto real em que o doente não demonstra capacidade para a deliberação racional, pois tal comportamento demonstraria da minha parte uma postura profissional omissa e negligente (Felicio & Pessini, 2009).

O raciocínio de natureza ética é fundamental ser expandido no contexto da psiquiatria e saúde mental, uma vez que, esta esfera clínica colocou-me muitas vezes perante dilemas em que foi necessário de tomar decisões deste carácter. Assim, considero que as experiências facultadas pelo Ensino Clínico possibilitaram o meu crescimento também a este nível.

A vulnerabilidade característica dos doentes que padecem de depressão revela a experiência existencial do sofrimento humano, constituindo-se como uma motivação fundamental para a esperança de receber cuidados. A vulnerabilidade no contexto da existência humana permite a expressão de uma ética da solicitude, do cuidado ao outro. Assim, a vulnerabilidade procura garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em que a pessoa está incapaz de recorrer à sua autonomia e ao seu consentimento para a resolução dos problemas que se lhe colocam (Felicio & Pessini, 2009; Zuben, 2006). No contexto de saúde e da prática de enfermagem, a vulnerabilidade refere-se à necessidade de ser ajudado, de receber cuidados e promover

o alívio da sintomatologia que a doença provoca. A minha primeira intenção ética será ajudar o doente no sentido de aliviar o sofrimento e permitir a sua adaptação ao mundo social, facilitando-lhe a sua tarefa para alcançar uma vida mais efetiva.

No contexto de Ensino Clínico no SI do DPSM o desenvolvimento de competências, a nível pessoal e profissional, carece de um crescimento da mestria na avaliação das necessidades de saúde; no planeamento dos cuidados de enfermagem, estabelecendo juízos de avaliação diagnóstica em enfermagem, segundo a CIPE versão 2, e na sua validação com o doente, tornando-o parte ativa do processo de intervenção; na realização de intervenções terapêuticas em função da avaliação diagnóstica e dos resultados esperados, para o doente internado com o diagnóstico de depressão.

Por outro lado, um dos objetivos definidos no projeto de estágio para o desenvolvimento de competências relaciona-se com a gestão de casos e a partilha de informações com os membros da equipa multidisciplinar. A gestão de casos é um tema que se relaciona diretamente com normas e procedimentos internos do próprio SI do DPSM, e o meu dever como formando, é o de respeitar as atuações vigentes dando continuidade ao trabalho que já se encontra desenvolvido e com resultados palpáveis. Assim, a avaliação e reavaliação permanente das necessidades do doente desde o momento da admissão no SI e a construção de um plano de cuidados para dar resposta às necessidades identificadas, durante este período, viabilizando a reabilitação do doente para uma integração efetiva na sua vida familiar e social. Sem esquecer ao longo deste processo o planeamento precoce da alta procurando visar a continuidade do acompanhamento clínico, de enfermagem e a garantia do apoio social e familiar, requerido com o objetivo de uma alta hospitalar planeada com qualidade prevenindo o reinternamento.

Relativamente à partilha de informações posso revelar que ocorreu sempre que me foi possível participar nas passagens de turno da equipa de enfermagem do DPSM. Segundo o parecer do Conselho Jurisdicional/20 da Ordem dos Enfermeiros (2001):

“A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação”.

Por último, a oportunidade de poder participar nas reuniões da equipa multidisciplinar, poder apresentar os resultados obtidos e possuir o *feedback* da mesma

em relação ao programa de reabilitação e de melhoria da qualidade de vida dos doentes com o diagnóstico de depressão (ANEXO V), permitiu-me atingir mais um dos objetivos definidos anteriormente. Considero importante salientar que o diálogo estabelecido se constitui como uma experiência enriquecedora a nível profissional e pessoal, visto ser composto por casos clínicos autênticos em contextos reais.

No subponto seguinte será explicado de que forma é que foram desenvolvidas competências ao nível da avaliação diagnóstica, ou seja, a descrição do método utilizado e os objetivos pretendidos com esta etapa do processo de enfermagem.

2.1 – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Ao nível da avaliação diagnóstica o desenvolvimento da perícia durante a realização Ensino Clínico manifesta-se desde o primeiro momento em que o doente é admitido no SI, ou seja, a intervenção terapêutica junto da pessoa que necessita de ajuda começa com o primeiríssimo contato. O enfermeiro procura construir um relacionamento pessoal, enquanto ao mesmo tempo tem o dever de esclarecer as diferenças óbvias nos papéis de cada um: o facto de que o doente com depressão está em sofrimento na procura da ajuda de um enfermeiro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

A escola da interação, que surge no final dos anos 50, caracteriza-se pelo interesse em perceber os processos de interação entre o enfermeiro e a pessoa (Kerouác, 1994). Hilegard Peplau, autora que integra esta escola de pensamento, desenvolveu a teoria das relações interpessoais em enfermagem, que procura descrever os cuidados de enfermagem como um processo interpessoal terapêutico entre o enfermeiro e a pessoa. Esta interação baseia-se no respeito mútuo como um objetivo de aprendizagem para os dois intervenientes (Kerouác, 1994). Esta teórica considera a pessoa como um ser biopsicossocial em constante dinamismo capacitado para interiorizar a sua situação, nomeadamente transformando a ansiedade em energia positiva (Peplau, 1990). A autora considera a enfermagem como:

“Uma relação humana entre uma pessoa que está doente, necessitada de serviços de saúde e uma enfermeira com formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda” (1990; p.5).

Tem subjacente uma mudança de paradigma, na qual o doente passa de uma visão de objeto terapêutico e dependente dos cuidados do enfermeiro para uma visão de igualdade, ao conceptualizar o doente como parceiro nos cuidados (Peplau, 1990).

Através da sua teoria das relações interpessoais a autora refere que a relação entre o enfermeiro e o doente se desenvolve ao longo de quatro fases, que se sobrepõem, entre si, e ocorrem ao longo da relação que se estabelece. As fases são designadas pela autora como a fase da orientação, identificação, exploração e resolução.

- A orientação inicia-se quando a pessoa deteta uma necessidade e procura a ajuda do enfermeiro para resolver esse problema. O enfermeiro ajuda a pessoa a identificar e a perceber qual o problema que originou o processo de crise, a analisar qual é a sua necessidade de ajuda, a explicar quais as intervenções terapêuticas que podem desenvolver em conjunto no sentido de a ajudar, encaminhar e planear quais os serviços de saúde e os profissionais que podem ser úteis, diminuindo a ansiedade/tensão emocional que se encontra relacionada com aquela necessidade específica.
- Durante a fase de identificação o doente compreende de que forma é que o enfermeiro o pode ajudar e de como recorrer a esta relação (enfermeiro-doente) para potenciar os seus recursos e minimizar os problemas recorrentes da sua necessidade. O enfermeiro utiliza um conjunto de habilidades que lhe são próprias e outras de cariz profissional com o objetivo da relação edificar-se como uma solução para a resolução do problema.
- A fase da exploração consiste na utilização por parte do doente de tudo aquilo que adquiriu através da relação terapêutica que estabeleceu com o enfermeiro. Durante esta fase o doente aprendeu a dominar técnicas de intervenção terapêutica para a resolução das suas necessidades que o enfermeiro lhe ensinou, conhece o seu problema, a forma como este se manifesta e está capacitado para utilizar os diversos serviços de saúde disponíveis e necessários para a resolução do seu problema, ou seja, o enfermeiro capacitou o doente para desempenhar um papel ativo na resolução das suas dificuldades e necessidades.

- Por último a fase da resolução, o doente vai se tornando independente na resolução das necessidades identificadas e gradualmente vai-se libertando da relação com o enfermeiro.

A teoria das relações pessoais de Peplau apresenta-se compartimentada entre cada uma das fases de desenvolvimento da relação terapêutica. Ao refletir sobre a minha prática considero que tal não se verifica, isto é, as barreiras que delimitam a transição de uma fase para a outra não se encontram definidas e neste propósito considero que no desempenho da minha prática a teoria defendida por Lopes (2005) é a mais apropriada. Esta teoria de médio alcance descreve o processo de relação entre o enfermeiro e o doente, que se desenrola em três fases, o princípio de relação, o corpo da relação e o fim da relação:

- O princípio da relação é a fase inicial deste processo e caracteriza-se por principiar antes de o enfermeiro e o doente terem contato. O princípio da relação tem como acontecimento primordial a entrevista de avaliação diagnóstica que se caracteriza por conhecer o que o doente pensa, sente e quer, bem como por conhecer as suas estratégias e capacidades para ultrapassar as dificuldades. Simultaneamente inicia o processo de intervenção terapêutica do enfermeiro.
- O corpo da relação é caracterizado pelo processo de intervenção terapêutica desenhado pelo enfermeiro para aquele doente em específico. A delimitação entre esta fase e a fase anterior é difícil de definir, porque a intervenção pode-se iniciar no decorrer da entrevista de avaliação diagnóstica (Lopes, 2006). Assim esta fase é constituída por dois processos que se sobrepõem: a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica. Após a colheita de dados, realizada na fase inicial deste processo, o enfermeiro vai construindo uma relação de confiança com o doente, realizando reavaliações sistemáticas das intervenções realizadas e das necessidades deste, no sentido de direcionar e adaptar a intervenção terapêutica. Capacitando o doente para ultrapassar as dificuldades e necessidades identificadas proporcionando o maior bem-estar possível.
- O fim da relação corresponde à etapa final da ação do enfermeiro junto do doente e é imposto pelo fim do processo de tratamento. O término desta relação é positivo no caso de o doente estar habilitado neste momento para ter uma vida mais funcional e adaptada às exigências socioculturais.

É difícil delinear uma barreira que separe a relação de natureza profissional que estabeleço com a pessoa doente e outro tipo de relação mais pessoal, mas de natureza indefinida. A utilidade terapêutica deste depósito pessoal nesta relação com o doente, a intimidade e a proximidade, são características inerentes à intervenção terapêutica. Pelo que considero que alterar estas características da ordem das relações pessoais com uma ação emocionalmente mais distante, posso perder proficiência na relação. No entanto, com o objetivo de me proteger a mim e ao doente, devo iniciar um afastamento previamente acordado logo que os resultados sejam satisfatórios (Lopes, 2006).

A avaliação diagnóstica realizada com os doentes ao longo do Ensino Clínico tem por objetivo compreender e identificar a sua problemática de vida, a manifestação negativa na vida da pessoa e o consequente tratamento, com base na capacidade desta para ter uma palavra ativa neste processo (Ribeiro & Leal, 1997). A entrevista de avaliação diagnóstica constitui-se como a primeira fase do processo de ajuda e consequentemente do processo de desenvolvimento de competências. A avaliação diagnóstica não é unicamente realizada na primeira entrevista, esta constitui-se como um processo contínuo ao longo das entrevistas que realizo com o doente, seja realizada num ambiente formal ou informal, isto é, durante uma conversa ao longo do passeio terapêutico ou na realização de atividades terapêuticas. Contudo, posso afirmar que durante o tempo que a relação se estabelece a ação diagnóstica vai diminuindo, pois caminho na direção de um conhecimento cada vez mais profundo das vivências e emoções do doente, intervindo mais sobre a forma como o doente as compreende e menos na ação identificativa.

A relação de ajuda é particularmente significativa, deseja-se que crie um ambiente em que a pessoa que necessita ser ajudada reencontre a sua coragem, se torne autónoma e evolua para um melhor bem-estar físico ou psicológico. É, como refere Tavares (cit. Simões, Fonseca & Belo, 2006), uma relação recíproca, assimétrica e dialética entre as pessoas que sejam capazes de sair de si mesmas e colocar-se no lugar do outro, compreendê-lo em profundidade e riqueza, sem deixar de ser ele próprio. Neste tipo de relação ao promover o desenvolvimento pessoal do outro e facilitando a relação, também me desenvolvo de igual modo. Esta deverá ser a grande e fascinante meta a atingir, oferecer felicidade ao doente, tornando-me simultaneamente feliz.

A primeira tarefa que desempenho para a preparação da entrevista consiste em encontrar um espaço que possua as condições favoráveis para a sua realização, dispondo o SI do DPSM de uma sala que oferece garantias quanto às condições ambientais necessárias: não apresenta um aspeto ameaçador, não é barulhenta ou suscetível de provocar distrações sendo um local propício à comunicação (Benjamin, 1993). Quanto às interrupções (telefone, bater à porta, etc.) considero que devo ser intransigente e foi essa a postura que adotei, uma vez que, estas só prejudicam a concretização da entrevista, dificultando o meu papel e que me concentre na tarefa que estou a desempenhar com o objetivo de criar uma relação e aumentar a confiança. Pelo que procurei sempre comunicar a todos os profissionais de saúde e funcionários do SI, antes de iniciar as entrevistas, para não ser interrompido a não ser em caso de extrema necessidade.

Relativamente à disposição das cadeiras foram colocadas próximas uma da outra, num ângulo de noventa graus, a uma distância que respeite o espaço do outro (0,5m), sendo estas confortáveis. Esta posição permite ao doente desviar o olhar caso não se pretenda centrar-se em mim (Benjamin, 1993).

A técnica da entrevista que adotei é uma ampla interação verbal e não-verbal com o doente, onde ocorre um processo de capacitação através do qual procuro habilitar a pessoa a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve ou não modificar o seu comportamento. O instrumento privilegiado que utilizei para atingir o fim desejado na entrevista é a comunicação, nas mais variadas formas. A capacidade de comunicar permite o estabelecimento de uma relação terapêutica e o compartilhar das experiências vividas. Enquanto processo de partilha de informações com o doente, a comunicação influencia em todos os domínios da individualidade da pessoa. A comunicação é o suporte de todas as intervenções realizadas, e procurei aprofundar os meus conhecimentos de comunicação para uma ação terapêutica, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade ao doente que está sob a minha alçada terapêutica (Stefanelli cit. Roehrs, Maftum, Mazza & Borille, 2007). Representando o Ensino Clínico a oportunidade ideal para desenvolver as competências de comunicação dada a interação contínua que existe com os doentes.

Quanto à estrutura das entrevistas realizadas considero-as como semiestruturadas, conciliando perguntas abertas e fechadas, onde o doente tem a

possibilidade de falar sobre um tema proposto, seguindo um conjunto de questões previamente definidas e ficar concentrado para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que necessita de melhor elucidação colocando perguntas adicionais para explicar assuntos que não ficaram esclarecidos ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o doente se tenha desviado do tema ou apresente dificuldades a expô-lo. Para isso o doente é questionado de forma hábil e compreensiva, recorrendo a habilidades comunicacionais verbais (ex. assertividade, confrontação, responder compreensivamente, comunicação da esperança, etc.) e não-verbais (ex. cinésica, proxémica, paralinguística e tacética). Por vezes, a informação que o doente fornece é pouco clara e inconclusiva, então procuro aprofundar essas informações, recorrendo à reformulação do discurso do doente, a perguntas indiretas e questões circulares (Lazure, 1994; Phaneuf, 2005). As técnicas de comunicação terapêutica são um instrumento que contribui para a excelência da prestação de cuidados de enfermagem e permitem o desenvolvimento da relação de ajuda com o doente.

As questões abertas são utilizadas quando desejo obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do doente, e também para conseguir um maior detalhe do assunto em questão (Minayo, 1993). Considero, que este modelo de entrevista (semiestruturada) é útil quando desejo delimitar o volume de informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo no sentido de que os objetivos sejam alcançados.

A técnica de entrevista semiestruturada tem como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo-me uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos, gerando conhecimento da componente emocional do doente que determina significados pessoais das suas atitudes e comportamentos. Além disso, esta interação com o doente favorece as respostas espontâneas, o que se revela útil para a colheita de dados. Esta técnica de entrevista é facilitadora de uma abertura e proximidade maior, o que me permite abordar assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca afetiva entre as duas partes (Selltiz et al, 1987). Os doentes com depressão centram os seus problemas muitas das vezes no conteúdo emocional, na debilidade das relações com a sua rede de apoio social, nos problemas sociais e económicos, nas experiências traumatizantes que vivenciaram, pelo que esta técnica de entrevista revelou-se vantajosa para explorar as

causas que conduziram à situação clínica que a pessoa vivencia no momento da minha intervenção.

Quanto às desvantagens da entrevista semiestruturada, estas dizem respeito muito mais a limitações pessoais. Por parte do doente há alguma insegurança em relação ao seu anonimato e por causa desse motivo retém informações importantes, pelo que é esclarecido numa fase inicial da confidencialidade da mesma, o que procurei sempre realizar através do esclarecimento e assinatura da declaração de consentimento (ANEXO I).

A entrevista de avaliação diagnóstica é um processo que permite observar um conjunto de características, das quais destaco os fatores que incidem na resposta da pessoa à doença (Scherer, Scherer & Labate, 2002). Esses fatores estão presentes em inúmeras situações que envolvem a assistência à pessoa como: os pessoais – idade, sexo, sexualidade, personalidade, capacidade de enfrentamento do *stress*, o significado da doença para o doente (perdas, luto, modificações nas suas atividades de vida diárias, etc.), experiências prévias, crenças e valores, habilidades para o autocuidado, capacidade cognitiva, emoções e pensamentos disfuncionais; os socioculturais – o significado social da doença, a resposta da família, dificuldades de relacionamento com familiares, o *status* e papel do doente, a situação laboral e económica dele ao adoecer e os recursos sociais de apoio que dispõe; e os relacionados com a doença – o tipo de doença (aguda ou crónica), o prognóstico, as incapacidades potenciais, as medidas terapêuticas que a enfermidade exige, o défice de conhecimentos sobre a doença ou a terapêutica e os comportamentos de risco adotados (Travelbee cit. Roehrs, Maftum & Borrille, 2007).

A formação de uma relação de ajuda com o doente, a colheita de dados e a intervenção terapêutica podem ser harmoniosamente introduzidas na entrevista inicial. Considero proveitoso começar a entrevista com a pergunta: *“Como se sente em relação ao facto estar internada/o?”*. Os doentes quando confrontados com esta questão respondem com expressões de ansiedade ou desânimo dado o seu pensamento se encontrar polarizado na sua problemática de vida. Quando isto aconteceu, foi-me possível evocar alguns pensamentos automáticos que se escondem por trás destes sentimentos desagradáveis com as perguntas: *“Recorda-se do que estava a pensar quando o médico lhe disse que ia ser internada/o?”*, ou *“O que é que você espera que*

aconteça durante o internamento?”. Ao partilhar esta expectativa o doente pode sentir-se apoiado e procurar estabelecer uma relação de colaboração e não de oposição (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

Através da entrevista de avaliação diagnóstica pretendo entender o doente e a forma como este se vê, sente, percebe e age no mundo. Com o acesso a esta informação fulcral e a sua compreensão, é possível identificar os seus problemas e planear as intervenções terapêuticas adequadas para interceder sobre eles. Lopes (2006) refere que a entrevista inicial é um excelente momento para a avaliação diagnóstica, sendo o primeiro encontro entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de ajuda. Assim, a avaliação diagnóstica segundo este autor baseia-se em três sentidos distintos mas que se complementam entre si: o que o doente sabe, o que preocupa o doente e quais são as suas estratégias/capacidades.

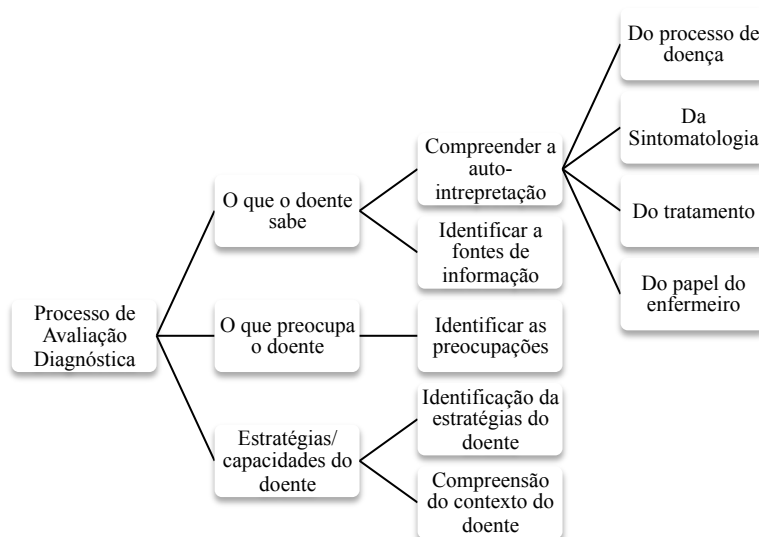


Figura 1 – Processo de avaliação diagnóstica na entrevista inicial (Baseado Lopes, 2006)

Recorro a este tipo de entrevista porque permite ao doente expor os seus temores, perceções, humor, pensamento, cognição, sofrimento, significado da doença, entre outros aspetos. A avaliação das condições emocionais e mentais da pessoa é cuidadosa e detalhada, tendo em atenção alguns aspetos como: a história de vida, significado da doença, motivo do internamento e a avaliação do estado mental e emocional, propriamente dito (Barros et al, 2010). O exame mental (ANEXO II) é fundamental para realizar avaliação do doente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997),

devendo a avaliação fundamentar-se, essencialmente na observação sistemática e na entrevista semidiretiva.

Um aspeto importante a ser considerado durante o desenrolar da entrevista é a empatia, é necessário ser empático com a pessoa com quem me relaciono, participando na compreensão do seu perimundo (Pio Abreu, 2011). A empatia é uma competência que desenvolvo ao longo das entrevistas com os doentes enquanto estes expõem as suas vivências. O seu desenvolvimento é de extrema importância quando me proponho a ajudar alguém, mas para tal é necessário recorrer a habilidades individuais de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento, ou seja, envolver a minha essência intelectual e emocional, para que seja possível colocar-me no lugar do outro (Stefanelli cit. Takaki & Sant'Ana, 2004).

Outra habilidade que procurei ter em atenção durante as entrevistas é a capacidade escuta. A escuta não é um ato simples e sem conteúdo, não é simplesmente ouvir, com esta técnica procuro atingir determinados objetivos junto do doente como: manifestar-lhe a importância que este tem e que naquele momento é o meu único interesse, permitir-lhe identificar as suas emoções, ajudá-lo a reconhecer as suas necessidades, auxiliar a identificar os seus problemas e facilitar a realização de um plano de ação realista e eficaz. A capacidade de escuta constitui-se como o sustentáculo da relação de ajuda que procuro estabelecer, apesar de não ser a única habilidade a dominar neste processo é indissociável (Lazure, 1994), uma vez que, o doente é que possui os recursos principais para a resolução do seu problema.

Antes de iniciar o processo de sistematização dos cuidados, o doente deve ter aceitado previamente o desenrolar das estratégias planeadas em conjunto. A entrevista de ajuda, procura assim, fazer com que o doente exprima os sentimentos negativos que tem sobre si próprio, a respeito dos outros, a respeito da sua vida e progressivamente começar a ver-se de uma forma mais positiva, a responsabilizar-se no que diz respeito ao seu problema e a ganhar confiança nas suas capacidades (Phaneuf, 2005).

A entrevista de ajuda requer que a planifique antecipadamente e organiza-se segundo um horário estabelecido acordado previamente, tem de ser aceite pelo doente e os seus objetivos são definidos conjuntamente (Phaneuf, 2005). É um processo de natureza pedagógica com o propósito de a pessoa se sentir mais calma e reconhecer que pode evoluir utilizando os seus próprios recursos, exigindo-me uma postura calorosa,

capacidade de explorar as diversas habilidades requeridas em relação de ajuda com vista a levar a pessoa a uma melhoria do seu estado e a tornar-se mais autónoma. Durante este procedimento procuro atribuir ao doente um papel ativo no seu processo de tratamento, dando-lhe uma sensação de controlo sobre a situação, ajudando-o a sentir-se valorizado.

As informações retiradas, desta primeira fase da entrevista de ajuda, através da observação e da colheita de dados são objeto de uma análise profunda, pois ao dissecar o comportamento e as palavras do doente é-me possível compreender a sua motivação para se envolver no processo de tratamento e a identificar o que na vida, ou no seu contexto, pode ajudá-lo a ultrapassar esta fase de sofrimento ou a evoluir no seu estado de saúde. Adquirir um conhecimento mais profundo do ambiente da pessoa que necessita de ajuda permite-me a implementação de intervenções adequadas à sua individualidade (Phaneuf, 2005). Durante este processo obtenho uma representação das vivências e dos problemas do doente e dessa representação interpreto com recurso às minhas capacidades aquilo que me foi dito, ou seja, torno-me um elemento terapêutico. Assim, para evitar conclusões precipitadas e realizar um mau julgamento procurei clarificar e validar as perceções alcançadas com as do doente. Após validar perceção obtida junto do doente é necessário refletir sobre aquilo que foi compreendido e apresentar ao outro aquilo que foi assimilado durante este processo de interação. Através da reformulação e do resumo colocados ao doente é possível a este sentir que realmente foi escutado e compreendido o seu problema (Phaneuf, 2005).

Após a concretização destes passos é possível atingir o cerne da questão no processo de ajuda que é a identificação do problema que perturba o doente. Este é o principal objetivo de toda a ação realizada até este momento para poder intervir eficazmente. O doente nem sempre está consciente do seu problema ou da dimensão dele e é através do diálogo desenvolvido que é possível consciencializar-se. Após este momento é necessário fazer emergir pistas e soluções no sentido de resolver as dificuldades sentidas. Dentro do que for possível tendo em conta a singularidade de cada ser humano, é necessário extrair do seu interior as estratégias e capacidades identificadas durante a entrevista para resolver o problema. Se este processo não for possível, pelas mais diversas razões, procuro oferecer um leque de soluções viáveis

dando ao doente o dever de escolher entre elas, fazendo com que este seja ativo e responsável pela evolução do seu estado de saúde (Phaneuf, 2005).

Os objetivos da entrevista de ajuda dependem da individualidade da pessoa que necessita de ajuda, ou seja, são influenciados pelas vivências e pelas suas necessidades, o que leva a que tenha de adotar diferentes estratégias consoante os problemas identificados. Para a resolução destes problemas recorro ao uso de técnicas que visem ajudar a pessoa a ultrapassar as suas dificuldades, como as diversas terapias comportamentais. A finalidade da relação de ajuda para o doente com depressão, que constituem os casos clínicos do presente relatório, é potenciar a autoestima, desenvolvendo uma autoimagem mais positiva; potenciar sentimentos de segurança; ajudar a identificar os seus problemas; ajudar a tomar decisões vantajosas face a esses problemas e necessidades; potenciar a comunicação de sentimentos, emoções, juízos e vivências, exprimindo os seus sentimentos e opiniões mesmo que sejam negativos; torná-lo um elemento ativo na resolução dos seus problemas, modificando os comportamentos que dificultam a sua adaptação; potenciar as capacidades de comunicação, com intervenções que permitam a melhoria das suas habilidades comunicacionais, tendo por objetivo a melhoria das relações com a sua rede de apoio social ou para o estabelecimento de novas relações (Chalifour, 1989; Lazure, 1994; Phaneuf, 2005; Benjamin, 1993).

Ao fundar uma relação de confiança com o doente possibilito-lhe a oportunidade de servir de trampolim para a criação de outras relações interpessoais, tornar consciente as suas responsabilidades e aceitar a dor ou as dificuldades de uma determinada situação com mais serenidade; encontrar um sentido para a vida e encontrar motivações para viver fazendo dela uma oportunidade única e positiva; libertar a sua tensão emocional.

O desenvolvimento das capacidades de interpretação e individualização de estratégias terapêuticas através de atividades como: assistir, apoiar, incentivar, modelar, capacitar, treinar e supervisionar os cuidados prestados ao doente com depressão de forma a promover a reabilitação da sua capacidade funcional ao nível familiar e social constituem também um processo de desenvolvimento de competências. Através da implementação de programas de treino assertivo, da realização de ações de educação para a saúde, da concretização de sessões de relaxamento, da administração de questionários de autorrelato (ANEXO III), da implementação do RPD possibilitando a

restauração cognitiva dos modos de pensamento incorretos (ANEXO IV), no âmbito da relação com o doente, representam instrumentos de auxílio na perseguição dos objetivos definidos por ambos no momento de validação do plano de cuidados delineado.

O recrutamento da população-alvo decorre com base nos doentes internados no SI do DPSM com o diagnóstico clínico de depressão. Após a admissão do doente é realizada a avaliação inicial através da entrevista de avaliação diagnóstica e verifico se o doente apresenta os sintomas referidos anteriormente no sentido de validar o juízo diagnóstico de enfermagem de depressão segundo a CIPE versão 2. Após a validação do diagnóstico e com o consentimento do doente são desencadeadas as seguintes etapas do processo de sistematização dos cuidados de enfermagem, ou seja, são realizadas as intervenções planeadas e as avaliações dessas mesmas intervenções até ao momento da alta, na procura de ganhos de evolução clínica para o doente.

No subponto seguinte serão abordados os instrumentos de intervenção terapêutica a que recorri no sentido de melhorar a qualidade de vida do doente com depressão internado no DPSM. Ao realizar a entrevista de informação e ensino, ao ensinar, modelar e ensaiar comportamentos adequados que facilitem o processo de integração familiar e social, proporciono ao doente a exploração da sua capacidade para superar a crise vivida.

2.2 – INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

As transições recaem no domínio da enfermagem quando são pertinentes à saúde ou doença da pessoa ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. A profissão de enfermagem consiste deste modo na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar. Mercer, Nichols & Doyle (1988; p.144) consideram que as transições são definidas como: *“pontos de mudança, os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações conduzindo-a a novas auto-concepções”*.

O conceito de transição está deste modo relacionado com a mudança e desenvolvimento, acomodando processos vitais contínuos e descontínuos dos seres humanos. A transição origina a crise, que surge como resposta aos eventos geradores de mudanças, seja no contexto individual, familiar ou social. O que faz surgir uma situação de crise no ser humano não é meramente a exacerbação de uma causa específica, mas principalmente uma combinação de sentimentos, reações e significados ao momento que está sendo vivenciado (Catafesta, Venturi, Zagonel & Martins; 2007). Segundo Aguilera e O'Brien (cit. Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010), uma crise é, geralmente, um período de transição autolimitado, no qual uma pessoa se debate com uma conjuntura considerada ameaçadora e passa por um período de desequilíbrio psicológico e funcional.

Caplan (1980) define crise como um período transitório em que a pessoa tem a oportunidade de crescimento da personalidade ou o risco de desenvolver um distúrbio mental, o desfecho deste apuro será influenciado pelo modo como esta consegue controlar a situação. Para a psicopatologia, a crise é entendida como um momento temporário de desequilíbrio e de substituições rápidas, que questionam o equilíbrio normal ou psicológico do indivíduo. A sua evolução não será estanque e depende tanto de fatores internos como externos à própria pessoa. Assim, o fator que determina a ocorrência de uma crise é o desequilíbrio entre a dificuldade de resolução e a importância do problema, bem como os recursos que a pessoa dispõe para resolver a situação. A teoria das transições de Meleis considera que estas são uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado, para outro. As transições referem-se ao processo e resultados das complexas interações pessoa/ambiente (Loureiro, 2013).

O foco de atenção é a relação que se cria entre o enfermeiro e o doente, considerando que o cuidado é um processo interativo entre uma pessoa que necessita de ajuda e outra que a proporciona. As pessoas são capazes de reconhecer as suas necessidades e a situação de doença como um evento que pode dar origem ao crescimento pessoal desde que compreenda o seu significado. A relação enfermeiro-doente está presente na intervenção que é realizada, havendo modificação e crescimento dos envolvidos (Graça, 2010). Assim, assistir os doentes em processo de transição constitui o papel mais proeminente da profissão de enfermagem, consequentemente o enfermeiro tem como função auxiliar as pessoas a gerir as transições ao longo do seu

ciclo vital, ajudando-as a adaptarem-se a novas realidades e a mudarem o seu concebimento da vida (Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010). O papel do enfermeiro perante os momentos de transição do ser humano é auxiliar através da implementação de intervenções terapêuticas, que facilitem a ocorrência do processo durante o tempo em que este se sucede.

As intervenções terapêuticas são o conjunto de intervenções específicas de enfermagem e com potencialidades terapêuticas demonstradas (Lopes, 2005). São ações ou conjuntos de ações organizadas e sistemáticas que estruturam e acompanham o desempenho funcional do doente, enquadradas na relação interpessoal enfermeiro-doente e na avaliação das suas necessidades. Recorrendo a técnicas terapêuticas selecionadas e prescritas pelo enfermeiro consoante o objetivo que ambos procuram alcançar, obtêm-se efeitos terapêuticos, educacionais, motricionais, sociais e espirituais. Apresentando como propósito promover, prevenir, manter e/ou recuperar as habilidades da pessoa na obtenção do potencial máximo de desempenho, de autonomia e de satisfação na realização das suas atividades de vida, na sua realização pessoal e na sua componente lúdica (Melo-Dias, Rosa & Pinto, 2014). Os resultados obtidos, essencialmente a mestria, que corresponde ao desenvolvimento de competências e de comportamentos necessários para lidar com as novas situações, e a integração fluída na identidade, que corresponde ao desenvolvimento de uma nova identidade com uma dinâmica própria resultante de uma mudança positiva.

Consoante o que foi referido anteriormente, passarei a expor as etapas que se seguem à avaliação diagnóstica e que constituem o programa de reabilitação e de melhoria da qualidade de vida do doente com depressão, revelando-se fundamentais no processo de aquisição de competências.

2.2.1 - Programa de Treino Assertivo

A assertividade pode ser considerada uma forma de intervenção terapêutica, no sentido de capacitar o doente com habilidades sociais que lhe possam ser úteis para a sua adaptação e reintegração no mundo social, cultural e familiar em que se insere.

Lazarus (cit. Grilo, 2010) definiu assertividade como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos ou positivos e iniciar,

continuar e terminar uma conversa comum. A falta de assertividade resulta de um condicionamento inibitório da expressão de emoções e conduz a inaptações na vida da pessoa. A assertividade foi, desde logo, considerada uma competência que pode ser aprendida (Galassi & Galassi cit. Grilo, 2010) e não um traço da personalidade. Butler (cit. Kilkus, 1993) descreve o comportamento assertivo como a expressão pessoal do indivíduo em quatro áreas: sentimentos positivos, sentimentos negativos, estabelecer limites (dizer não) e iniciativa própria, para realizar um pedido ou falar de um determinado assunto.

Para Alberti & Emmons (2008) o treino assertivo tem como principal objetivo mudar a forma como o indivíduo se vê a si próprio, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos e, posteriormente estabelecer a autoconfiança. A participação em treinos encerra ainda outras vantagens de âmbito mais pessoal, nomeadamente, aumento de sentimentos de autoconfiança, reações positivas dos outros, e diminuição quer da ansiedade nas situações sociais, quer das queixas somáticas do indivíduo (Galassi & Galassi cit. Grilo, 2010). Para a compreensão da importância da assertividade, introduzo uma breve definição dos estilos de respostas não assertiva e assertiva. Os sentimentos produzidos pelas contingências de reforço que controlam comportamentos não assertivos são de insatisfação, baixa autoestima e baixa autoconfiança, raiva, excesso de responsabilidade com o outro, irresponsabilidade consigo mesmo, exagerada tolerância à frustração, dificuldade expressão, depressão e ansiedade nos relacionamentos interpessoais (Guilhardi, 2012). Por sua vez, a resposta assertiva em contraste com o comportamento não assertivo permite à pessoa expressar as suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma direta e apropriada (Black & Black cit. Grilo, 2012), o que possibilita um reforço da sua autoestima, que sinta controlo sobre a sua vida, possua maior satisfação com os seus relacionamentos e consiga alcançar os seus objetivos com mais frequência.

A assertividade permite ao doente agir tendo em vista os melhores interesses do próprio, defender-se sem ansiedade excessiva, exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros, expressar honesta e confortavelmente os próprios sentimentos (Alberti & Emmons, 2008). A função do enfermeiro que executa o treino assertivo passa por criar um ambiente seguro que permita a “exposição” do doente: a sua

honestidade, a expressão das suas vulnerabilidades, dos seus erros e êxitos (Seifert, 2009).

Assim, o programa de treino assertivo que delineei tendo por base os conteúdos teóricos dos autores, no sentido de desenvolver competências ao nível desta intervenção terapêutica, foi:

1ª Fase – Ensinar a pessoa a relaxar-se (TRMPJ):

A utilização desta técnica demonstrou excelentes resultados no tratamento da sintomatologia da depressão como a tensão muscular, ansiedade, insônia e fadiga. No âmbito do treino assertivo a diminuição da ansiedade favorecerá a atuação social adequada e a aquisição de novas habilidades.

O relaxamento progressivo de Jacobson (ANEXO VI) foi utilizado porque os doentes que constituem o processo de desenvolvimento de competências experienciam níveis moderados ou elevados de ansiedade, e esta técnica através da diferenciação entre as sensações de contração/descontração muscular e a concentração na respiração minimiza a ansiedade sentida. O relaxamento muscular reduz a tensão fisiológica bloqueando o desenvolvimento da resposta ansiosa aos eventos, proporcionando sentimentos de paz e alívio da tensão muscular (Borges & Ferreira, 2013).

O relaxamento é iniciado assim que o doente acorda durante o processo de planeamento dos cuidados necessários a aprender a técnica e reconhece a utilidade que ela pode ter para a sua vida.

A técnica de relaxamento foi um recurso utilizado frequentemente no contexto do Ensino Clínico, desenvolvendo-se num local tranquilo (Sala de Reuniões), com uma temperatura adequada, confortável, com recurso a dispositivos técnicos como colchões, música relaxante, com roupa adequada, conforme recomendam os autores (Serra, 2014; Vásquez cit. Borges & Ferreira, 2013). O doente é instruído para que se imaginar num local que lhe seja agradável e não o recorde dos problemas do dia-a-dia, sendo incentivado com pensamentos e palavras positivas a imaginar as energias negativas a abandonar o seu corpo (Figueiró cit. Serra, 2014). O relaxamento progressivo foi praticado com o doente deitado, e cada músculo ou grupo muscular é submetido a uma tensão entre cinco a dez segundos, seguido de um relaxamento entre os vinte e os trinta

segundos. Este procedimento é repetido, pelo menos uma vez, sendo introduzido apenas um novo procedimento após o anterior ser compreendido, cada procedimento é descrito em pormenor, com o tom de voz utilizado a alterar-se entre os ciclos de tensão e distensão.

No final das sessões foi realizada a avaliação da técnica, analisando as experiências subjetivas da pessoa ao nível do grau de relaxamento conseguido e através da percepção sobre a experiência de relaxamento com a aplicação de uma escala de Likert de 10 pontos (ANEXO VII), em que o 0 significa ausência de relaxamento e o 10 o máximo de relaxamento possível (Vásquez cit. Borges & Ferreira, 2013).

2ª Fase – A pessoa distingue e diz o que entende por respostas assertivas, passivas e agressivas:

Para desenvolver esta fase foi construída uma apresentação em suporte digital (ANEXO VIII) em que é explicado cada um dos tipos de respostas comportamentais e as suas consequências no próprio doente e na pessoa com quem comunica. Fornecendo a informação do que define cada um destes tipos de comportamentos comunicacionais, bem como as formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada um deles. Foram utilizados exercícios nessa apresentação para o doente distinguir os tipos de comportamentos (ex.: fotos, frases e vídeos...), promovendo a sua participação ativa na aprendizagem e identificando as crenças irracionais que podem ser um fator de bloqueio ao uso das habilidades assertivas (Slater, 1989).

Foi cedido um folheto (ANEXO IX) no início da sessão de ensino a cada um dos doentes que participou, em que é exposto o que são os comportamentos assertivos, as estratégias para comunicar com assertividade, explica a diferença entre os diferentes tipos de comportamentos comunicacionais (agressivo, passivo e assertivo) e as consequências de adotarmos cada um deles para a própria pessoa e nas relações que estabelece com os outros. No final da sessão de ensino é realizada a sua avaliação através da análise subjetiva do que cada um dos participantes manifesta e posteriormente com a aplicação de 2 escalas de Likert de 10 pontos (ANEXO X), em que na primeira o 0 representa a manutenção das dúvidas existentes anteriormente e o

10 o esclarecimento total das dúvidas. Na segunda escala o 0 retrata a não utilidade da informação obtida na psicoeducação e o 10 a utilidade máxima da informação para o dia-a-dia do doente. O propósito ao aplicar duas escalas de Likert para realizar a avaliação objetiva da sessão de psicoeducação sobre assertividade foi cotar a satisfação do doente com a qualidade da informação obtida e a utilidade que atribui ele a esta ação pedagógica (Phaneuf, 2005).

3ª Fase – Reestruturação cognitiva dos modos de pensamento incorretos e socialmente desajustados:

Esta etapa consiste em ajudar o doente a reconhecer o que pensa de si mesmo e o que se pode refletir no seu comportamento, desenvolvendo habilidades para a expressão direta de sentimentos e conhecimento dos seus direitos e deveres assertivos (Thomas, 1982), o que permitiu conhecer as suas vontades, esperanças, recusas e ansiedades (Slater, 1989).

Esta intervenção terapêutica tem como objetivo atuar sobre os padrões cognitivos e as competências de gestão de situações comportamentais do doente, em sessões individuais (Nobile, Cataldo, Marino, & Molteni, 2003). Os objetivos estabelecidos para esta fase são a mudança de pensamentos, melhoria das habilidades comportamentais e a estabilização/mudança dos estados emocionais (Zalaquett & Stents, 2006). Os doentes aprenderam novos modos de pensar e de se comportar, em substituição das atitudes negativas injustificadas que têm sobre si mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro.

O pressuposto teórico desta abordagem é que, pensamentos irracionais automáticos (ex.: de desesperança, de desvalorização e de medo) e comportamentos de enfrentamento desadaptados (ex.: respostas passivas e/ou agressivas) são responsáveis pelos sintomas depressivos e consequentemente pelo estado de espírito do doente, daí que a sua substituição com mais autoafirmação adaptativa e habilidades de enfrentamento irão reduzir os sintomas depressivos no doente com depressão, o que pode ser atingido através deste treino de habilidades comunicacionais.

A maioria das pessoas não tem consciência que quando os pensamentos automáticos negativos surgem são sucedidos por sentimentos desagradáveis e inibições

comportamentais, sendo que as emoções são consistentes com o conteúdo dos pensamentos automáticos. Para a consciencialização destes pensamentos, os doentes podem aprender a identificar o tipo de pensamento que ocorreu imediatamente antes de uma emoção, de um comportamento ou de uma reação fisiológica que surgiu como consequência desse pensamento. O RPD de Beck (ANEXO IV) foi utilizado com o propósito de identificar os pensamentos que foram ativados por um estímulo, gerando a emoção e o comportamento subsequente. O recurso nesta fase ao exercício de RPD pode habilitar os doentes a descobrir, a esclarecer e a alterar os significados que atribuíram a eventos perturbadores e a formar uma resposta alternativa ou racional. A mera tarefa de identificar os erros cognitivos (catastrofização, raciocínio emocional, polarização, abstração seletiva, leitura mental, rotulação, maximização e minimização) é um dos exercícios realizados nas sessões (Knapp & Beck, 2008; Saraiva & Cerejeira, 2014).

4ª Fase – Ensaio comportamental das respostas socialmente adequadas em determinadas situações:

O ensaio cognitivo é uma técnica com recurso à imaginação, desenvolvida nas sessões para auxiliar os doentes a experimentar as situações receadas imaginando que estão a ocorrer naquele instante. Durante uma sessão os doentes são solicitados a “vivenciar” a situação temida na imaginação e construir as melhores estratégias de enfrentamento para superá-la com êxito. Da mesma forma, através de imagens mentais, os doentes podem ensaiar a solução do problema e o treino da assertividade conforme necessário para superar situações problemáticas. Os doentes com depressão têm o seu nível de atividade reduzido e estão relutantes em aceitar atingir qualquer objetivo porque apresentam baixas expectativas sobre qualquer concretização, pelo que opto por realizar procedimentos de ativação comportamental através de técnicas como a modelação e o ensaio comportamental (Knapp & Beck, 2008). As situações identificadas no RPD (ANEXO IV) são elementos interessantes que permitem o ensaio de respostas adaptativas que o doente identificou nesta fase do programa.

Os procedimentos adotados são: o ensaio comportamental, a modelação, o treino individual, e o reforço positivo. Estes procedimentos são utilizados propondo situações específicas e representando um determinado comportamento. Dada a concretização e operacionalidade do treino da habilidade social, decompõem-se em elementos mais simples e faz-se a análise desses elementos: o olhar, expressão facial, gestos, postura, distância/contato físico, volume e entoação da voz, fluência, o tempo de verbalização e o conteúdo do discurso.

Os objetivos do ensaio comportamental realizado com os doentes consiste em ensinar a modificar as respostas não adaptativas substituindo-as por respostas novas, o que permite o desenvolvimento de novos comportamentos para encontrar formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real. Recorrendo à simulação de cenas reais relativamente a um problema recente ou que possa verificar-se num futuro próximo, tendo a vantagem de permitir a observação direta do comportamento, o que melhora os níveis de segurança e confiança da pessoa na intervenção.

Preferencialmente opto por o ensaio comportamental limitar-se a uma situação e a um problema; não prolongar a representação de papéis mais do que um a três minutos; as respostas serem tão breves quanto possíveis; e recordar o doente qual é a melhor resposta para ele em cada situação (Loureiro, 2013). No ensaio comportamental peço ao doente, que descreva brevemente a situação e através das perguntas: O quê? Quem? Como e onde? É possível demarcar a cena e determinar de que forma é que o doente quer atuar. No momento em que este começa a representar é minha responsabilidade assegurar que representa o papel e que tende a seguir os passos comportamentais enquanto atua. Por vezes, inverte os papéis ao longo do ensaio, para que o doente se coloque no papel da pessoa a quem se dirige o comportamento na vida real, de modo a que possa ser empático com as reações que a outra pessoa poderia ter diante do seu próprio comportamento.

Na modelação a aprendizagem é feita através da observação do meu desempenho. Esta técnica apresenta a vantagem de ilustrar os componentes não-verbais e paralinguísticos de um determinado comportamento interpessoal, evidenciando ser mais apropriada quando uma pessoa demonstra um comportamento inadequado e é mais fácil mostrar o correto do que explicá-lo, como por exemplo quando um doente não

responde em absoluto ou parece não saber como começar (característico dos doentes com depressão).

O reforço positivo está presente ao longo de todas as sessões do treino assertivo, recompensando aproximações sucessivas, como forma de aumentar determinados comportamentos do doente. O autorreforço é estimulado para ser utilizado como uma forma de auto-compensação e o doente é incentivado a realizá-lo por auto-verbalizações positivas (Loureiro, 2013).

O treino individual desenvolvido pelos doentes é uma componente essencial do treino assertivo. Entre estas tarefas que lhes atribui pode-se destacar: o seu registo do nível de ansiedade em determinadas situações, registo de situações em que tem atuado de forma assertiva, outras nas quais gostaria de ter tido esse tipo de comportamento. O treino individual representa um veículo através do qual as habilidades aprendidas na sessão de treino são praticadas no ambiente real, proporcionando à pessoa generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões e permite a prática dos novos padrões de comportamento em privado, sem limitações de tempo ou espaço, resultando num maior autocontrolo.

É neste enquadramento conceptual e clínico que se inserem as intervenções ao nível do treino assertivo enquanto forma de obter competências comunicacionais ao nível da receção da mensagem, da sua compreensão e da resposta emitida. Nas capacidades de envio da mensagem, muitos doentes exibem um pobre comportamento interpessoal precisamente porque o seu foco de atenção se encontra voltado para o seu interior e apenas e seletivamente direccionado para o outro. Nas perturbações do humor depressivas, as pessoas apresentam o humor deprimido indicado por relato subjetivo (ou por observação) (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997), o que origina mal-estar pessoal, autoavaliação negativa, agressividade verbal e menos conteúdo com vista à resolução de problemas. Podemos ainda observar alterações ao nível do envio da mensagem através do comportamento não-verbal e paralinguístico conforme demonstra a Tabela 1.

	Humor Depressivo
Comportamento não-verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Menor expressividade facial e corporal • Menor contacto visual
Comportamento paralinguístico	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxo verbal lento • Pausas prolongadas • Demora na emissão da resposta no diálogo

Tabela 1 – Comportamento não-verbal e paralinguístico em doentes com depressão (Baseado Melo-Dias, Rosa & Pinto, 2014)

Os doentes muitas vezes não têm consciência do que deviam reclamar para si na sociedade ou nas suas relações interpessoais, isto demonstra comportamentos mal adaptados. O treino assertivo envolve a prática de novas habilidades e foca no desenvolvimento de novas atitudes para o próprio doente (Lin et al, 2008), diminuindo a ansiedade e melhorado as relações sociais.

As entrevistas realizadas, o RPD e a observação dos casos que ocorrem na vida real, são ferramentas utilizadas na determinação de problemas de inabilidade social (Thomas, 1982).

2.2.2 – Entrevistas de Informação e Ensino

A entrevista de informação e ensino deve ser planeada para que o enfermeiro saiba quais os assuntos a abordar e como é que o pode fazer. Para realizar este tipo de entrevista são necessárias algumas qualidades formativas como ser claro e preciso, evitar linguagem excessivamente técnica, recorrer a frases curtas e simples e fazer repetições intencionais para favorecer a compreensão e a memorização (Phaneuf, 2005).

As abordagens educativas que realizei a respeito da depressão (ANEXO XI) tanto para o doente como para a sua família, com informações sobre sintomas, períodos de crise, etiologia, desenvolvimento e prognóstico, fatores de *stress* indutores, sobre as drogas utilizadas (ex.: efeitos secundários), sobre aspetos nutricionais, exercícios físicos, impacto social, etc., estimulando o doente a ficar informado sobre sua doença e sobretudo a identificar os sinais precoces do início de um novo episódio depressivo. Neste sentido o preenchimento, pelo doente, de gráficos sobre o humor auxilia muito no reconhecimento precoce de novas crises, assim como permite uma visão muito mais abrangente da doença: uma visão do humor e das suas manifestações (Shansis & Cordioli, 2005).

Assim, a psicoeducação constitui-se como uma terapia fundamental no tratamento do doente com depressão, no sentido de promover a sua adesão ao tratamento, e procurei alcançar este objetivo através das seguintes mensagens (Saraiva & Cerejeira, 2014): Os antidepressivos não provocam dependência; insistir sobre a necessidade diária da toma da medicação; informar sobre a necessidade de 2 a 3 semanas de espera antes do efeito terapêutico pleno do antidepressivo; informar sobre os possíveis efeitos secundários presentes com a toma da terapêutica, e que estes com o tempo vão tornando-se menos intensos; e informar sobre a natureza da doença.

Revelou-se importante durante a realização da entrevista de informação e ensino estar atento ao um conjunto de sinais que o doente fornece de forma a evitar o insucesso desta ação. Estando desperto é possível adaptar-me às incapacidades do doente sejam estas auditivas, visuais, motoras ou intelectuais. Por outro lado, é necessário estar alerta para sinais de alarme de fadiga, dor, mal-estar e levar isso em consideração na exposição, para evitar que o doente não dê a atenção necessária, sendo por vezes, melhor retomar a psicoeducação noutra altura. É necessário apresentar sempre uma postura motivadora, calorosa e não exigir demasiado ao doente para não lhe causar dano na sua autoestima ou expolo a um grande *stress* (Phaneuf, 2005).

No final é importante realizar a avaliação daquilo que a pessoa compreendeu da exposição realizada, no sentido de verificar se as dúvidas ou défices de conhecimentos foram ultrapassados (ANEXO X), perguntando ao doente sobre o seu agrado e a pertinência que atribui à psicoeducação (Phaneuf, 2005).

Em enfermagem de psiquiatria para além dos ensinios realizados sobre a patologia e a gestão terapêutica, para que o doente identifique a sintomatologia presente e qual a utilidade do tratamento farmacológico proposto, um dos ensinios mais frequentes é o de técnicas de relaxamento, uma vez que, estas são de uma utilidade assinalável para o controle da ansiedade.

No ensino sobre a ansiedade foi explicado ao doente quais os sintomas no período de crise, a etiologia e o benefício do exercício físico, informando o doente sobre sua doença para que seja capaz de identificar os sinais precoces do início de um novo episódio de ansioso (ANEXO XII). Por outro lado, a necessidade de mudança para comportamentos sociais mais adequados que propiciem relações interpessoais saudáveis e que permitem a constituição de redes de apoio social, são mecanismo de proteção à

saúde mental que podem demonstrar uma importância considerável, neste contexto surge o treino assertivo (ANEXO VIII e ANEXO IX).

Posteriormente irei identificar quais as necessidades e os cuidados necessários para esta população, definindo os juízos diagnósticos segundo a CIPE versão 2, as intervenções terapêuticas planeadas para cada um desses juízos diagnósticos, e definir os resultados esperados validando no final os resultados obtidos através da minha análise com o resultados do autorrelato do doente resultante do preenchimento do IDB.

2.3 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

O diagnóstico de enfermagem é o resultado de um processo de identificação dos problemas reais ou potenciais no estado de saúde do doente mental, a serem assistidos através das funções de enfermagem (Iyer et al cit. Beteghelli, Toledo, Crespschi & Duran, 2005). Com o acesso à informação obtida na entrevista de avaliação diagnóstica e posterior compreensão, o enfermeiro pode identificar os problemas potenciais do doente e planear as intervenções terapêuticas adequadas para interceder sobre eles, bem como os resultados que espera dessas intervenções tendo em consideração a individualidade do doente.

Baseado em Passos, Sequeira & Fernandes (2012) os juízos diagnóstico de enfermagem mais reiterados em doentes com depressão são: agitação atual, ansiedade atual, apoio social comprometido, autocuidado comprometido, autoestima diminuída, cognição comprometida, comportamento alimentar comprometido, comportamento assertivo comprometido, conhecimento sobre a saúde diminuído, conhecimento sobre o regime medicamentoso diminuído, *coping* comprometido, desesperança atual, força de vontade diminuída, hipoatividade atual, insónia atual, isolamento social atual, tristeza atual e vontade de viver diminuída. Estes juízos diagnóstico resultam do modo como a sintomatologia depressiva, os fatores protetores e os fatores de risco presentes para a saúde mental afetam o doente e da sua capacidade intrínseca para reagir ao momento de crise. Assim, cabe ao enfermeiro realizar uma análise cuidada da problemática de vida da pessoa que padece de depressão, tendo em conta a sua individualidade e descortinar

quais os problemas reais que a atingem e quais os mecanismos individuais que necessitam de ser potenciados para ultrapassar as dificuldades vividas e melhorar a sua saúde.

O planeamento das intervenções de enfermagem realizado consiste na tomada de decisões, no sentido de estabelecer estratégias específicas para a promoção, manutenção ou restauração da saúde do doente com depressão (Iyer et al cit. Beteghelli, Toledo, Crespschi & Duran, 2005). Assim, na etapa do planeamento, parte-se dos juízos diagnósticos e do estabelecimento de prioridades de acordo com as necessidades básicas do doente com depressão, projetando resultados, tidos como metas ou objetivos comportamentais a serem atingidos pelo doente, direcionando as propostas e cuidados possíveis, que servirão como ferramentas para a etapa da avaliação do doente e de todo o processo de enfermagem. Neste contexto, é possível verificar se a reação humana delineada no enunciado diagnóstico de enfermagem necessita de ser modificada, corrigida ou evitada, através dos resultados que vão sendo alcançados e, consequentemente permitirão a avaliação global das intervenções planeadas (Beteghelli, Toledo, Crespschi & Duran, 2005).

O recurso à *Nursing Intervention Classification* (NIC) para o planeamento dos cuidados de enfermagem, deve-se ao facto de este manual de classificação agrupar as intervenções e atividades de enfermagem, facilitando a tomada de decisão do enfermeiro (Seganfredo & Almeida, 2011).

O termo avaliação da efetividade dos cuidados consiste na descrição das decisões que o enfermeiro toma para a concretização dos resultados pelo doente com depressão. Sendo assim, o enfermeiro determina se o plano de cuidados é apropriado, realista, atual, ou se necessita de reformulação (Beteghelli, Toledo, Crespschi & Duran, 2005). Em relação aos resultados esperados para o doente após a ação do enfermeiro, a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) descreve o estado, os comportamentos, as reações e os sentimentos do doente, em relação aos cuidados prestados (Seganfredo & Almeida, 2011). O que permite a utilização destes indicadores para avaliar a evolução do doente ao longo do internamento no DPSM. Por outro lado, dado o curto período de internamento que os doentes usufruem, os resultados esperados descritos na NOC podem ser considerados excessivamente ambiciosos pelo que opto por descrever para

além do resultado final que o doente atingiu, o seu processo de evolução até chegar a esse mesmo resultado.

O diagnóstico de uma doença mental como a depressão não é obtido diretamente da observação do diagnóstico médico que justifica o motivo clínico para o internamento do doente. Este juízo diagnóstico carece da observação e análise de um conjunto de sintomas que permitam a sua identificação. Na CIPE (2011) a depressão é definida como uma:

“Emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia”(p.48)

Assim, quando o doente é internado no SI do DPSM com o diagnóstico clínico de depressão é necessário ao enfermeiro validar com recurso à sua análise e juntamente com os elementos da equipa esse mesmo diagnóstico, através da presença de sintomas como a tristeza, melancolia, perda de apetite e a insónia.

A elaboração do diagnóstico de depressão e a mensuração da gravidade dos sintomas da doença são tarefas diferentes. Na primeira circunstância, o enfermeiro tem como principal objetivo determinar a presença ou a ausência, num determinado doente, de um conjunto de características clínicas, que é considerado descritivo daquela condição. Para atingir o conhecimento do outro que possibilita a definição de um diagnóstico de enfermagem, recorre-se à entrevista diagnóstica. Na segunda situação, o desígnio é avaliar quantitativamente a gravidade da sintomatologia de um doente a quem já foi diagnosticada a depressão (Calil & Pires, 1998). A avaliação dos sintomas é na realidade de extrema importância para o acompanhamento e evolução da resposta do doente às intervenções terapêuticas. Assim, o IDB ajuda na avaliação dos sintomas, além de auxiliar no acompanhamento e na consciência do resultado do tratamento.

O IDB é uma escala de autoavaliação e obtém apreciação pela comunidade científica, uma vez que, apresenta algumas vantagens na aplicação a doentes com transtornos do humor, pois estes estão numa posição única para fornecer informações acerca dos seus sentimentos e humor (Murphy et al cit. Calil & Pires, 1998). Contudo, estas escalas também apresentam desvantagens óbvias como a sua confiabilidade difícil de analisar e a sua utilização implica que os doentes possuam um certo grau de educação e que estes cooperem.

O IDB é presumivelmente a medida de autoavaliação de depressão mais usada tanto em pesquisa como em clínica (Dunn et al cit. Gorestein & Andrade, 1998), a escala é constituída por 21 itens que permitem diferentes alternativas de respostas correspondendo a níveis crescentes de gravidade da sintomatologia depressiva, com uma pontuação de zero a três. A soma das pontuações dos itens individuais fornece uma pontuação total, que constitui uma medida da intensidade dos sintomas depressivos. Esta pode, então, ser classificada como mínima, leve, moderada ou grave (Beck & Steer; cit. Finger, 2008). Existem várias propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o IDB (Gorestein, C. & Andrade, 1998). Na validação da versão portuguesa do IDB recomenda-se os seguintes pontos de corte (Gomes-Oliveira, Gorestein, Neto, Andrade & Wang, 2012; Oliveira-Brochado & Oliveira-Brochado, 2008): 0 a 13 – sem depressão ou depressão mínima; 14 a 19 – depressão ligeira; 20 a 28 – depressão moderada; e 29 a 63 – depressão grave ou severa.

Assim, o IDB é constituído por 21 itens (ANEXO III), incluindo componentes afetivos, comportamentais e somáticos da depressão, cuja intensidade varia de 0 a 3 (Giavoni, Melo, Parente & Dantas, 2008).

O estudo levado a cabo por Paranhos, Argimon & Werlang (2010), demonstra que o IDB é um bom instrumento para avaliar a intensidade da sintomatologia da depressão em doentes sob a sua perspetiva, pelo que pode ser um instrumento útil para os profissionais de saúde no acompanhamento de doentes com depressão.

No ponto 3 irei demonstrar de que modo é que as perturbações do humor influenciam a qualidade de vida da pessoa e como é que estas perturbações são indicadores do quadro clínico de depressão.

3 – CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM PERTURBAÇÃO DO HUMOR

O humor é um estado emocional prolongado, que influencia a personalidade da pessoa e o seu normal funcionamento ao longo da vida, envolvendo a emoção dominante e abrangente sendo sinónimo do estado emocional da pessoa. Como outros aspetos da personalidade, as emoções influenciam a comunicação social, a excitação fisiológica, a consciência subjetiva e a defesa psicodinâmica (Stuart & Laraia, 2001).

Os seres humanos experimentam permanentemente as emoções de alegria e tristeza ao longo do seu processo de vida. Estas mudanças conduzem a períodos de crise, caracterizados por uma ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental do indivíduo, podendo levar aos transtornos do humor. Os indivíduos que sofrem de transtornos depressivos experienciam uma profunda tristeza sem relação aparente com os estímulos externos momentâneos e por longos períodos de tempo, abrangendo toda a sua personalidade (Taylor, 1992). As flutuações no humor são uma componente natural da personalidade humana, uma vez que, refletem a interação do indivíduo com o mundo. Segundo Pio Abreu (2011):

“O humor infiltra assim todo o psiquismo humano e a vivência do perimundo. A sua patologia parece corresponder a uma deformação do espaço e do tempo e, como tal, da própria existência” (p.115).

As perturbações do humor podem ser características de pessoas que sentem alterações extremas das emoções e do afeto. Os transtornos do humor são muitas vezes designados por transtornos do afeto contudo, o transtorno incide sobre o humor, ou seja, sobre o seu estado emocional interno mais constante, e não sobre o afeto, que é a forma que a pessoa expressa o seu conteúdo emocional atual, logo mais instável sob o efeito do tempo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Os transtornos do humor depressivos interferem profundamente na qualidade de vida da pessoa e da sua família. Nos casos de perturbações mais graves pode mesmo ocorrer um aumento do risco de morte através do suicídio, característico de pessoas que vivem períodos de tristeza intensa (Taylor, 1992).

Os transtornos do humor são indicadores do quadro clínico da depressão. Esta patologia mental é um dos problemas mais graves de saúde pública com que se debatem os países industrializados, tornando-se inevitável reconhecer o verdadeiro peso desta patologia mental, para o indivíduo e para a comunidade, tanto em termos absolutos

como em comparação com outras patologias. A Organização Mundial de Saúde (cit. Bahls & Bahls, 2002; ¹Bahls, 2002) defende que nas próximas duas décadas ocorrerá uma mudança nas necessidades da população, devido ao facto de doenças como a depressão estarem a substituir outros problemas de saúde, tais como as patologias infecciosas e consequências da má nutrição.

É importante para o enfermeiro reconhecer durante o processo de avaliação diagnóstica os dados sócio biográficos (ex. género; a socialização feminina implica comportamentos menos assertivos e mais passivos), os sintomas da doença e os fatores de risco presentes, pois estes vão ter influência na saúde mental e na reabilitação do doente, para que posteriormente possa, planear intervenções individualizadas que atuem sobre os reais problemas da pessoa.

No subponto 3.1 serão apresentados estudos epidemiológicos sobre a depressão realizados em Portugal e na Europa, com o objetivo de demonstrar o crescente impacto económico e social que esta patologia apresenta na nossa sociedade. Por outro lado, serão demonstrados os resultados de programas de intervenção terapêutica, com base no treino de habilidades sociais, na promoção do exercício e na qualidade de vida dos doentes que sofrem com os transtornos depressivos.

3.1 – ESTUDOS SOBRE OS DOENTES COM DEPRESSÃO E OS RESULTADOS DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Os estudos epidemiológicos realizados em Portugal são poucos e dificultam o estabelecimento com fidedignidade da prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva. Contudo, existem alguns estudos que permitem tomar conhecimento de que modo é que esta patologia se manifesta na sociedade portuguesa (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005; Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011; ¹Almeida et al, 2010). Em Portugal, as doenças mentais mais relevantes são as perturbações de ansiedade que representam 16,5%, seguidas das perturbações depressivas com 7,9% do universo em estudo (¹Almeida et al, 2010).

Segundo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde (<http://www.portaldasaude.pt/portal>), estima-se que a patologia depressiva esteja associada à perda de 850 mil vidas por ano, e a mais de 1200 mortes em Portugal. Ainda em Portugal, ao nível dos cuidados de saúde primários e no âmbito do projeto dos Médicos-Sentinela, foram estabelecidas estimativas de incidência anual de transtorno depressivo no triénio 1995-1997 oscilando entre 499.2 a 529.2 por 100.000 habitantes, ou seja, 0.49% a 0.53% da população. Estes valores são presumivelmente mais baixos do que a realidade, uma vez que, um novo caso por cada 200 indivíduos por ano corresponde à incidência mínima em estudos populacionais. A causa desta subavaliação está relacionada com o facto de a aferição do diagnóstico de depressão ter sido realizada pelos médicos de família, que tendem a não reconhecer metade ou mais dos casos (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). De qualquer modo, ainda que fosse um valor correto, as taxas de incidência não capturariam a verdadeira extensão do problema ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo necessário recorrer a taxas de prevalência. Um estudo de base populacional Europeu, incluindo Portugal, estabeleceu uma prevalência de 2,4% a 4% para a depressão major, definida segundo o DSM-IV (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005).

Um estudo descritivo correlacional realizado nos cuidados de saúde primários a 343 utentes, com o objetivo de descrever os níveis de depressão, ansiedade e *stress*, revelou que 40,52%, 43,48% e 45,06% dos indivíduos apresentavam, respetivamente, algum grau de depressão, ansiedade ou *stress*. Sendo que em 12,24% da população que constituía a amostra identificou-se níveis graves de depressão. A forte associação entre depressão, ansiedade e *stress* é também evidenciada neste trabalho de investigação. Os autores discutem e comparam os seus resultados, apresentando argumentos que sustentam a crença de que a depressão, a ansiedade e o *stress* podem ser pontos diferentes do mesmo *continuum* (Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011).

Numa observação universal, independentemente do país ou da cultura, a prevalência da depressão duplica no caso do género feminino em comparação com o masculino. A idade média para o início do transtorno depressivo major é aos 40 anos, sendo que em 50% dos doentes diagnosticados tem início entre os 20 e os 50 anos (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Já o Estudo da Área de Captação Epidemiológica do

Instituto Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos, refere que a idade média para o começo da depressão é por volta dos 27 anos (Lima, 1999).

Uma pesquisa em Lundby (Suécia) demonstrou uma incidência anual da depressão de 0,43% no gênero masculino e 0,76% no gênero feminino. Até aos 70 anos, a probabilidade acumulativa de um primeiro episódio de depressão foi de 27% para os homens e 45% para as mulheres, taxas que colocam a depressão como um importante problema de saúde pública neste país, isto é, uma em cada três pessoas experimentou pelo menos uma vez qualquer tipo de episódio depressivo ao longo da sua vida (Lima, 1999).

A depressão ocorre mais frequentemente em pessoas que não têm relações interpessoais íntimas ou que estão divorciadas/separadas, estas considerações são explicadas pela falta de uma rede de apoio social que constitui um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Os estudos demonstram que a qualidade de vida em indivíduos deprimidos é influenciada pelo afeto, pelos sintomas físicos e pela satisfação na realização de atividades diárias, estas influências podem modificar-se ao longo do dia, refletindo os estados internos induzidos pelos contextos ambientais (McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002). Os doentes com depressão apresentam problemas complexos ao nível da funcionalidade, seja física ou psicológica, para a execução das tarefas no seu dia-a-dia. A literatura refere que 23% dos doentes relatam que o seu estado de saúde forçava-os a permanecer na cama a maior parte do dia, pelo menos durante duas semanas, em comparação com 5% da população em geral (Sturm & Wells cit. McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002).

O transtorno depressivo afeta todas as dimensões da qualidade de vida, mesmo quando comparado com outras variáveis como a idade. As pessoas com depressão apresentam níveis maiores de pressão em atividades domésticas, assim como irritabilidade social, limitações no funcionamento ocupacional, pior *status* de saúde e mais dias perdidos de trabalho do que pessoas sem sintomatologia depressiva. Estes dados são replicados pelo *National Comorbidity Survey* que demonstrou que indivíduos com transtornos de humor possuem menor escolaridade, têm um número maior de gestações na adolescência e divorciam-se mais. Existem evidências empíricas de que a qualidade de vida dos sujeitos deprimidos não está somente associada à presença de sintomas depressivos, mas também, provavelmente, a variáveis psicológicas como

autoestima, *coping* em relação ao humor depressivo, subtipos de depressão, dimensões de personalidade e suporte social, o que sugere que depressão e qualidade de vida são conceitos correlacionados, mas distintos (Lima & Fleck, 2009).

O impacto económico da depressão em Portugal foi avaliado num estudo, em 1992, que determinou o custo anual total de cerca de 1200 milhões de euros (a preços de 1992) e em que 80% correspondia a perda de produtividade (incapacidade temporária), 3% a suicídio e 17% imputáveis a custos diretos em cuidados de saúde. Observa-se que os custos indiretos são proporcionalmente superiores aos verificados em outros países. Os antidepressivos ocupam o primeiro lugar na venda de psicofármacos, com cerca de 67,5 milhões de euros em 1999 e 79 milhões de euros em 2000, representando um encargo para o SNS, respetivamente de 32 e 41,5 milhões de euros (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). Analisados os custos que esta patologia representa para a própria pessoa e para a sociedade torna-se fundamental, ainda mais no contexto de internamento, o enfermeiro desenvolver um plano de reabilitação que vise a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa com depressão no sentido de a reintegrar de forma competente na família e na sociedade. A reabilitação psicossocial de pessoas com depressão é segundo a Organização Mundial de Saúde (2002):

“um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”.

Na área das perturbações psicopatológicas as competências de relacionamento interpessoal representam uma função essencial, uma vez que, contribuem de forma significativa para adesão do doente e muitas vezes atuam por si só como ferramenta terapêutica. Assim, o objetivo da reabilitação passa por capacitar a pessoa com depressão a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível, sendo necessário introduzir abordagens mais específicas e complementares do que no tratamento habitual. Compensando as incapacidades através da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais, e também através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 refere que os programas de reabilitação desenvolvidos foram um dos aspetos positivos e de rutura com a situação instável vivida anteriormente e que permitiu a evolução dos cuidados em saúde mental. Contudo, a falta de planeamento e de apoio consistente para a melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal não tenha tido a mesma evolução favorável em relação a outros países europeus.

O tratamento do doente com depressão tem como pedra basilar o tratamento farmacológico porém, este não é mais do que um dos instrumentos de reabilitação social, com o objetivo de minimizar as diferenças comportamentais do ponto de vista social através do recurso à química. Todavia, o tratamento em saúde mental emerge de uma prática multidisciplinar (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016), o cuidar em saúde mental após as reformas jurídicas e planos de ação implementados passou a ser conotado como uma ação social, voltada a possibilitar a melhor inserção social possível. O cuidar deve procurar a compreensão e a oposição contra condições e ideologias de vida por si mesmo depressivas, reconhecendo que a sociedade poderia considerar essas condutas como desajustadas. Assim, o cuidar deve incidir sobre o sofrimento inerente às normas e valores sociais excludentes e focar-se na integralidade da condição de vida da pessoa, e não, como é o caso da exclusiva medicação, no sintoma de desajuste mental (Felicio & Pessini, 2009).

Em contexto de internamento torna-se importante iniciar e desenvolver programas que promovam e facilitem a integração familiar, social e laboral. O doente deve trabalhar especificamente as questões ligadas ao seu conflito e à sua patologia através de atividades singulares de recuperação e reabilitação das suas capacidades, visando a adequação comportamental. Para atingir um bom funcionamento social no sentido de criar uma rede de apoio, é preciso que a pessoa apresente um reportório elaborado de habilidades sociais e competência social. Isto porque, as habilidades sociais ampliam as oportunidades de se obter reforços positivos do meio ambiente e portanto, podem ajudar a pessoa a resolver problemas quotidianos e a sentir-se socialmente aceite. Pressupõe-se que sentir-se socialmente aceite é importante, pois pode contribuir para que haja uma adaptação ao mundo social e cultural. A literatura sobre saúde mental descreve que as pessoas com transtornos depressivos frequentemente sentem-se sozinhas (isolamento e retraimento social). Um doente com

diminuição da sua habilidade comunicacional ou que apresente comportamentos passivos/agressivos, beneficiará, por exemplo, com um programa de treino assertivo, trabalhando metas a médio prazo, a tolerar o erro e aprender a recomeçar, estimulando e treinando assim a sua socialização em grupo (Pacheco et al, 2003).

Os estudos realizados por Clarke, DeBar & Lewinsohn; Mufson & Dorta; Weersing & Brent (cit. Campos, 2010) sobre as habilidades sociais em doentes com depressão, permitiram detetar *deficits* de algumas classes de habilidades sociais no reportório comportamental. Essas classes deficitárias foram: a resolução de problemas (habilidades de enfrentamento nas relações sociais e familiares), assertividade, comunicação, habilidades de abordagem afetiva. Com o planeamento de intervenções para atuar sobre as áreas identificadas obtiveram-se resultados promissores como uma diminuição da sintomatologia depressiva e o desenvolvimento das habilidades sociais

Estudos com o foco nos programas de prevenção ao consumo de substâncias, baseados no treino de habilidades sociais de recusa e de resistência às drogas são implementados ao nível dos programas escolares devido aos seus resultados positivos (Wagner & Oliveira, 2007). Um programa de prevenção ao consumo de drogas, aplicado a 3.621 estudantes de grupos minoritários em Nova Iorque, foi descrito por Botvin, Griffin, Diaz & Ifill-Williams (2001). Foi treinado o desenvolvimento de habilidades de recusa às drogas, normas antidrogas, habilidades pessoais de autodesenvolvimento e habilidades sociais gerais. O programa tinha o objetivo de capacitar os jovens com habilidades e conhecimentos para conseguir resistir à oferta de drogas, diminuir a motivação para o consumo e a sua vulnerabilidade para as influências sociais. Os resultados indicaram que os 2.144 adolescentes do grupo experimental que receberam o programa relataram diminuição do uso de substâncias psicoativas, em relação aos 1.477 sujeitos do grupo controle que não receberam o programa, permitindo concluir que os programas de desenvolvimento de habilidades sociais podem ser eficazes na prevenção ao uso de substâncias e consequentemente na proteção da saúde mental.

O treino de habilidades sociais baseia-se na ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde (Ramos, 2002). Por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral (Katz & Rubin, 2000), além do agravamento da sintomatologia da

depressão (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social. No entanto, ressalta que a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade, uma pessoa que tem uma conduta interpessoal efetiva é capaz de desenvolver redes sociais de apoio, que operam como um dos fatores mais relevantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental.

Deste modo, importa com o treino de habilidades sociais fornecer ao doente os instrumentos necessários para aprofundar a efetividade das suas relações ajudando a autoconhecer-se, isto é, a compreender de que forma é que as emoções vivenciadas prejudicam as suas relações retirando-lhe a capacidade de acreditar que é querido, amado e estimado, fazendo parte de uma rede social com compromissos mútuos. O treino de habilidades sociais permite compensar a inibição comportamental criada pelo agravamento da sintomatologia depressiva como também, possibilita equilibrar o défice de habilidades sociais previamente existente. Para atingir um bom funcionamento social no sentido de criar uma rede de apoio, é preciso que a pessoa apresente um reportório elaborado de habilidades sociais e competência social. As habilidades sociais ampliam as oportunidades de se obter reforços positivos do meio ambiente e portanto, podem ajudar a pessoa a resolver problemas quotidianos e a sentir-se socialmente aceite.

Para interagir satisfatoriamente, em diferentes contextos, é necessário que os doentes adquiram um reportório de habilidades sociais essenciais, tais como: autocontrole (perante uma crítica, conversar de maneira calma); empatia (elogiar, perceber os sentimentos dos outros, negociar soluções, guardar segredo, oferecer ajuda); civilidade (despedir-se das pessoas, agradecer cortesias, elogiar quando alguém faz algo de bom); assertividade (interromper conversas com estranhos, recusar pedidos abusivos, recusar ficar com pessoas que lhe desagradam); agilidade social (pedir informações diante de uma tarefa, conversar com pessoas de autoridade, explicar tarefas); abordagem afetiva (apresentar-se a estranhos, dizer o que desgosta em relação aos afetos, demonstrar interesse em ficar com alguém, convidar pessoas) (Del Prette & Del Prette, 1999).

Por último, importa referir que o exercício físico pode ser um fator protetor da saúde mental pelo que o incentivo contínuo à sua prática através da participação no

passeio terapêutico é uma intervenção terapêutica relevante. O facto do exercício físico promover um sono adequado funciona por si só como um fator protetor para a saúde mental. A eficácia do exercício físico para a promoção de um sono eficiente foi demonstrada e aceite pela *American Sleep Disorders Association* como uma intervenção não-farmacológica para a melhoria dos padrões de sono (Mello, Boscolo, Esteves & Tufik, 2005).

A eficácia do exercício físico associado a sintomas depressivos também tem sido relatada em relação a estados depressivos causados por outras doenças. Coyle & Santiago (cit. Mello, Boscolo, Esteves & Tufik, 2005) realizaram um estudo em que o principal objetivo era o de avaliar o efeito do exercício na aptidão e na saúde psicológica de pessoas com deficiência. Os resultados demonstraram que o exercício aeróbio melhora a aptidão e diminui os sintomas depressivos nesta amostra.

Um estudo realizado por Silva, Silva, Silva, Souza & Tomazi (2010), com 638 estudantes onde, os autores procuram relacionar a prática de atividade física com a qualidade de vida, ou seja, com o domínio físico (dor, energia/fadiga, sono/repouso) e com o domínio psicológico (sentimentos positivos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, autoimagem, sentimentos negativos, domínio de relações sociais). São encontradas associações que permitem concluir que melhorias nas componentes do domínio físico e psicológico, quando se comparam com estudantes que não praticam exercício físico. Apesar de não apontar uma variação significativa no cruzamento entre padrão de atividade física e o domínio relações sociais, as maiores médias estão em pessoas ativas, e a menor, em pessoas inativas.

Diante dos estudos descritos anteriormente, verifica-se que o exercício físico sistematizado pode acarretar diversos benefícios tanto na esfera física quanto mental do ser humano, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

No próximo ponto irei caracterizar os doentes que fazem parte do processo de desenvolvimento de competências, no que diz respeito aos seus dados sócio biográficos, à sintomatologia da depressão, aos fatores de risco presentes e aos fatores culturais e familiares que contribuíram para o cenário atual.

3.2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO DE DOENTES PARTICIPANTE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os autores referem que a depressão afeta em particular as mulheres (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Taylor, 1992; Stuart & Laraia, 2001), como se verifica após a análise dos dados dos doentes que participaram no processo de desenvolvimento de competências, em que num total de 6 doentes o sexo feminino representa-os a todos, tem início em pessoas cada vez mais jovens verificando-se uma idade média de 43 anos contudo, em 4 destes casos este episódio não representou o início da sintomatologia depressiva.

Esta patologia mental resulta frequentemente em suicídio e confirma-se que a tentativa de suicídio foi realizada por 5 doentes e a ideação suicida encontra-se presente nos 6 casos clínicos.

Por outro lado, observa-se que a patologia depressiva determina estilos de vida pouco saudáveis e ocorre frequentemente em comorbilidade com outras doenças, agravando o estado de saúde e o prognóstico, aumentando a mortalidade (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). Os casos clínicos das doentes R.C. (APD – HTA, dislipidémia, osteoporose), C.C. (APD – dislipidémia, hérnia discal lombar), J.M. (APD – infeções urinárias de repetição) e F.C. (APD – diabetes mellitus tipo II) comprovam esta pesquisa do autor. Através da análise deste grupo considero que a ocorrência deste fenómeno deve-se à baixa literacia em saúde e à vivência da sintomatologia depressiva como falta de interesse, diminuição da volição, diminuição da energia vital que determina estilos de vida pouco adequados e a não procura de ajuda especializada.

As pessoas com o diagnóstico de depressão padecem de um humor deprimido, que é o sintoma mais característico representado em 90% dos doentes segundo Saraiva & Cerejeira (2014), nesta análise está presente nos 6 casos clínicos, e perda de interesse ou prazer em todas as atividades que eram anteriormente agradáveis, presente em 5 casos clínicos, seja em maior ou menor intensidade. O doente descreve a sua pessoa frequentemente como “triste”, “vazio”, “sem esperança”, “em baixo” (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A sintomatologia que se associa ao quadro clínico de depressão é: perda do apetite presente em 5 casos; perturbação do sono evidente em 6 casos; agitação presente em 3 casos ou lentidão psicomotora observada em 2 casos; diminuição da energia observada em 6 casos; sentimentos de desvalorização presente em 3 casos e sentimentos de culpa verificados em 4 casos; dificuldades de concentração presente em 6 casos e perda da função sexual manifestada por 5 doentes (Taylor, 1992; Zimmermann, Carvalho & Mari, 2004; Saraiva & Cerejeira, 2014). Outras particularidades próprias desta patologia são o dano no desempenho laboral (Lépine et al cit. Tucci, Kerr-Corrêa & Dalben, 2001) presente em 5 casos, social e familiar observada em 6 casos; a baixa autoestima presente em 4 casos; problemas de comportamento presente num dos casos e o isolamento social que se observa em 6 casos, representando o total da população que participou no processo de desenvolvimento de competências (Garcia, Pillon & Santos, 2011; Morihisa, Barroso & Scivoletto, 2007; Bahls & Bahls, 2002; 'Bahls, 2002).

A depressão afeta o normal funcionamento da pessoa, levando-a a um estado de desesperança que está presente em 3 dos casos clínicos, que a impede de lutar (Laufer, 2000). A desesperança é o grau em que o indivíduo é pessimista em relação ao seu futuro (Anjos, 2010), ou seja, um indivíduo que não tem esperança acredita que nada lhe irá correr bem, que nunca terá sucesso em nada daquilo que possa fazer, que não conseguirá alcançar os seus objetivos e que o seu problema mais importante nunca será solucionado (Costa, 2012).

Os múltiplos fatores etiológicos da depressão resultam da combinação de fatores ambientais, individuais relacionados com a personalidade e os relacionamentos pessoais, que desencadeiam a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis (Akisal cit. Saraiva & Cerejeira, 2014).

Os fatores de risco são variáveis ambientais ou contextuais que aumentam a probabilidade de uma pessoa apresentar comportamentos negativos e disfuncionais durante a sua vida (Delvan, Becker & Braun, cit. Moreira, 2012). É possível observar, nos casos clínicos trabalhados, um conjunto de fatores de risco que antecedeu o aparecimento da depressão. Assim, Werlang, Borges & Fensterseifer (2005) descrevem que os fatores de risco mais frequentes para o desenvolvimento de doença mental são:

- Os Culturais e Sociodemográficos: desemprego na família ou problemas financeiros presente em 5 casos; transtornos psiquiátricos e suicídio na família presente em 2

casos, família violenta e abusiva evidente em 4 casos, mudanças frequentes de residência presente em 4 casos, pais com autoridade excessiva ou inadequada presente em 3 casos, pouca comunicação dentro da família clara em 5 casos, divórcio presente em 2 casos e/ou em criança (ou adolescência) viver com famílias adotivas ou sem ser com os progenitores biológicos presente em 3 casos clínicos dos 6 analisados;

- Os de Cognição e Personalidade: humor instável presente em 6 casos, alta impulsividade evidente em 5 casos, irritabilidade presente em 4 casos, rigidez de pensamento clara em 1 caso, escassa habilidade para resolver problemas presente em 2 casos, ansiedade excessiva presente em 5 casos, relações ambivalentes com a família ou com amigos evidentes em 5 casos clínicos dos 6 que participaram no processo de desenvolvimento de competências;
- As Perdas, separação de amigos, familiares ou companheiro(a) presente em 5 casos e morte de uma pessoa significativa evidente em 1 caso clínico;
- As Doenças Físicas, dor somática: não foram encontradas em nenhum dos casos clínicos analisados.

Os eventos stressantes da vida da pessoa provocam uma pressão exagerada para a qual não está preparada, o que interfere nos padrões normais de resposta e têm sido associados a uma grande variedade de distúrbios físicos e mentais. Lazarus e Folkman (cit. Townsend, 2002), afirmam que o *stress* surge quando as pessoas percebem que elas não podem lidar adequadamente com as requisições que estão a ser realizadas ou com as ameaças ao seu bem-estar. A capacidade de avaliação cognitiva, é que irá determinar quais os fatores stressantes que possuem capacidade para serem um evento precipitante no desenvolvimento da doença mental. Segundo Koller & De Antoni (cit. Moreira, 2012), o resultado dos eventos stressantes na pessoa passa por diversos níveis de ocorrência, intensidade, frequência, duração e severidade, deste modo o impacto é determinado pelo modo como é entendido esse evento. Pesce (cit. Moreira, 2012) considera que o número total de fatores de risco a que uma pessoa é exposta, o período, o momento de exposição ao risco e o contexto são considerados mais importantes do que uma única exposição grave, o que se verifica em todos os casos clínicos.

O suporte social, incluindo o suporte familiar e os grupos de pares, tem o objetivo de atenuar os efeitos de eventos stressantes do quotidiano. Assim, aqueles que

não têm suporte social ou familiar, estão assim mais predispostos a desenvolver um distúrbio mental quando confrontados com situações que provoquem *stress*. Relativamente ao estado civil verifica-se que 4 das doentes são casadas ou vivem em união de facto e 2 são solteiras. Os sintomas depressivos podem ser influenciados por consequência da insatisfação do indivíduo com o suporte fornecido pelo seu grupo social. Os relacionamentos sociais construtivos com os membros da família e amigos podem propiciar sentimentos de bem-estar na pessoa, o que é preventivo da depressão (Baptista, Baptista & Dias, 2001).

Birtchnell e Windle (cit. Baptista, Baptista & Dias, 2001) referem que relacionamentos pobres na infância e adolescência como é o caso da Sr.^a E.T., J.M. e M.M., contribuem de forma significativa para a aquisição de personalidades vulneráveis, o que propicia a depressão e modelos insatisfatórios de relacionamentos. Quanto mais deprimidos estiverem os doentes, maior é o número de problemas que os mesmos têm e menor é a perceção do suporte familiar. Por outro lado, o estabelecimento de um vínculo seguro da pessoa enquanto criança aos pais, faz com que este percece a qualidade do ambiente familiar e tenha uma perceção positiva sobre si próprio, o que elevará a satisfação com a vida. Estes fatores influenciam a forma como a pessoa experienciará novos acontecimentos, mais fácil e positivamente ou mais ansiosamente (Machado & Fonseca, 2009 cit. Cigarro, 2011).

O comprometimento do bem-estar dos pais debilita o sistema de suporte familiar. A depressão dos pais como no caso da Sr.^a J.M. e M.M., conflitos familiares entre os mesmos, como no caso da Sr.^a M.M., J.M. e E.T., bem como as infelicidades conjugais afetam negativamente a qualidade afetiva dos relacionamentos familiares e, particularmente, o relacionamento entre mãe e filha (Stoneman, Brody e Burke, 1989). Segundo Maia & Williams (2005) a violência intrafamiliar como é exemplo o caso da Sr.^a E.T., J.M. e M.M., quer seja psicológica quer seja física, direcionada para a pessoa é devastadora para o seu desenvolvimento biopsicossocial.

Os fatores individuais que protegem o indivíduo da depressão são: sucesso na vida profissional, envolvimento em atividades lúdicas, competência social, auto-perceção positiva, competência intelectual, relações sociais positivas e suportes sociais adequados (Mericanagaas e Angst cit. Aglio & Hutz, 2004), o que representa os

objetivos que procuro atingir com a aplicação do programa de reabilitação e melhoria da qualidade de vida.

Assim, perante tudo o que foi mencionado no próximo ponto será exposta a apresentação de um dos casos clínicos que constituem este processo de desenvolvimento de competências ao longo do Ensino Clínico, demonstrando como é que a sistematização dos cuidados de enfermagem foi realizada.

3.3 – APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

NOME	M.M.
IDADE	30 Anos
GÉNERO	Feminino
OCUPAÇÃO	Desempregada
ESCOLARIDADE	12º Ano
ESTADO CIVIL	Solteira
INTERNAMENTOS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none"> Internamento na Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental de Idanha-a-Nova por síndrome depressivo Internamento no DPSM há cerca de 2 semanas (no início do mês de Setembro de 2015) por síndrome depressivo com intoxicação voluntária com fármacos
DIAGNÓSTICO ACTUAL	Síndrome Depressivo com intoxicação voluntária com fármacos (Internamento voluntário de 16/09/2015 a 06/10/2015)
APD	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome depressivo Fumadora (15 a 20 cigarros/dia) Consumo de drogas de abuso na adolescência (MDMA, THC)
AFD	Mãe, síndrome depressivo com realização de 3 tentativas de suicídio

Tabela 2 – Dados Sócio biográficos e de saúde relativos à Sr.^a M.M.

Medicamento	Via Administração	Dosagem	Posologia
Escitalopram	Oral	20mg	13h
Alprazolam	Oral	0,5mg	9h-17h
Quetiapina	Oral	100mg	23h
Mirtazapina	Oral	15mg	19h
Venlafaxina	Oral	75mg	19h
Zolpidem	Oral	5mg	SOS (se insónia)

Tabela 3 – Terapêutica prescrita para o internamento no DPSM da Sr.^a M.M.

A Sra. M.M. é solteira, sem filhos. Reside na cidade de Évora, até há 1 mês atrás com uma estudante universitária que abandonou a casa onde viviam após o senhorio ter

informado que queria vender o imóvel. Há cerca de 2 semanas trabalhava numa loja de roupa e tinha um contrato de trabalho com 1 mês de duração, à experiência, que após o internamento anterior no DPSM não foi renovado, estando neste momento desempregada. A doente refere nos últimos meses um humor deprimido, insónia, anedonia, ideação suicida que resultou em duas tentativas de suicídio nas últimas 2 semanas. Refere como origem da sua situação emocional o facto de estar desempregada, não receber qualquer tipo de subsídio e não ter dinheiro para procurar uma nova habitação. Deu entrada no DPSM cerca das 18h00m do dia 16/09/2015 proveniente do SU acompanhada por AO, com o diagnóstico de internamento síndrome depressivo.

A doente verbaliza que a sua relação com a família não é estável desde os seus 16 anos de idade:

“A minha família é completamente disforme. Com o meu pai não tenho contato nenhum desde os 18 anos. A minha mãe (Paula de 46 anos) e o meu padrasto descobriram a minha orientação sexual (homossexual) e são uns ignorantes! Deram-me a escolher, ou deixava-me dessas ideias ou ia para o olho da rua e assim foi”.

Refere ter uma irmã (Patrícia de 23 anos):

“A relação com ela é um bocado melhor! Tem fases! Ela é muito interesseira e é influenciada pelo meu padrasto, por isso também não conto muito com ela”.

Da rede de apoio familiar, destaca a avó que lhe fornece os bens alimentares contudo, refere que esta não a compreende:

“Ela não me percebe, só me sabe dizer que a vida é assim e que tenho de ganhar força e fazer-me ao caminho”.

Da rede de apoio social, refere ainda que tem dois amigos que são o seu suporte emocional:

“Eles dão-me conselhos, tentam-me animar e elevar-me o ego”.

Relata que aos 11 anos de idade foi violada pelo filho do seu padrasto e que nunca tinha partilhado essa informação:

“É um peso de 10 toneladas que me sai de cima, não quero fazer nada mas precisava de contar a alguém. Ele também está emigrado na Suíça não vale de nada mas precisava de falar”.

A Sra. M.M. refere que aos 16 anos de idade quando saiu de casa da família, na fase inicial, viveu em casa de amigos e posteriormente o seu empregador na época

ajudou-a a encontrar uma casa. Menciona que aos 17 anos foi trabalhar para uma empresa de eletrónica e tinha um vencimento razoável contudo, relata que não soube gerir a situação económica e social vivenciada:

“Eu não tinha afeto nenhum da minha família e comecei-me a dar com pessoas que não devia. Depois com aquele dinheiro todo, comecei a consumir MDMA, haxixe, *ecstasy*. Fui internada em Idanha-a-Nova e desde dessa época que não me dou mais com eles”.

Durante a entrevista a doente manifestou alterações do apetite:

“O meu apetite é zero, desde há 3 ou 4 meses já perdi para aí 10 quilos e só notei porque a roupa me começou a ficar muito larga”, do sono “desde dos 17 anos que não consigo dormir bem, custa-me muito à adormecer, há dias que é desesperante”.

Quando abordado o tema da tentativa de suicídio a doente refere:

“Preparei tudo! Liguei às pessoas que me podiam telefonar a dizer estava tudo bem, para não ser incomodada. Aí às 13h00 tomei os comprimidos todos que tinha, só que a minha amiga (ex-companheira de casa) resolveu passar por casa a buscar as coisas dela. Eu sei que quando sair daqui vou-me ver na mesma situação e não vou aguentar”.

A doente manifestou desejo de falar com assistente social no sentido de a ajudar a tentar resolver a sua situação social:

“Era bom falar com ela até porque eu preciso de um papel lá da loja para poder pedir o fundo de desemprego, mas ainda não fui capaz de lá ir”.

Refere que neste momento não tem expetativas futuras

“Não me consigo projetar mais para o futuro, só penso em várias formas de morrer”.

Quanto à apresentação e à postura, a Sr.^a M.M. apresenta um aspeto cuidado e limpo (sem halitose; unhas curtas e limpas; cabelo preto, escovado e aparentemente limpo), a idade que aparenta é igual à sua idade real. Apresenta equimoses nos punhos e na região torácica à esquerda, que segundo a doente resultaram da contenção física que lhe foi aplicada no SU. Quanto à postura é retraída, fechada sobre si mesmo, não se isola do contato com os outros doentes mas revela-se pouco comunicativa, quando abordada pelos profissionais de saúde revela-se cordial e afável. A sua morfologia corporal é ectomorfa.

Apresenta um fãceis entristecido e demonstrou labilidade emocional durante a entrevista. A sua mímica facial é condizente com as emoções que manifesta. Quanto à

motricidade não se verificaram hipocinesias contudo, a doente demonstra tremor fino quando abordados temas emocionais mais sensíveis para si.

O contato da doente com o enfermeiro era simpático e atento, desviando-o olhar quando tratava assuntos que fossem mais sensíveis e procurando o contato visual quando necessita de aprovação ou apoio emocional. Apresenta um discurso sem alterações da cadência e da inteligibilidade, o volume é adequado e a qualidade do discurso emocional.

A Sra. M.M. manteve a clareza, lucidez e continuidade de consciência no tempo, espaço e pessoa. Tem plena consciência de si, da sua identidade, do local onde se encontra e das pessoas que a envolvem. Durante a entrevista manteve a sua capacidade de atenção e flexibilidade.

Verifica-se quanto à vontade uma hipobulia, quando aborda o seu autocuidado, alimentar-se, a resolução da sua situação laboral e a socialização com os amigos:

“Andei 4 dias com a mesma roupa, sempre na cama, sem comer, sem me lavar, não conseguia fazer nada”.

Não manifesta alterações ao nível dos impulsos de 3º nível contudo, deteta-se perturbação dos impulsos de 2º nível (conservação da vida) quando a doente já por duas vezes realizou tentativas de suicídio. E ao nível dos impulsos somático sensoriais, quando refere a falta de sentimentos de amor, pertença, reconhecimento e incapacidade para se alimentar, dormir e realizar a sua higiene pessoal.

Apresenta o humor deprimido e uma diminuição da energia vital. Denota medo relativamente ao que será a sua vida quando sair do internamento do DPSM, por não conseguir assumir as suas responsabilidades financeiras e não ter habitação. Demonstra anedonia quando se refere à perda da capacidade de sentir prazer relativamente a atividades lúdicas como sair com os amigos, ou ainda, quando menciona a sua vida sexual. Expressa ainda rigidez afetiva quando se refere à sua relação com a mãe, irmã e padrasto, considerando a falta de carinho e atenção destes para consigo como um dos seus problemas emocionais.

A Sra. M.M. mostra tristeza relativamente à sua vida e sente-se muito pressionada por não ter emprego, não conseguir pagar a renda da casa e por a alimentação ter de ser fornecida pela avó, dada a sua incapacidade económica.

“Vivo numa tristeza constante”.

Revela que tem crises de ansiedade com frequência, geralmente logo pela manhã quando acorda e que não sabe o que fazer nessas situações para além de tomar a terapêutica prescrita, que nem sempre permite obter resultados satisfatórios.

“Até parece que a respiração me falha fico aflita”.

Durante a entrevista não foram observadas alterações da forma mas quanto ao conteúdo do pensamento o mesmo é polarizado em relação à falta de apoio familiar. Não foram observadas alterações da representação, memória ou da senso-percepção. Relativamente à ideação suicida a doente apresenta um discurso contraditório:

“Eu sei que não o devia ter feito e que desiludi as outras pessoas”, “quero aproveitar que aqui estou para por a cabeça no lugar” contudo, demonstra desesperança “mas eu já não sei o que fazer mais, vou dormir para a rua, passar fome? Eu não consigo viver mais assim. Não tenho nenhuma expectativa, estou descrente de mim. Não vou aguentar”.

No final da entrevista foi aplicado o Inventário da Depressão de Beck II para validação dos dados recolhidos e avaliar a intensidade da sintomatologia.

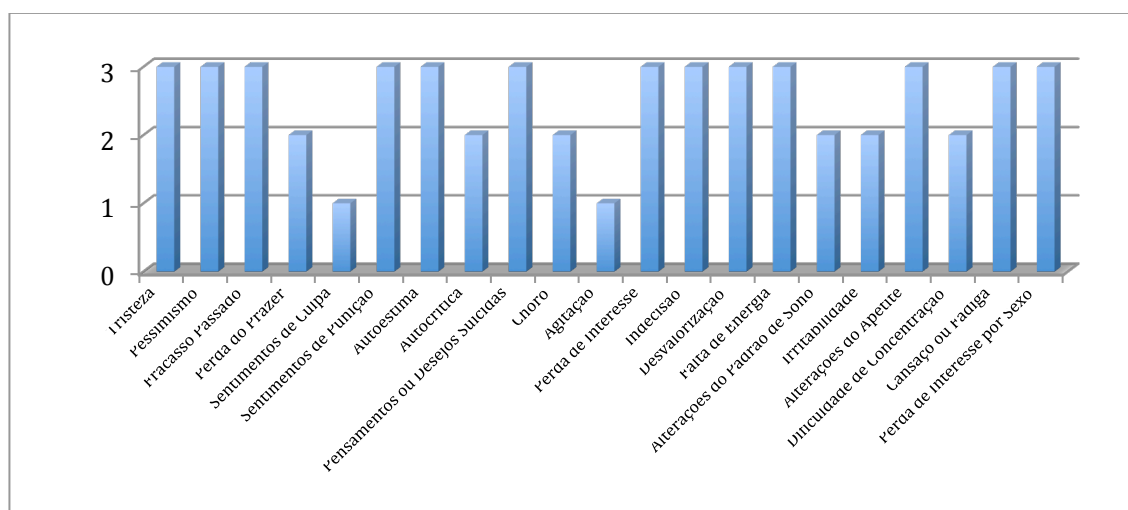


Figura 2 – IDB relativo à Sra. M.M. na avaliação inicial (Score 53 – Depressão Grave)

Na etapa de análise dos cuidados de enfermagem necessários e do estabelecimento dos resultados esperados, foram definidos quais os juízos de diagnósticos perturbados. Esse processo foi realizado tendo em conta a análise individual do enfermeiro à entrevista de avaliação diagnóstica e aos dados obtidos através do preenchimento do inventário de autorrelato (IDB) pela doente. Importa então esclarecer de que forma é que foi realizada a análise aos dados recolhidos da avaliação diagnóstica tendo por base o referencial CIPE versão 2:

Colheita de Dados da Sr.^a M.M.	Juízo Diagnóstico	Definição
<ul style="list-style-type: none"> • Atividade incessante que conduziu à contenção física no SU • Incapacidade de permanecer no mesmo local • Manifestações verbais de medo quanto ao futuro e à pressão emocional que tem sobre si • Não demonstra interesse pelo que a cerca 	Agitação Atual	Hiperatividade: condição de excitação psicomotora sem objetivo, atividade incessante, andar sem parar; descarga da tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou <i>stress</i> mental
<ul style="list-style-type: none"> • Referência a uma rede de apoio social e familiar fraca • Referência à necessidade de apoio social • Nega a existência de pessoas capazes de a ajudar 	Apoio Social Comprometido	Fenômeno
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de sentimento de angústia e perigo relacionados com os traumas vivenciados no meio familiar e a sua situação social • Relata a presença de manifestações físicas da ansiedade 	Ansiedade Atual	Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo e angústia
<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizações negativas em relação as suas capacidades para reverter a situação • Dificuldade de autoaceitação e autovalorização • Dificuldade na aceitação do reforço positivo • Descura os cuidados de higiene 	Autoestima Diminuída	Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização da autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso • Verbalização de alteração do padrão alimentar (apetite diminuído) • Ingestão calórica inferior às necessidades reais 	Comportamento Alimentar Comprometido	Processo intencional: ações. Padrão Alimentar
<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de comportamentos comunicacionais passivos, ou agressivos quando pressionada • Dificuldades de relacionamento com a família, o que provoca tristeza na doente • Défice de habilidades sociais • Comunicação não-verbal passiva 	Comportamento Assertivo Comprometido	Comportamento: expressar pensamentos pessoais de forma direta e confiante
<ul style="list-style-type: none"> • Défice de conhecimentos sobre a depressão e ansiedade • Défice de conhecimentos para reconhecer fatores de risco, fatores precipitadores e fatores de proteção 	Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<i>Status</i> de conhecimento: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas da doença e de partilhar a informação com

		peças que são importantes para o cliente
<ul style="list-style-type: none"> Défice de conhecimentos sobre a terapêutica: efeitos secundários, eficácia, sobredosagem e tempo de ação Dificuldade na gestão terapêutica 	Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	Conhecimento sobre o regime
<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em gerir os episódios de ansiedade Sensação de falta de controlo sobre a sua situação familiar e social Défice de conhecimentos sobre a doença e sobre as estratégias a adotar na procura de ajuda 	<i>Coping</i> Comprometido	Atitude: gerir o <i>stress</i> e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico
<ul style="list-style-type: none"> Pouca esperança na capacidade de recuperação e ideias negativas sobre o futuro Dificuldade em visualizar razões para viver 	Desesperança Atual	Emoção negativa: sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio
<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso e manifestação de alteração do padrão alimentar Verbalizações de dificuldade em concentrar-se Verbalização de sentimentos de desalento e tristeza Verbalizações e manifestações de falta de energia Verbalização de dificuldade em dormir (<5h/dia) 	Depressão Atual	Emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia
<ul style="list-style-type: none"> Verbalizações (e observação) de compromisso da volição para se alimentar, realizar os cuidados de higiene, relacionar-se com os outros Verbalização de compromisso da volição para realizar as tarefas do dia-a-dia 	Força de Vontade Diminuída	Volição: disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências
<ul style="list-style-type: none"> Verbalização de isolamento social Abandono da participação em atividades que promovem o contato social (ex. sair com os amigos) Evita o contato com os outros doentes no internamento 	Isolamento Social Atual	<i>Status</i> comprometido
<ul style="list-style-type: none"> Não manifesta orientação futura positiva Demonstra desesperança Não manifesta determinação em viver Ideação suicida 	Vontade de Viver Comprometida	Volição: A vontade é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver, apesar das circunstâncias difíceis; forte ímpeto de viver, fazer escolhas ou agir no sentido de continuar a viver

Tabela 4 – Análise dos dados da avaliação diagnóstica/elaboração dos juízos diagnósticos

Assim, os juízos de diagnóstico estabelecidos e identificados pelo enfermeiro com necessidade de intervenção após a realização da entrevista de avaliação diagnóstica e discussão do plano de intervenção com a doente são:

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Juízos Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Agitação Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma, direta e segura • Comunicar as regras, as expectativas comportamentais apropriadas, considerando nível de funcionamento cognitivo e capacidade de autocontrolo da doente • Elogiar tentativas de autocontrolo • Identificar ameaças à segurança no ambiente • Remover ameaças à segurança do ambiente (ex.: isqueiros, objetos cortantes, etc.) • Incremento do sono • Supervisão • Execução de técnica de relaxamento muscular (TRMPJ) • Controle farmacológico • Presença 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra concentração • Mostra interesse pelo que a cerca • Mostra nível de energia adequado • Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia
Apoio Social Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar dados sobre a resposta psicológica à situação e sobre a disponibilidade do sistema de apoio • Determinar adequação das redes sociais existentes • Identificar o grau de apoio financeiro da família (Avó; Madrinha; Irmã) • Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso • Envolver a família/pessoas significativas nos cuidados e no planeamento (Avó; Madrinha; Irmã) • Compreender o ambiente doméstico para receber a doente • Encorajar a doente a participar em atividades sociais e comunitárias 	<ul style="list-style-type: none"> • Relata contatos sociais de apoio • Relata ambiente social estável • Relata existência de rede social de assistência • Relata existência de pessoas capazes de ajudar se necessário • Evidência desejo de procurar ajuda de outros
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma e segura • Oferecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (Psicoeducação) • Compreender a perspetiva da doente sobre a situação temida (Relações familiares, sociais, laborais e problemas financeiros) • Ouvir atentamente • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos • Ajudar a doente a identificar situações precipitadoras de ansiedade • Orientar a doente quanto ao uso de técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza a intensidade da ansiedade • Usa técnicas de relaxamento • Relata um sono adequado • Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade • Relata duração aumentada do tempo entre episódios • Relata duração diminuída dos episódios • Reduz estímulos ambientais quando

	de relaxamento (TRMPJ)	ansiosa
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar as declarações da doente em relação à autoestima • Encorajar a doente a identificar os seus pontos positivos • Encorajar o contato olhos-nos-olhos na comunicação com os outros • Reforçar os pontos positivos que a doente identifica • Evitar críticas negativas • Investigar os sucessos anteriores (Internamento em Idanha-a-Nova) • Facilitar atividades que aumentem a autoestima (Autocuidado, TRMPJ, RPD, Atividades lúdicas, etc.) • Elogiar o progresso da doente em relação às metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizações de autoaceitação • Manutenção de uma postura ereta • Manutenção do contato olhos-nos-olhos • Aceitação da crítica construtiva • Desejo de confrontar os outros • Sentimentos de auto-valorização • Manutenção da higiene • Descrição de sucesso na realização de tarefas
Comportamento Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar e monitorizar a ingestão diária de alimentos e líquidos • Evitar disfarçar medicamentos nos alimentos • Controlo do peso • Consultar a nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária à obtenção e/ou manutenção do peso alvo • Encorajar a doente a discutir as suas preferências alimentares com o enfermeiro • Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição à doente • Elogiar comportamentos de manutenção do peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém uma ótima ingestão calórica diária • Mantém o padrão alimentar recomendado • Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar barreiras à assertividade (ex. Condição médica, socialização feminina) • Ajudar a doente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade (RPD) • Distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão-passividade (Psicoeducação) • Ajudar a identificar direitos, responsabilidades e normas (Psicoeducação) • Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais • Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos • Orientar a doente sobre estratégias para a prática de comportamento assertivo • Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, modelação e ensaio comportamental • Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relacionado com a mudança comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrenta os problemas • Expressa sentimentos e emoções livremente • Demonstra estratégias para gerir a raiva • Usa estratégias de enfrentamento eficazes • Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes • Comunica de forma assertiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino do processo de doença • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia (Folheto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco

		<ul style="list-style-type: none"> • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre a medicação prescrita • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia (Folheto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição dos efeitos secundários da medicação • Descrição da administração correta da medicação
<i>Coping</i> Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora do enfrentamento (discussão, modelação e ensaio comportamental) • Controle do humor • Aumento da autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Procura informações sobre a doença e o tratamento • Emprega comportamentos para reduzir o <i>stress</i> • Relata redução do <i>stress</i> • Verbaliza necessidade de auxílio
Desesperança Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Instilação de esperança • Presença • Incremento do sono • Aumento da socialização • Promoção do exercício (Passeio terapêutico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de orientação futura positiva • Expressão de vontade viver • Expressão de razões para viver • Expressão de prazer de viver • Fixação de metas
Depressão Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o humor, regularmente à medida que evolui o tratamento • Administrar questionários de autorrelato (IDB) • Estimular a atividade física (Passeio terapêutico) • Monitorizar a capacidade de autocuidado • Monitorizar o funcionamento cognitivo • Usar linguagem simples e adequada durante as interações • Usar auxiliares de memória e indicadores visuais (Suporte digital) • Reforçar as informações • Apresentar informações gradualmente e de forma objetiva • Solicitar à doente que repita a informação • Melhoria do enfrentamento (Ensaio comportamental; Modelação; Discussão) • Apoio na tomada de decisão • Suporte emocional • Redução da ansiedade • Oferecer estimulação ambiental pelo contato com os múltiplos funcionários • Conversar com a doente • Auxiliar a doente a manter um ciclo de sono/vigília • Monitorizar e registar o padrão de sono do 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra afeto adequado • Relata sono adequado (pelo menos 5h dia) • Demonstra concentração • Mantém um peso estável • Relata capacidade para realizar tarefas diárias • Relata apetite normal • Fala em ritmo moderado • Demonstra interesse pelo que a cerca • Relata melhor humor • Identifica os percursos da depressão • Relata melhoria da libido • Ausência de ideia suicida • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Melhoria da autoestima • Comunica com clareza e adequação para a idade e

	<p>doente e quantidade de horas dormidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de um sono adequado durante a doença • Determinar o efeito dos medicamentos da doente sobre o padrão de sono • Orientar a doente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir, que interfiram no sono • Auxiliar a doente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado (Treino assertivo, jogos lúdicos, passeio terapêutico, etc.) • Orientar a doente quanto à forma de realizar relaxamento muscular progressivo (TRMPJ) 	<p>capacidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processa as informações • Pesa as alternativas ao tomar decisões
Força de Vontade Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima (Ver intervenções do diagnóstico Autoestima Diminuída) • Auxiliar a doente a encontrar fontes de motivação (Evolução do IDB; efetividade da relação com a madrinha e a irmã; constrição de planos futuros: emigração para a Escócia) • Auxiliar a doente a identificar o impacto da doença no autoconceito • Auxiliar a doente a identificar prioridades de vida • Suporte emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Melhoria da autoestima
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Presença • Instilação de esperança • Terapia ocupacional (Escrever sobre as suas emoções; Desenhar sobre as suas emoções) • Aumento da socialização (Atividades lúdicas) • Promoção do exercício (Passeio terapêutico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades voluntária
Vontade de Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a presença e o grau de risco suicida • Orientar a doente em estratégias de enfrentamento (discussão, modelação e ensaio comportamental) • Interagir com a doente para transmitir atenção e abertura e oferecer a oportunidade para a doente falar sobre os seus sentimentos • Presença • Determinar os sistemas de apoio na comunidade (Cáritas; Família) • Determinar a presença e a qualidade de apoio familiar (Madrinha, Avó, Irmã) • Identificar estratégias usuais de enfrentamento (Agressividade/Passividade) • Vigiar a toma da medicação • Evitar a discussão repetida de histórias suicidas anteriores, manter a discussão atualizada e voltada para o futuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de determinação em viver • Expressão de esperança • Usa estratégias para compensar os problemas • Usa estratégias para intensificar a saúde

Tabela 5 – Planeamento dos cuidados de enfermagem para a Sr.^a M.M.

A etapa da intervenção insere-se dentro do contexto da entrevista de ajuda onde é explorada a problemática de vida da doente, procurando que esta se distancie o suficiente para ter outra perspetiva de modo a alterar o seu processo de pensamento, fazendo emergir soluções, com o auxílio do enfermeiro, que tenham um impacto positivo na sua vida. Dentro do contexto da entrevista de ajuda, para além dos instrumentos terapêuticos abaixo descritos, foram identificados (e trabalhados de forma a minimizar consequências para a saúde mental da doente) fatores de risco para a depressão como:

- Desemprego e baixos recursos financeiros – encaminhado a situação para a assistente social do serviço que antes da alta da doente viabilizou o apoio da associação Cáritas;
- Pouca comunicação com a família e conflitos familiares – promovendo o contato da doente com a sua irmã, madrinha e avó de forma a solucionar as divergências;
- Mudanças constantes de residência – exploração dos sentimentos da doente em relação ao facto de ir viver com a sua madrinha para usufruir de uma maior estabilidade ambiental e emocional (solução encontrada conjuntamente com a assistente social);
- Relações ambivalentes com amigos e familiares – exploração dos sentimentos e pensamentos da doente relativamente às relações que são realmente benéficas ou prejudiciais para a sua saúde mental, com vista ao desenvolvimento da capacidade de enfrentamento e mecanismos de *coping* que permitam o *empowerment*.

As entrevistas de informação e ensino, como referido anteriormente neste relatório, trazem benefícios comprovados permitindo a diminuição da ansiedade em relação ao internamento e ao tratamento, facilita o processo de adesão, aumenta a sua literacia sobre o seu problema de saúde e promove a criação de mecanismos de *coping* para solucionar problemas. Assim, foram realizadas sessões de psicoeducação como o tema “Depressão”, “Ansiedade” e “Alimentação Saudável”.

As sessões de psicoeducação sobre os temas da “Depressão” e da “Ansiedade” foram realizadas tendo em conta o esclarecimento dos seguintes pontos: sintomatologia; períodos de crise; etiologia; fatores de *stress* indutores; terapêutica prescrita durante o

internamento no DPSM e a importância de adesão ao regime terapêutico; esclarecimento sobre o estigma da doença mental e desmistificação de ideias pré-concebidas; a importância de relações sociais efetivas e do exercício físico como fator protetor da saúde mental.

Relativamente à gestão do regime terapêutico em pessoas com depressão prende-se com a capacidade de aceitar e gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto. Esta dificuldade prende-se para além da complexidade do tratamento, a fatores como a representação social da doença, as crenças, a aceitação do diagnóstico, a personalidade, as estratégias de *coping* e a relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A Organização Mundial da Saúde (2003) define a adesão terapêutica como o grau de extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alterações dos hábitos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde.

Assim, na minha intervenção com o doente devo adotar uma perspetiva de desenvolvimento (Ribeiro, 2005), ou seja, numa primeira fase avaliar a concordância e a adesão deste com as prescrições realizadas pelo médico ou definidas conjuntamente. Esta ação é realizada após a avaliação diagnóstica e durante a discussão do plano terapêutico a implementar. Numa segunda fase devo avaliar, com uma vigilância constante mas que não seja totalmente perceptível, se o doente mantém a adesão ao tratamento proposto mesmo quando se depara com situações conflituais que limitam o seguimento do tratamento. Por fim, devo avaliar com o objetivo de preparação da alta se o doente é capaz de continuar a implementar os comportamentos de melhoria da saúde, sem vigilância, integrando-os no seu estilo de vida.

A gestão do regime terapêutico refere-se também a gestão dos fármacos prescritos pelo médico ao doente. Apesar da prescrição do regime farmacológico ser uma competência médica é necessário avaliar a necessidade de cada um dos fármacos, dado o comportamento manifestado por cada doente, para que possa transmitir essa informação ao médico no sentido de este rever as suas prescrições. Evitando a ingestão desnecessária de fármacos que possam perturbar o seu estado de consciência, capacidade de concentração e atividade motora o que irá prejudicar a implementação do plano de recuperação e reabilitação.

Segundo Saraiva & Cerejeira (2014) o tratamento da depressão pode ser dividido em duas fases: a fase aguda e a fase de manutenção. Cada uma destas fases apresenta diferentes objetivos e intervenções. Na fase aguda (8 a 12 semanas), o objetivo do tratamento é a remissão completa dos sintomas e a melhoria do grau de funcionalidade. Nesta fase associada ao tratamento farmacológico é necessário estabelecer uma aliança terapêutica sólida de forma a promover a adesão ao tratamento. Na fase de manutenção, o objetivo é a conservação do nível de melhoria funcional já adquirida na fase anterior, para restaurar o nível de funcionamento pré-mórbido, bem como prevenir a recaída de um episódio depressivo no futuro.

Ao adotar este modelo procuro que a doente aprenda a gerir a sua saúde ou a sua doença até atingir a autonomia, desenvolvendo o sentido de autoparticipação e autocuidado (Ribeiro, 2005).

Em relação à sessão de psicoeducação com o tema “Alimentação Saudável” foi realizada tendo em consideração a explicação dos seguintes pontos: identificar as preferências alimentares da doente; a importância de uma alimentação saudável e equilibrada; reconhecer os alimentos saudáveis; reconhecer os alimentos ricos em açúcar, gorduras e alimentos processados como prejudiciais à saúde; a importância da ingestão hídrica e de manter um peso corporal adequado e equilibrado realizando 6 refeições diárias.

Durante as sessões de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final de cada sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que a doente respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue à doente para leitura os folhetos “controle da ansiedade” (ANEXO XII) e “o que é a depressão” (ANEXO XI).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, avaliadas através de duas escalas de Likert de 0 a 10, ao qual a doente respondeu:

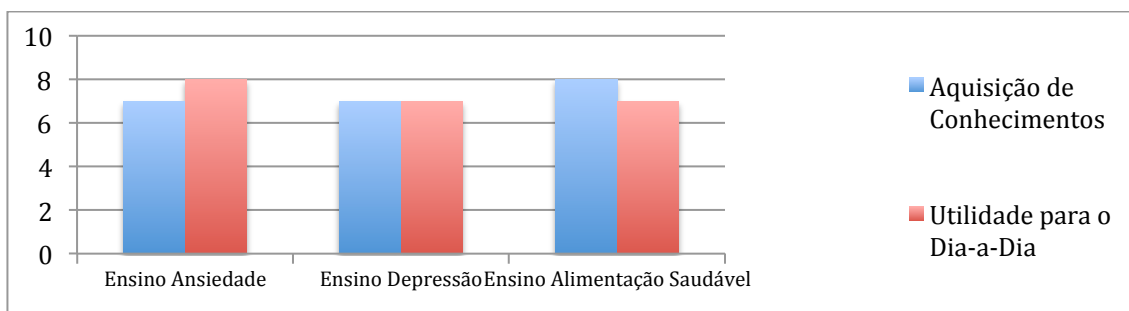


Figura 3 – Avaliação das sessões de psicoeducação sobre depressão, ansiedade e alimentação saudável

O desenvolvimento do programa de treino assertivo ocorre em quatro fases distintas, o que permite à doente relaxar com a participação em sessões de relaxamento através da TRMPJ, facilitando o processo de aquisição de conhecimentos que segue através da realização de sessões de psicoeducação sobre assertividade. Depois de a doente conseguir distinguir as diferentes respostas comportamentais, passamos à fase seguinte, em que ocorre a identificação dos pensamentos disfuncionais que provocam respostas comportamentais inadequadas que causam sofrimento e deterioram as relações sociais e familiares da doente. Por último, o treino das respostas adaptativas assertivas adequadas à situação relatada, através do ensaio comportamental, discussão e modelação, com o objetivo de promover que a doente adote modelos comportamentais que facilitem o seu processo de reintegração social e familiar após a alta.

Na 1ª Fase foram realizadas sessões de relaxamento através da TRMPJ, nas quais a doente participou com agrado, referindo sentir-se mais relaxada e menos ansiosa (avaliação subjetiva). Foi realizada a avaliação da sessão de relaxamento com o auxílio de um formulário (ANEXO VII) que avalia o nível de relaxamento atingido durante a sessão de relaxamento, através de uma escala de Likert de 0 a 10 e através da verificação da variação da frequência cardíaca do início para o final da sessão:

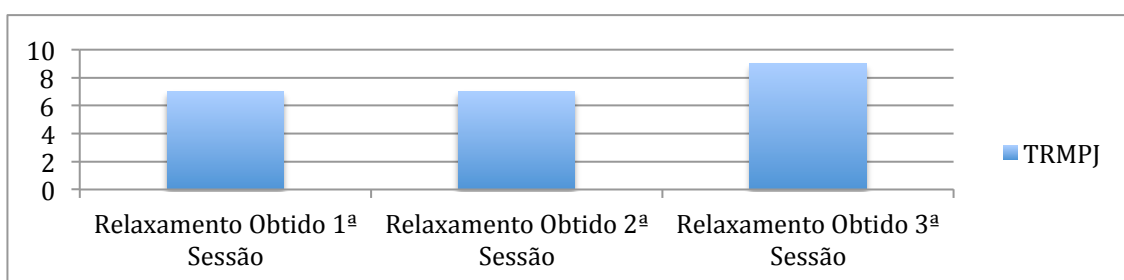


Figura 4 – Nível de relaxamento obtido no final da sessão de relaxamento

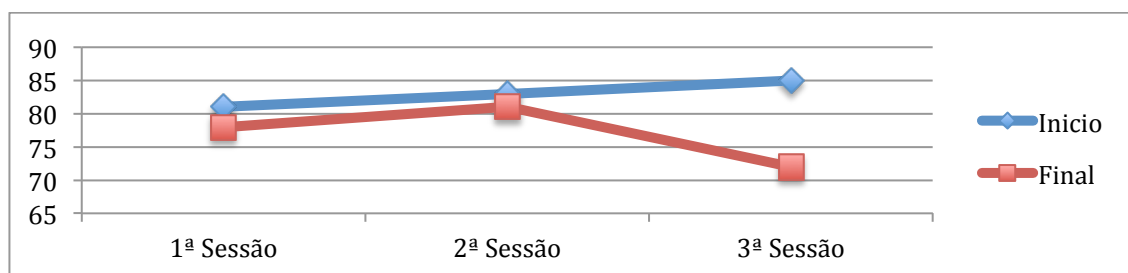


Figura 5 – Variação da frequência cardíaca do início para o final da sessão de relaxamento

Na 2ª Fase foi realizada uma sessão de psicoeducação com o tema “Comportamento Assertivo” (ANEXO VIII), com recurso a suporte digital (PowerPoint) de modo a facultar indicadores visuais à doente para facilitar o processo de aprendizagem, dadas as alterações cognitivas características dos doentes com o diagnóstico de depressão. A realização desta entrevista de informação e ensino tem por objetivo esclarecer a doente sobre: o que são comportamentos comunicacionais agressivos, passivos e assertivos, bem como as diferenças entre cada um deles e as suas consequências para o emissor e recetor da mensagem; formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada uma das respostas comportamentais; quais são os direitos assertivos; estratégias para ser assertivo; apresentação de vídeos a demonstrar cada uma das diferentes respostas comportamentais e possibilitar a participação em jogos com frases e imagens que representam cada um dos diferentes comportamentos comunicacionais, o que permite selecionar a resposta correta de modo a avaliar o processo de aprendizagem.

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que a doente respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue à doente para leitura o folheto “comunicar com assertividade” (ANEXO IX).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, avaliadas através de duas escalas de Likert de 0 a 10, ao qual a doente respondeu:



Figura 6 – Avaliação da sessão de psicoeducação sobre comportamento assertivo

Na 3ª Fase durante a realização das entrevistas de ajuda foi utilizado o instrumento RPD (ANEXO IV), onde a doente expôs três situações que lhe causam sofrimento ao desencadear emoções como tristeza, raiva e a ansiedade, conforme se pode observar nas Tabelas 6, 7 e 8:

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
<p>“No dia em que tomei os comprimidos comecei a pensar o que vai ser de mim agora, não tenho dinheiro, não tenho comida, não tenho emprego e a minha família não quer saber de mim. Não vale a pena continuar com este sofrimento”</p>	<p>1) <u>“Tomar os comprimidos e matar-me”</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza (80%) • Ansiedade (20%) 	<p>1) “É verdade porque perdi o emprego por ter estado cá internada da outra vez, já não me renovaram mais o contrato. Sem emprego não há dinheiro, sem dinheiro não há comida e da minha família safa-se a minha avó e a minha irmã. Podia ter vindo ao hospital pedir ajuda em vez de me encontrarem lá em casa, o fim era o mesmo, ficar aqui internada, mas da outra vez que aqui estive odiei. Morria mas isso é no fundo a ideia”</p> <p>Resposta: “Devia ter procurado a ajuda de um amigo ou ir eu mesma à urgência ou à consulta pedir ajuda”</p>	<p>1) 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza

Tabela 6 – RPD Sr.ª M.M.: 1ª Situação

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
<p><i>“Ver a relação que tenho com a minha irmã, que podíamos dar bem e por causa do meu padrasto que lhe enche a cabeça cada vez que estamos juntas acaba em discussão. A última vez foi porque ela não concordou que eu tivesse saído daqui da psiquiatria e fosse viver sozinha para a minha casa, começou-me a gritar e eu não lhe admito, comecei a fazer o mesmo desde aí não me fala”</i></p>	<p>1) <i>“Que ela não tem que me dar lições de moral que eu não lhe admito. Às vezes apetece-me é bater-lhe”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Raiva 	<p>1) <i>“Não tem razão de ser mas naquele momento pareceu-me muito muito mal. Ela fez aquilo para o meu bem, eu agora compreendo isso, devia ter medo que voltasse a tomar os comprimidos e estava certa. Tenho de lhe pedir desculpa quando me vier visitar”</i></p> <p>Resposta: <i>“Devia-lhe ter dito que preferia ficar em minha casa porque o meu padrasto e a minha avó não me querem na casa deles, mas que lhe agradecia muito se ela quisesse ficar lá comigo”</i></p>	<p>1) 0%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Esperança

Tabela 7 – RPD Sr.^a M.M.: 2^a Situação

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
<p><i>“Quando estou com o meu padrasto, que já é raro, ele tem o gosto de me tirar do sério e manda-me bocas tipo, o que queres daqui? Vai lá ter com as tuas namoradas! Isso tira-me completamente do sentido, depois é gritaria que ferve e a minha mãe sofre muito com isso”</i></p>	<p>1) <i>“O que me apetece mesmo fazer-lhe é pregar-lhe uma sova, está-me sempre a provocar”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Raiva 	<p>1) <i>“Ele não tem o direito de fazer o que faz, mas as minhas reações só complicam mais a situação. A explicação é que ele não me quer lá, nunca quis! Não vai ser agora, mas eu vou pela minha mãe. O pior é um dia chegar a um ponto que acontece alguma coisa grave”</i></p> <p>Resposta: <i>“Tenho de ignorar e dizer-lhe com calma que vim ali para visitar a minha mãe! Que ele me ofende e magoa com as coisas que diz. O melhor para os dois é não nos falarmos e tolerarmos-nos aqueles minutos”</i></p>	<p>1) 0%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Tolerância

Tabela 8 – RPD Sr.^a M.M.: 3^a Situação

No processo de intervenção do treino assertivo, foi realizado o ensaio comportamental e modelação das situações descritas, com reforço para a comunicação verbal e não-verbal, uma vez que, a doente evidenciou alguma dificuldade ao nível do envio da mensagem, quer ao adotar comportamentos comunicacionais passivos ou passivo/agressivos.

Na primeira situação, a doente manifesta tristeza relativamente à incapacidade de recorrer ao auxílio dos outros para a ajudar a superar momentos de crise. O ensaio desta situação passou por demonstrar à doente onde poderia procurar ajuda, como contactar esses locais e valorizar a sua rede de apoio social, no sentido de demonstrar que uma pessoa não é uma “ilha” isolada do contato social. Esta técnica passa assim por a doente reconhecer a necessidade e a importância da interação social com amigos e familiares, bem como da relevância de recorrer ao serviços de saúde indicados para o seu problema, seja para o acompanhamento clínico e manutenção do tratamento, seja em momentos de crise.

Na 2ª e 3ª situação o treino comportamental passou pela mudança de comportamentos dado o carácter agressivo com que a doente comunicava, procurando transmitir a necessidade de comunicar de um modo mais assertivo para atingir os resultados a que se propôs no preenchimento do RPD. Colocando ênfase na máxima de que “comportamento gera comportamento” e que se espera um comportamento mais tolerante e cordial dos outros que a rodeiam para consigo, ela própria tem de adotar essa conduta para que lhe seja possível desarmar manifestações agressivas dirigidas a si e demonstrar aos outros a sua segurança e não conflitualidade. Foi aconselhada a treinar outros tipos de situações que lhe sejam angustiantes frente ao espelho para trabalhar as respostas adaptativas. Quando a doente conseguiu representar a resposta adaptativa de forma adequada foi realizado o reforço positivo.

A avaliação da efetividade dos cuidados foi realizada através da observação da doente, do diálogo terapêutico nas entrevistas de ajuda e da colheita de informação do processo de enfermagem. Assim, através da Tabela 9 é possível verificar as melhorias nos indicadores estabelecidos que a doente obteve com o internamento no DPSM e com a aplicação do programa de reabilitação. No dia da alta da doente (06/10/2015) foi novamente aplicado o IDB para verificar a evolução da intensidade da sintomatologia

da depressão e se os resultados obtidos através do autorrelato no IDB validavam os ganhos obtidos resultantes da análise do enfermeiro.

Indicadores	Resultados de evolução Clínica			Melhorias Obtidas ao Nível da/o:
	1 º Avaliação	2ª, 3ª e 4ª Avaliação	5ª e 6ª Avaliação	
Mostra concentração	Demonstrado	Demonstra (Avaliação do Ensino)	Demonstrado	Agitação
Mostra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Demonstrado (Interage com os outros doentes, lê, desenha, etc.)	Demonstrado	
Mostra nível de energia adequado	Baixa energia vital	Demonstrado (Postura ereta, deambular firme, independente nas realização das atividades de vida)	Demonstrado	
Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Demonstrado (Demonstra concentração, energia adequada, identifica tarefas a realizar no exterior)	Demonstrado	
Relata contatos sociais de apoio	Não relata	<i>“Falei com a Assistente Social e ela disse-me que ia ver de uma ajuda financeira ou de uma casa para eu poder ficar”</i>	<i>“Já falei com a Assistente Social, disse-me que a Cáritas me vai dar a alimentação”</i>	Apoio Social
Relata ambiente social estável	Não relata	Não relata	<i>“Vou ficar em casa da minha madrinha as coisas lá são mais calmas e depois daqui a mês vou para a Escócia ter com a Vera”</i>	
Relata existência de rede social de assistência	Não relata	Não relata	<ul style="list-style-type: none"> • Cáritas • Madrinha 	
Relata existência de pessoas capazes de ajudar se necessário	Não relata (A avó fornece a alimentação)	Não relata (A avó fornece a alimentação)	<ul style="list-style-type: none"> • Madrinha • Irmã • Avó 	
Evidência desejo de procurar ajuda de outros	<i>“Era bom falar com uma assistente social até porque eu preciso de uma papel lá da loja para poder pedir o</i>	Procura a ajuda do enfermeiro	Procura a ajuda do enfermeiro Falou com a assistente social Relata procurar ajuda na Cáritas Relata ajuda da irmã e da madrinha	

	<i>fundo de desemprego</i>			
Monitoriza a intensidade da ansiedade	Não monitoriza	Não monitoriza	<i>“Tive um episódio ontem não foi dos piores... de 0 a 10 aí um 6, tentei controlar a respiração e fui até ao quarto fazer o relaxamento e melhorou”</i>	Ansiedade
Usa técnicas de relaxamento	Não realiza	Realiza com o enfermeiro	Realiza	
Relata um sono adequado	<i>“Desde os meus 17 anos que não consigo dormir bem. Custa-me muito a adormecer, há dias que é desesperante”</i>	Não relata	<i>“Tenho conseguido dormir melhor, nem me levanto durante a noite. No máximo acordo um bocado mais cedo mas durmo a noite toda”</i>	
Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade	<i>“Até me falha a respiração, fico aflita”</i>	Relata menor intensidade na manifestação física	Relata menor intensidade na manifestação física	
Relata duração aumentada do tempo entre episódios	Não relata	<i>“É um dia por outro. Já não é de manhã, à tarde e à noite”</i>	Relata	
Relata duração diminuída dos episódios	Não relata	Não relata	<i>“Sei o que fazer quando me acontece parece que dura menos tempo”</i>	
Reduz estímulos ambientais quando ansiosa	Não reduz	Não reduz	Isola-se no quarto quando mais stressada	
Verbalizações de autoaceitação	<i>“Sinto que não tenho valor, não gosto de mim e sei que ninguém gosta”</i>	Não verbaliza	<i>“Desta vez posso dizer que foi bom estar cá internada, sinto-me revitalizada. Aprendi a gostar de mim e a não ir pelo que os outros pensam de mim”</i>	Autoestima
Manutenção de uma postura ereta	Postura retraída	Observado	Observado	
Manutenção do contato olhos-nos-olhos	Não mantém contato	Observado	Observado	

Aceitação da crítica construtiva	Não aceita a crítica	<i>“É verdade que não posso estar à espera que os outros me dêem as coisas e tenho de ir batalhar eu por elas como sempre fiz”</i>	<i>“Viver com a minha madrinha, apesar de ser tudo à maneira dela é verdade que é um mal menor...”</i>	
Desejo de confrontar os outros	Não deseja o confronto	<i>“A minha irmã veio-me visitar hoje de manhã e fiz o que tinha falado com o Enfermeiro. Pedi-lhe desculpa e disse-lhe que ela era a minha família que a amava e que para nos darmos bem não podíamos misturar as coisas”</i>	Observado	Autoestima
Sentimentos de auto-valorização	Não se autovaloriza	<i>“A cada dia que passa sinto-me com mais força e mais capaz de seguir em frente”</i>	<i>“Sinto que estou em metamorfose para uma M.M. melhor e quero viver cada instante”</i>	
Manutenção da higiene	Observado	Observado	Observado	
Descrição de sucesso na realização de tarefas	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino e do treino assertivo)	<i>“Eu já faço sozinha (TRMPJ) não vou dizer que é igual mas já resulta muito bem”</i>	
Mantém uma ótima ingestão calórica diária	Alimenta-se 1/2 da dieta. Faz 3 refeições	Alimenta-se da totalidade da dieta. Faz 5 refeições	Alimenta-se da totalidade da dieta. Faz 5 refeições	Comportamento Alimentar
Mantém o padrão alimentar recomendado	Não	Observado	Observado	
Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos	<i>“Eu sei que a preocupação com isto da casa tira-me a vontade de comer, mas eu não consigo controlar”</i>	<i>“Pensar nos problemas familiares faz-me ficar angustiada e depois não como...”</i>	Identifica	
Enfrenta os problemas	Não deseja o confronto	<i>“A minha irmã veio-me visitar hoje de manhã e fiz o que tinha falado com o Enfermeiro. Pedi-lhe desculpa e disse-lhe que ela era a minha família que a amava e que para nos darmos bem não podíamos misturar as coisas”</i>	Observado (Relação com a irmã e madrinha mais efetiva)	Comportamento Assertivo

Expressa sentimentos e emoções livremente	“Vivo numa tristeza constante”	“Sinto-me vazia, sem esperança. É estar triste todos os dias da semana”	“Parece que é uma nova oportunidade que me estão a dar. Sinto-me com esperança nesta hipótese de emigrar. Fico feliz de ver finalmente a luz ao fundo do túnel”	Comportamento Assertivo
Demonstra estratégias para gerir a raiva	Não demonstra	“Às vezes prefiro nem dizer nada para evitar as discussões porque já sei que a minha família não aceita bem a minha orientação sexual”	“Antes de falar tenho que pensar o que digo. Evito magoar-me a mim e aos outros”	
Usa estratégias de enfrentamento eficazes	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	Observado (Relação com a irmã e madrinha mais efetiva)	
Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes	Não demonstra	Não demonstra	Isola-se no quarto quando mais stressada	
Comunica de forma assertiva	Não comunica	Observado (Ensaio comportamental)	Observado (Relação com a irmã e madrinha mais efetiva)	
Descrição do processo de doença	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre a Saúde
Descrição dos fatores de risco	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	“Aqueles comportamentos que andava a ter não são normais e eu sei que lutar contra isso é o meu trabalho agora”	
		“As dificuldades porque passei quando era mais nova contribuíram para ir ficando cada vez pior e nem me aperceber até chegar a este ponto”		
Descrição de sinais e sintomas	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre a Saúde
Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição das ações da medicação	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento do Regime Medicamentoso
Descrição dos efeitos secundários da medicação	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	

Descrição da administração correta da medicação	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Procura informações sobre a doença e o tratamento	<i>“Já andei a pesquisar na internet o que é a depressão e comprava, quando tinha dinheiro, livros de autoajuda”</i>	Questiona o enfermeiro durante a realização das sessões de psicoeducação	Observado	Coping
Emprega comportamentos para reduzir o stress	Não demonstra	Realiza a TRMPJ com o enfermeiro	Procura um ambiente mais calmo (quarto) quando stressada Realiza a TRMPJ	
Relata redução do stress	Não relata	<i>“Sinto-me menos pressionada, parece que já não estou a sufocar”</i>	<i>“Sei os problemas que tenho, mas sinto-me livre! Parece que purguei o que tinha de mal em mim”</i>	
Verbaliza necessidade de auxílio	<i>“Era bom falar com a assistente social até porque eu preciso de uma papel lá da loja para poder pedir o fundo de desemprego”</i>	<i>“Eu preciso que me ajudem! Eu sozinha não sei o que sou capaz de fazer outra vez, para onde quer que me vire é só problemas”</i> Procura a ajuda do enfermeiro	Verbaliza onde recorrer se necessário	
Expressão de orientação futura positiva	Sem orientação futura positiva	Sem orientação futura positiva <i>“Estou expectante em relação ao futuro, neste momento não sei o que pensar”</i>	<i>“Parece que é uma nova oportunidade que me estão a dar. Sinto-me com esperança nesta hipótese de emigrar. Fico feliz de ver finalmente a luz ao fundo do túnel”</i>	Desesperança
Expressão de vontade viver	<i>“Eu não quero mais viver, andar cá neste sofrimento, ninguém merece”</i>	<i>“Eu sei que o que fiz não devia ter feito! Só me estou a prejudicar a mim e há minha família”</i>	<i>“Quero viver e fazer aquilo que ainda não fiz. Esta M.M. fica aqui! Agora quero ser uma pessoa mais positiva e aproveitar o que a vida tem para</i>	

			<i>me dar”</i>	
Expressão de razões para viver	Sem expressão	<i>“Pode parecer uma estupidez mas a minha cadelinha precisa de mim não sei como fui capaz de a deixar estes dias”</i>	<i>“Se depois do que fiz não morri é porque é um sinal. Sinto que tenho coisas para fazer. Sinto que estou em metamorfose para uma M.M. melhor e quero viver cada instante”</i>	Desesperança
Expressão de prazer de viver	Sem expressão	Sem expressão	<i>“Sinto que estou em metamorfose para uma M.M. melhor e quero viver cada instante”</i>	
Fixação de metas	Sem metas	<i>“Não quero voltar nunca mais a passar por dificuldades...emocionais ou financeiras”</i>	<i>“Quero emigrar e conhecer outra realidade. Não tenho nada a perder se não conseguir aguentar pelo menos tentei”</i>	
Demonstra afeto adequado	<i>“Apesar de tudo eu gosto muito da minha mãe e sei a vida de sofrimento que ela também teve. Agora vejo-a a levantar-se e isso faz-me sentir bem”</i>	<i>“A minha irmã tem-me surpreendido. Tem sido um grande apoio lá fora e se eu sentia que gostávamos uma da outra, agora muito mais”</i>	<i>“A minha madrinha apesar de ter o feitio que tem, de ser tudo à maneira dela tá a ser impecável! Nunca lhe vou conseguir pagar isto sem ser com o amor e amizade que lhe devo”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Relata um sono adequado	<i>“Desde os meus 17 anos que não consigo dormir bem. Custa-me muito a adormecer, há dias que é desesperante”</i>	Não relata	<i>“Tenho conseguido dormir melhor, nem me levanto durante a noite. No máximo acordo um bocado mais cedo mas durmo a noite toda”</i>	
Demonstra concentração	Demonstrado	Demonstra (Avaliação do Ensino)	Demonstrado	
Mantém um peso estável	47kg	48kg	48kg	
Relata capacidade para realizar tarefas	Não relata	Não relata	<i>“Já me sinto capaz de começar a ver os</i>	

diárias			<i>papéis que são precisos tratar para emigrar, preparar as minhas coisas. Parece que começo a ter a cabeça focada naquilo que quero</i>	
Relata apetite normal	Alimenta-se 1/2 da dieta. Faz 3 refeições	Alimenta-se da totalidade da dieta. Faz 5 refeições <i>“Começo a ter um bocado mais de apetite mas não posso dizer que é igual”</i>	Alimenta-se da totalidade da dieta. Faz 5 refeições <i>“Tenho comido praticamente as refeições todas”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Fala em ritmo moderado	Observado	Observado	Observado	
Demonstra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	
Relata melhor humor	Humor deprimido	<i>“Certas alturas já me sinto melhor, menos triste, mais acompanhada mas não digo que está resolvido”</i>	Humor tendencialmente eutímico <i>“Não estou 100% feliz mas sinto-me menos triste”</i>	
Identifica os precursores da depressão	Não identifica	<i>“As dificuldades porque passei quando era mais nova contribuíram para ir ficando cada vez pior e nem me aperceber até chegar a este ponto”</i>	<i>“Aqueles comportamentos que andava a ter não são normais e eu sei que lutar contra isso é o meu trabalho agora”</i>	
Relata melhora da libido	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, com mais energia	Sem desejo, com energia	
Ausência de ideia suicida	Ideação suicida com plano	Ideação suicida mas sem definir plano	Sem ideação suicida <i>“Se depois do que fiz não morri é porque é um sinal. Sinto que tenho coisas para fazer. Sinto que estou em metamorfose para uma (M.M.) melhor e quero viver cada instante”</i>	
Aceitação do	Reconhece	<i>“Eu sei como me sinto, é</i>	Reconhece estar	

estado de saúde	estar doente	<i>escusado dizer que não estou doente quando sinto que estou</i>	doente	
Melhoria da esperança	Sem esperança	Com melhoria da esperança embora ténue	<i>“Sinto que estou em metamorfose para uma (M.M.) melhor e quero viver cada instante”</i> <i>“Quero emigrar e conhecer outra realidade. Não tenho nada a perder se não conseguir aguentar pelo menos tentei”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor tendencialmente eutímico	
Envolvimento social	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (interage com os outros doentes e família)	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	Observado (Relação com a irmã e madrinha mais efetiva)	
Melhoria da autoestima	Baixa autoestima	Autoestima frágil	Autoestima frágil	
Comunica com clareza e adequação para a idade e capacidade	Demonstrado	Demonstra (Avaliação do Ensino)	Demonstrado	
Processa as informações	Demonstrado	Demonstra (Avaliação do Ensino)	Demonstrado	
Pesa as alternativas ao tomar decisões	Não refere	<i>“Não tenho nada a perder de me tentar aproximar da minha irmã! O que podia fazer de mal já está feito”</i>	<i>“Fiz aqui uma lista das vantagens e desvantagens de emigrar como tínhamos falado Enfermeiro, e cada vez penso mais nessa opção”</i>	Força de Vontade
Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	
Aceitação do estado de saúde	Reconhece estar doente	<i>“Eu sei como me sinto, é escusado dizer que não estou doente quando sinto que estou”</i>	Reconhece estar doente	
Melhoria da esperança	Sem esperança	Com melhoria da esperança embora ténue	<i>“Sinto que estou em metamorfose</i>	

			<i>para uma (M.M.) melhor e quero viver cada instante</i>	
			<i>“Quero emigrar e conhecer outra realidade. Não tenho nada a perder se não conseguir aguentar pelo menos tentei”</i>	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor tendencialmente eutímico	Força de Vontade
Envolvimento social	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (interage com os outros doentes e família)	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	Observado (Relação com a irmã mais efetiva)	
Melhoria da autoestima	Baixa autoestima	Autoestima frágil	Autoestima frágil	
Interação com os membros do grupo	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (interage com os outros doentes e família)	
Participação em atividades de lazer	Não	Lê e desenha	Participa em jogos de damas e dominó	Isolamento Social
Desempenho de atividades como voluntária	Não é voluntária	Quando convidada a participar	Observado (incentiva os outros a participar)	
Expressão de determinação em viver	Sem expressão	<i>“Eu sei que o que fiz não devia ter feito! Só me estou a prejudicar a mim e há minha família”</i>	<i>“Quero viver e fazer aquilo que ainda não fiz. Esta M.M. fica aqui agora! Quero ser uma pessoa mais positiva e aproveitar o que a vida tem para me dar”</i>	Vontade de Viver
Expressão de esperança	Sem esperança	Com melhoria da esperança embora ténue	<i>“Sinto que estou em metamorfose para uma (M.M.) melhor e quero viver cada instante”</i>	

		<p><i>“Não quero voltar nunca mais a passar por dificuldades...emocionais ou financeiras”</i></p> <p><i>“Estou expectante em relação ao futuro, neste momento não sei o que pensar”</i></p>	<p><i>“Quero emigrar e conhecer outra realidade. Não tenho nada a perder se não conseguir aguentar pelo menos tentei”</i></p>	Vontade de Viver
Usa estratégias para compensar os problemas	Não usa	<p><i>“A minha irmã veio-me visitar hoje de manhã e fez o que tinha falado com o Enfermeiro. Pedi-lhe desculpa e disse-lhe que ela era a minha família que a amava e que para nos darmos bem não podíamos misturar as coisas”</i></p>	<p>Observado (Relação com a irmã e madrinha mais efetiva)</p>	
Usa estratégias para intensificar a saúde	Não usa	<p><i>“Esta noite preciso do comprimido para dormir Enfermeiro! Sinto-me mais irrequieta”</i></p>	<p><i>“Acho que estou com uma infeção urinária que me arde a fazer, é possível fazer alguma análise”</i></p>	

Tabela 9 – Avaliação dos cuidados de enfermagem à Sr.^a M.M.

Os resultados obtidos descritos na Tabela 9 permitem verificar uma melhoria do estado de saúde da doente e da sua qualidade de vida que se traduz ao nível da diminuição da agitação, da garantia de apoio social, da diminuição da ansiedade, de uma autoestima mais elevada que no ponto de partida, de um comportamento alimentar mais adequado, de um aumento dos conhecimentos sobre a saúde e sobre o regime medicamentoso, do desenvolvimento dos mecanismo de *coping*, de um crescimento da esperança, de uma diminuição da intensidade da sintomatologia da depressão, de força de vontade, de um menor isolamento social e de uma maior manifestação da vontade em viver.

Esta consciência do processo de evolução em saúde da doente foi obtida através da observação e análise dos relatos, pelo que para estes dados serem validados é necessário a aplicação IDB (Inventário de Depressão de Beck) no final do internamento para ter acesso ao seu autorrelato e verificar a variação do *score* obtido, ou seja, se o inventário de autorrelato descreve uma diminuição da intensidade da sintomatologia da depressão e uma melhoria dos sentimentos da doente em relação ao futuro e ao seu desejo em viver.

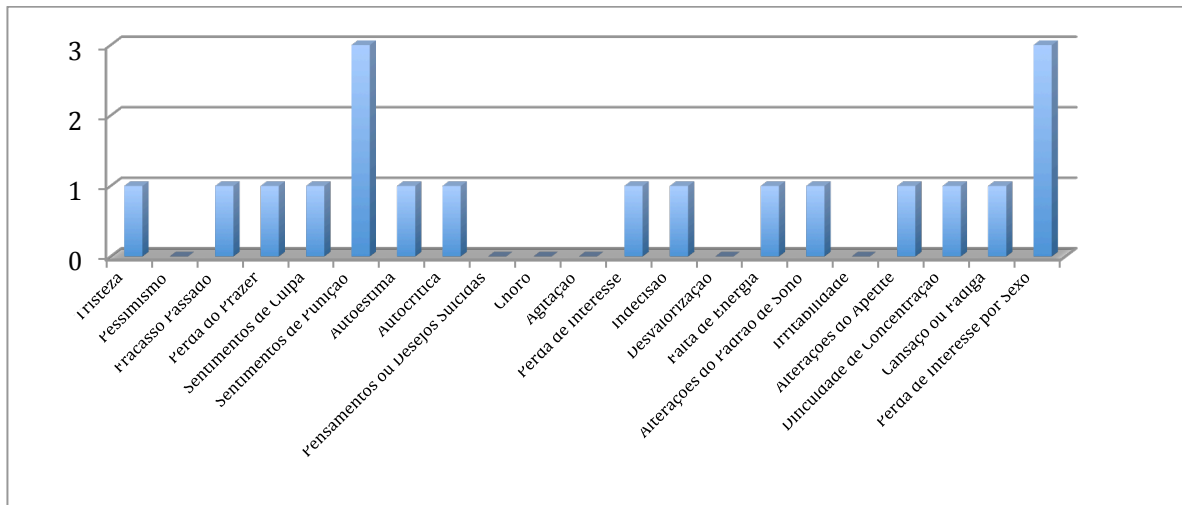


Figura 7 – IDB relativo à Sra. M.M. na avaliação final (Score 19 – Depressão Ligeira)

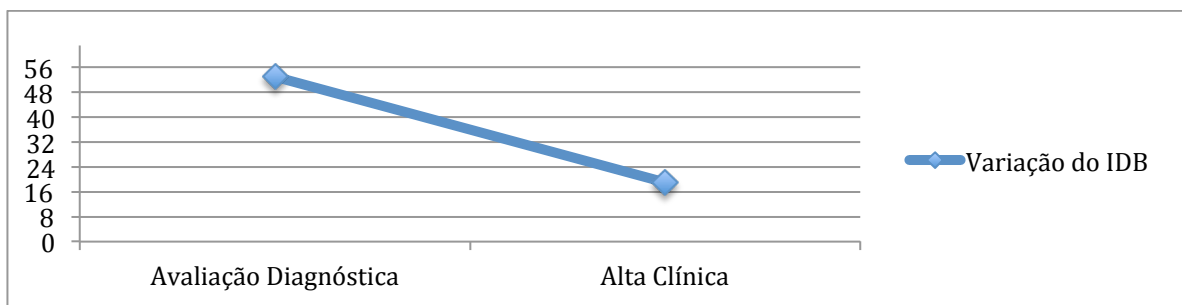


Figura 8 – Variação do Índice de Beck da Sr.^a M.M. ao longo do internamento no DPSM

Os resultados descendentes (de um *score* 53 para um *score* 19) resultantes da aplicação do IDB validam os resultados obtidos através do uso de indicadores da NOC, ou seja, ocorreu uma melhoria significativa do estado de saúde e da qualidade de vida da doente ao longo do internamento.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A profissão de enfermagem tem para com a sociedade civil um compromisso permanente de altruísmo, que, em si mesmo é um valor moral. Por outro lado, o conhecimento científico que acompanha de forma permanente o saber da disciplina de enfermagem é em si mesmo um valor fundamental para o enfermeiro que presta cuidados ao ser humano doente, que faz parte integrante de uma comunidade mas que apresenta necessidades culturais e pessoais específicas.

A pessoa que desenvolve um processo de doença e dá entrada no espaço físico deste tipo de unidades de saúde vê a sua autonomia diminuída e limitada, devido à existência de regras e deveres que lhe são impostos ou pelo menos é-lhe dificultado todo e qualquer comportamento ou ação que se oponha a estas limitações pré-definidas. Contudo, é necessário verificar que muitos dos doentes internados necessitam de reaprender a socializar e a modelar o seu comportamento perante as situações com que se deparam no dia-a-dia, com o objetivo de facilitar a sua integração no mundo social e familiar. Assim, importa referir que a existência de regras e deveres tem como propósito contribuir para este processo de reeducação.

O doente internado num serviço de psiquiatria para além da necessidade de cuidados de natureza técnica, necessita por outro lado de atenção sobre a sua pessoa e o seu problema de saúde. O estabelecimento de relações de afetividade com os doentes promove a humanização dos cuidados e consagra o sentimento de envolvimento, o que aumenta a qualidade dos cuidados que presto. Não só pelo carinho com a situação do doente, mas também pela garantia de uma prestação de cuidados que abrange todas as dimensões do ser humano. Embora, por vezes, as condições físicas e de recursos humanos para a prestação de cuidados de enfermagem não sejam os ideais, mas se de cada vez que me dirigir a um doente, o fizer centrado naquela pessoa e no seu problema recorrendo a habilidades como a aceitação, empatia, assertividade, respeito, autenticidade, humor e comunicação da esperança, de certeza que melho a qualidade dos cuidados que presto e o doente obtém dessa relação uma maior satisfação.

Foi necessário apresentar à partida sensibilidade nos cuidados que presto à população e investir qualidades subjetivas e comunicativas como resposta às exigências do meio, que também influencia o doente, englobando essas habilidades na agilidade e eficiência técnica. A promoção e a aceitação de sentimentos negativos e positivos como fator do cuidado para melhorar a comunicação com o doente, refere-se à abertura, presença e disponibilidade para escutar os seus pensamentos e sentimentos. Assim, procurei aproximar-me da visão do doente e estimular a que este expresse aquilo que sente e pensa da experiência que está a vivenciar.

Pelo que observei foi necessário na maioria das vezes demonstrar a abertura inicial para a interação com os doentes que foram elementos centrais no meu desenvolvimento. Contudo, a partir do momento em que houve o estímulo de atenção e demonstração de interesse a conversa flui, emergindo dúvidas, desabafos e indicação das necessidades dos doentes. Assim, fui capaz de desenvolver uma comunicação eficaz que permite o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança, possibilitando que esta relação terapêutica garanta a qualidade técnico-científica necessária mas também uma afinidade de harmonia e de segurança para o doente.

A empatia, a congruência e a simpatia que ofereci para a interação são elementos essenciais para atingir um estado relacional de ajuda e confiança com o doente que se encontra no serviço de psiquiatria. Isto pode ser alcançado sendo verdadeiro e demonstrando o autêntico “Eu”, desenvolvendo a empatia com o doente, ajustando o comportamento não-verbal ao estado de espírito da pessoa, recorrendo ao toque para reconfortar e apelando a palavras que expressem a vontade de partilhar as dificuldades que a pessoa sente. É necessário estimular a expressão da aceitação através de uma linguagem corporal aberta, toque afetivo e de um tom de voz que se adeque a cada momento. Verifico na minha prática que o recurso a estas habilidades marca uma grande diferença na qualidade do cuidado e na satisfação proporcionada, confirmando-se no interesse dos doentes em saber quando terminava o turno. O que para o doente representa uma garantia de segurança e para mim um reforço positivo para a forma como presto cuidados.

Convém aqui analisar a relação profissional que, como enfermeiro, estabeleço na prática diária de cuidados com os doentes internados no serviço de psiquiatria ao longo do Ensino Clínico. Nem sempre é possível apresentar as atitudes mais adequadas no

desempenho da profissão pelos diversos fatores que possam influenciar essa realidade. Contudo, para além dos fatores ambientais relacionados com o contexto de um serviço como a psiquiatria, descritos anteriormente, importa realçar fatores intrínsecos ao próprio doente e ao enfermeiro que possam ter influência na relação que se estabelece entre ambos.

O odor corporal constitui-se como um dos elementos que mesmo de forma inconsciente ou não, pode afetar o início da relação. Os cuidados de enfermagem às pessoas hospitalizadas estão impregnados de odores que, de alguma forma, têm importantes significados e produzem reações de diferentes intensidades. Mas paradoxalmente o exame físico constitui-se como uma análise essencial para a prestação de cuidados, e no ambiente hospitalar esta observação deve constituir-se como um fator de aproximação ao doente, com o objetivo de realizar uma observação cuidadosa e não ser um fator distanciador que cause perturbação na relação. Assim, entendo que os cheiros “contaminam” simbolicamente e criam imagens que se formam no imaginário, ao serem considerados no cuidado, devem ampliar os aspetos relacionais e não me devo alhear do doente por muito que isso influencie a minha prática, refletindo sobre essa necessidade. A repugnância que possa apresentar pelo odor corporal do doente mesmo que não manifestado verbalmente pode revelar-se através da comunicação não-verbal, o que por si só vai deteriorar a confiança deste na relação que se acaba de iniciar.

O sentido do olfato é o sentido mudo, que não tem palavras, e apresenta um efeito imediato. Por isso, os odores tocam-nos profundamente, os cheiros quando emanados atraem, repelem, envolvem e impregnam. Assim, posso considerar que o odor corporal do doente representa um estímulo que desencadeia um comportamento, quer seja de aproximação quer seja de repulsa, de qualquer das formas tenho consciência do efeito que a reação pode ter no outro e tenho de ser profissional no sentido de não prejudicar a relação terapêutica. Como os odores desagradáveis despertam desconforto, o comportamento mais comum é o enfermeiro afastar-se do doente. Mesmo sentindo repulsa pelo odor, procuro não manifestá-la para não ofender e entendo que, na maior parte das vezes, não depende do doente a resolução do problema e sim da prestação dos cuidados do enfermeiro.

Ao analisar de que forma é que o comportamento do doente ou o meu comportamento pode influenciar a relação é possível obter algumas conclusões. Os

sentimentos caracterizam a aproximação ou distanciamento, principalmente quanto à disponibilidade interna para ajudar o doente. Emoções como comiseração, pena, são provavelmente demonstradas a doentes com depressão que recorrem ao SI, e é revelada uma clara vontade de ajudar. Contudo, quando esta análise se coloca ao nível de doentes agressivos, que recorrem a este serviço de saúde é possível considerar emoções que exigem um esforço adicional de compromisso com os doentes.

A comunicação pode ser um recurso importante para o relacionamento interpessoal com o doente mental, e muitas vezes não é valorizada como forma de persuadir o doente a aceitar o tratamento ou a controlar as suas emoções. Estes comportamentos inadequados devem ser objeto de reflexão, uma vez que, enquanto profissional de saúde não me posso imiscuir das minhas responsabilidades. Contudo, é necessário que seja capaz de perceber o peculiar de cada situação e elaborar novas formas de pensar e agir em relação a estes casos, pois constituem-se como uma realidade do ambiente psiquiátrico.

Considero que, de um modo geral, consigo enfrentar determinadas situações sem demonstrar constrangimento, sejam relacionados com o odor, aspeto, comportamento ou outro fator, porque considero que para ser enfermeiro é necessário aceitar a diferença e aquilo que repugna ou inibe a população em geral. Mas, algumas vezes, a entonação da voz, expressões faciais, olhares entre colegas, etc. podem demonstrar uma certa repulsa da qual o doente toma consciência. Assim, a importância de refletir sobre fatores intrínsecos ao doente e há minha pessoa que podem minar a relação revelou-se de extrema importância, pois permitiu-me tomar consciência dessa realidade, o que facilita o controlo das atitudes desajustadas. Ao ter esta reflexão em consideração compreendo o efeito que a manifestação de repulsa representa para uma pessoa que vive já uma situação em que se encontra debilitada, devendo ter consciência das minhas ações e comportamentos no sentido de ser o mais profissional possível no cumprimento das funções.

Numa análise das intervenções terapêuticas que realizei com os doentes com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e de modo a interceder sobre os juízos diagnósticos identificados como perturbados na fase de avaliação diagnóstica, verifico que para além das intervenções mencionadas anteriormente, neste relatório, terem um papel fundamental nos resultados de evolução clínica obtidos, o potencial terapêutico

que o desenvolvimento da literacia em saúde, da realização do passeio terapêutico, da prática de atividades lúdicas e da realização de reuniões de grupo representou para este grupo.

As intervenções de formação e ensino realizadas visam aumentar a literacia em saúde sobre a depressão, ansiedade, comportamento assertivo e regime terapêutico em que os conhecimentos são reduzidos e refletem-se ao nível do agravamento dos sintomas, demora na procura de ajuda profissional, na perpetuação do estigma e na continuidade ao longo do tempo de comportamentos inadequados que são prejudiciais para os doentes. O reforço da literacia dos doentes constitui-se como um importante passo no caminho para a sua reabilitação, uma vez que, a capacidade de reconhecer a sintomatologia da depressão ou diferentes tipos de sofrimento psicológico, os fatores de risco e causas, técnicas de intervenção de autoajuda, a ajuda profissional disponível e sobre como procurar informação sobre a saúde mental, tornam-nos obviamente mais preparados para lidar com as dificuldades vivenciadas.

O passeio terapêutico consiste na possibilidade de os doentes com o meu acompanhamento, e de um AO, saírem do SI e darem uma caminhada pelo espaço exterior do HESE (permanecendo sempre no serviço pelo menos um enfermeiro e um AO). O principal objetivo desta intervenção é ausentar os doentes do local de internamento permitindo-me a interação com o doente num espaço que não o represente, obtendo benefícios terapêuticos. O ser humano interage com o ambiente de forma contínua e esta interação com outros ambientes sob a minha supervisão é um fator importante para a sua saúde mental, para a sua capacitação e reabilitação. O passeio terapêutico permite a criação de um ambiente informal onde o doente, por vezes, se sente mais descontraído e expressa as suas emoções e problemas de forma livre. Facilitar a expressão de sentimentos e emoções revelou-se uma etapa fundamental na construção de relações de confiança com os doentes, visto que estes aliviam a carga emocional associada ao partilhar a informação. O doente vê-me como um profissional de saúde que não o irá criticar mas sim proporcionar compreensão, apoio e delinear estratégias que lhe permitam superar as dificuldades sentidas e recuperar a sua qualidade de vida. O passeio terapêutico revela-se ainda proveitoso no sentido em que representa uma atividade de lazer, habitualmente realizada porque o doente a quer realizar e não porque a tem de fazer, o que representa um estímulo para a sua

capacidade de decisão e uma oportunidade para eu avaliar o comprometimento deste com o seu processo de recuperação e integração.

O desenvolvimento de atividades lúdicas refere-se há minha participação em jogos e atividades (damas, dominó, construção de puzzles, pintar, etc.), com objetivo de facilitar ao doente a sua integração no ambiente do SI e promover a oportunidade de momentos lúdicos que proporcionem a que este se alheie da sintomatologia da doença, do sofrimento físico e mental que acarreta, facilitando o processo de fundação de uma relação de confiança. Ao participar neste tipo de atividades de lazer, que ocorrem num ambiente mais descontraído, é-me possível interceder pelos doentes com depressão como um elo de ligação que lhes servirá de trampolim para o estabelecimento de novas relações com os outros doentes e profissionais do SI. A criação de novas relações representará para os doentes um reforço positivo para as suas capacidades, reforçando-lhes a autoconfiança e a autoestima, minimizando o isolamento social característico dos doentes que sofrem com esta patologia.

As reuniões de grupo revelam-se importantes porque as pessoas com transtornos mentais apresentam dificuldade na gestão de conflitos e no relacionamento interpessoal. O programa de treino assertivo implementado nos doentes internados com o diagnóstico de depressão revelou-se mais uma resposta para este problema. Por outro lado, estas reuniões têm utilidade para debater as normas do serviço (tornando o doente um parceiro na prestação de cuidados), ajuda mútua e para os doentes darem sugestões de melhoria.

Admitindo que um dos objetivos primordiais da intervenção terapêutica é o de melhorar a qualidade de vida dos doentes, esta poderá ser uma forma de análise para avaliar o impacto que determinada condição provoca na própria pessoa, e ao mesmo tempo, analisar os resultados terapêuticos obtidos após a aplicação de uma estratégia de intervenção nos doentes com depressão. Esta abordagem tem a pertinência de reforçar o papel do doente dando-lhe um lugar de destaque e reconhecendo que o potencial de recuperação e reabilitação se encontra no seu interior.

A maioria dos investigadores aceita que, de um modo genérico, a qualidade de vida relacionada com a saúde resulta de um processo de bem-estar físico, mental e social, sendo esta conceção alargada posteriormente para refletir a extensão em que a pessoa é capaz de realizar as suas aspirações, de satisfazer as suas necessidades e de

modificar ou lidar com o meio que a envolve. Alguns domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde incluem a saúde física, a saúde emocional, o funcionamento cognitivo, a qualidade dos relacionamentos pessoais e a produtividade no trabalho. Deste modo ao conseguir, juntamente com o doente, obter resultados de evolução clínica nestes domínios representa, para além de um alívio da sintomatologia depressiva, uma melhoria do seu estado de saúde e consequentemente uma melhoria da sua qualidade de vida.

Perante estes factos importa analisar os resultados das intervenções terapêuticas desenvolvidas e que contribuíram para a evolução clínica dos doentes internados com o diagnóstico de depressão no sentido de documentar o desenvolvimento de competências:

Juízos Diagnósticos	Casos Clínicos	Indicadores de Evolução Clínica ao longo do Internamento
Agitação Atual	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a C.C. (Anexo XV) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Mostra concentração Mostra interesse pelo que a cerca Mostra nível de energia adequado Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a J.M. (Anexo XVI) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoriza a intensidade da ansiedade
	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a C.C. (ANEXO XV) Sr.^a J.M. (Anexo XVI) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Relata um sono adequado Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade Relata duração aumentada do tempo entre episódios ansiosos Relata duração diminuída dos episódios ansiosos Reduz estímulos ambientais quando ansiosa Usa técnicas de relaxamento
Apoio Social Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) 	<ul style="list-style-type: none"> Relata ambiente social estável

	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Relata contatos sociais de apoio Relata existência de rede social de assistência Relata existência de pessoas capazes de ajudar Evidencia desejo de procurar ajuda dos outros
Autocuidado comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a R.C. (Anexo XIV) 	<ul style="list-style-type: none"> Lava e seca o corpo Mantém a higiene corporal Obtém itens para o banho Escolhe as roupas Veste as roupas Realiza a higiene íntima após urinar ou evacuar
	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a R.C. (Anexo XIV) 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza a higiene oral após realizar os cuidados de higiene corporal e seguir às refeições Mantem a higiene oral
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Verbalizações de autoaceitação
	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a R.C. (Anexo XIV) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção de uma postura ereta Manutenção do contato olhos-nos-olhos Aceitação da crítica construtiva Desejo de confrontar os outros Sentimentos de auto-valorização Manutenção da higiene Descrição de sucesso na realização de tarefas
Cognição Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a R.C. (Anexo XIV) Sr.^a C.C. (Anexo XV) Sr.^a J.M. (Anexo XVI) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Comunica com clareza e adequação para a idade e capacidade Processa as informações Pesa as alternativas ao tomar decisões
Comportamento Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a R.C. (Anexo XIV) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém uma ótima ingestão calórica diária Mantém o padrão alimentar recomendado Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) Sr.^a E.T. (Anexo XIII) Sr.^a R.C. (Anexo XIV) Sr.^a C.C. (Anexo XV) Sr.^a J.M. (Anexo XVI) Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfrenta os problemas Expressa sentimentos e emoções livremente Demonstra estratégias para gerir a raiva Usa estratégias de enfrentamento eficazes Demonstra autoconhecimento e

		afasta-se de situações excessivamente stressantes • Comunica de forma assertiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a E.T. (Anexo XIII) • Sr.^a R.C. (Anexo XIV) • Sr.^a C.C. (Anexo XV) • Sr.^a J.M. (Anexo XVI) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a E.T. (Anexo XIII) • Sr.^a R.C. (Anexo XIV) • Sr.^a C.C. (Anexo XV) • Sr.^a J.M. (Anexo XVI) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição da administração correta da medicação
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a E.T. (Anexo XIII) • Sr.^a C.C. (Anexo XV) • Sr.^a J.M. (Anexo XVI) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição dos efeitos secundários da medicação
<i>Coping</i> Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Procura informações sobre a doença e o tratamento • Emprega comportamentos para reduzir o <i>stress</i> • Usa estratégias eficazes de enfrentamento • Relata redução do <i>stress</i> • Verbaliza necessidade de auxílio
Desesperança Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) • Sr.^a R.C. (Anexo XIV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de orientação futura positiva • Expressão de vontade viver • Expressão de razões para viver • Fixação de metas
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de prazer de viver
Força de Vontade Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a R.C. (Anexo XIV) • Sr.^a C.C. (Anexo XV) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) 	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio do humor
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.^a F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima
Hipoatividade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.^a R.C. (Anexo XIV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra concentração

	<ul style="list-style-type: none"> – quando a ação é muito prolongada no tempo perde capacidade em se concentrar • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª R.C. (Anexo XIV) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra que cuida da higiene pessoal adequadamente • Mostra nível adequado de energia • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia
Insónia Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª R.C. (Anexo XIV) • Sr.ª C.C. (Anexo XV) • Sr.ª J.M. (Anexo XVI) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relata sono adequado (mais de 5h) • Apresenta rotina de sono (limitação - rotina do SI do DPSM)
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª R.C. (Anexo XIV) • Sr.ª C.C. (Anexo XV) • Sr.ª J.M. (Anexo XVI) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª C.C. (Anexo XV) • Sr.ª J.M. (Anexo XVI) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades como voluntário
Tristeza Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª R.C. (Anexo XIV) • Sr.ª C.C. (Anexo XV) • Sr.ª J.M. (Anexo XVI) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Melhoria da capacidade enfrentamento • Envolvimento social
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª J.M. (Anexo XVI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio do humor
	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima
Vontade de Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Sr.ª M.M. (Corpo do Relatório) • Sr.ª E.T. (Anexo XIII) • Sr.ª R.C. (Anexo XIV) • Sr.ª J.M. (Anexo XVI) • Sr.ª F.C. (Anexo XVII) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de determinação em viver • Expressão de esperança • Usa estratégias para compensar os problemas • Usa estratégias para intensificar a saúde

Tabela 10 – Indicadores de evolução clínica dos doentes com depressão

A Tabela 10 demonstra os juízos diagnóstico identificados na fase de avaliação e planeamento dos cuidados necessários para os doentes que enformam o presente relatório. Para além de realizar os juízos diagnóstico destes seis doentes com o diagnóstico de depressão, exponho os indicadores de evolução clínica que foi possível atingir, com maior ou menor eficácia, após integrarem o programa de reabilitação estruturado em conjunto comigo.

A intenção com que o doente evolui clinicamente num determinado indicador pode ser maior ou menor, não sendo possível quantificar, pelo que importa então verificar se existiu uma diminuição da sintomatologia depressiva e um aumento da qualidade de vida do doente através do seu próprio autorrelato. Assim, o instrumento IDB (Inventário de Depressão de Beck) possibilita essa mesma análise através da variação do *score* obtido desde o momento de admissão ao momento da alta clínica do SI do DPSM, importando validar se este teve um declínio ao longo do processo de sistematização dos cuidados de enfermagem:

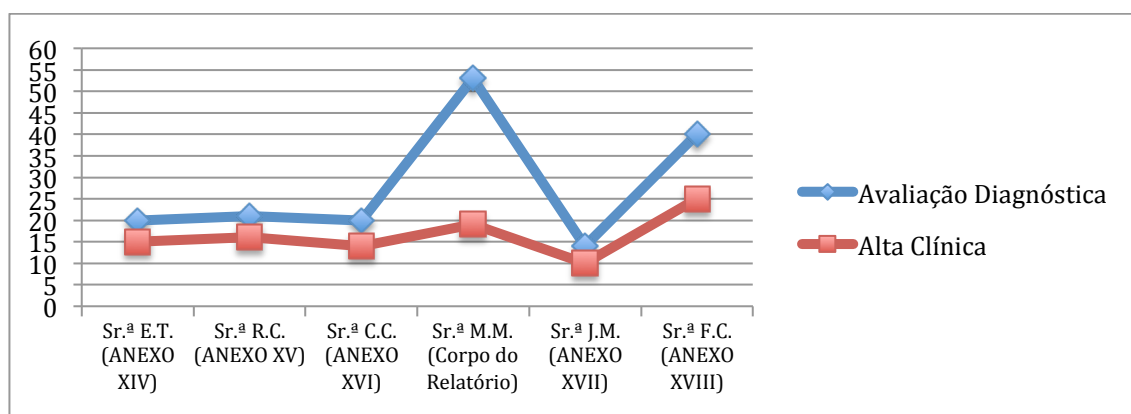


Figura 9 – Variação do IDB ao longo do internamento no DPSM

A avaliação da efetividade dos cuidados também foi realizada através da reflexão sobre a prática clínica; observação do doente e da sua evolução ao longo do processo terapêutico delineado; do referencial descrito como resultados esperados (NOC); do *feedback* dos elementos da equipa multidisciplinar; do *feedback* do enfermeiro especialista supervisor; da realização e avaliação do relatório do Ensino Clínico pela professora orientadora. Os resultados obtidos foram ainda validados com recurso ao IDB (Inventário de Depressão de Beck II), aplicando o mesmo no momento

de avaliação diagnóstica inicial e na fase de avaliação da efetividade dos cuidados. A avaliação permite tomar decisões conscientes e com o objetivo clínico de melhorar a qualidade dos cuidados, contribuindo para a compreensão dos resultados alcançados de modo a identificar falhas. O que me permitiu compreender se os objetivos foram alcançados e se desenvolvi as competências a que me propus.

A Figura 9 expõe o *score* obtido por cada um dos seis doentes que fizeram parte do processo de desenvolvimento de competências no IDB, no momento de avaliação diagnóstica inicial e no momento da alta clínica. O gráfico é analisado de forma vertical sendo que o símbolo (◆) representa o *score* obtido por cada doente no momento da admissão e o símbolo (■) no momento em que este tem alta clínica, e é terminado o programa implementado para proporcionar uma melhoria da qualidade de vida em doentes com depressão em contexto de internamento. Assim, é possível concluir que em todos os casos clínicos ocorreu uma diminuição da sintomatologia depressiva e consequentemente uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, o que lhes proporcionará bem-estar e facilitará juntamente com as habilidades adquiridas ao longo deste processo uma melhor integração no seu meio familiar e social. Estes resultados permitem ainda validar a evolução clínica obtida pelos doentes nos indicadores descritos na Tabela 10 e de que modo é que estes se constituem como uma melhoria para a sua qualidade de vida e bem-estar.

A apresentação destes resultados, como mencionado anteriormente, permite documentar o processo de desenvolvimento de competências que experienciei ao realizar o Ensino Clínico. A competência manifesta uma conduta ajustada à situação a que se refere. Assim, ser competente implica saber como agir em cada situação concreta, presumindo uma compreensão, um juízo sobre a situação e uma intencionalidade da ação. As exigências profissionais do trabalho dos enfermeiros incluem competência, responsabilidade, trabalho em equipa e um desenvolvimento colaborativo de saberes. A formação consiste num processo contínuo de acomodação pessoal do saber em contextos interativos. Sendo o enfermeiro um profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais aos indivíduos, família, grupos e comunidade. Um enfermeiro especialista deve possuir para além de um conjunto de competências comuns, de acordo com a OE, um leque de competências específicas. Desta forma, procuro conjugar e

descrever as competências que consegui desenvolver.

O Ensino Clínico possibilitou momentos de avaliação, observação e de intervenção em contexto de internamento. Nesta atmosfera formativa é suposto, enquanto estudante de mestrado, desenvolver atitudes e processos de autorregulação e integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos adquiridos na componente teórica e prática, através da interação com situações reais. A relevância desta componente formativa para o desenvolvimento da competência profissional é indubitável, pois esta oferece um contexto de aprendizagem que permite o contato com a prática, a mobilização integrada e contextualizada de diferentes saberes e o estabelecimento de uma identidade profissional.

Considerando que a minha especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria implicou a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área, de acordo com o Regulamento n.º 129/2011 o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental deve:

“além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico...” (p.8669).

Importa então passar a enunciar as competências que considero ter desenvolvido durante a realização do ensino clínico no SI do DPSM, com a implementação do projeto de reabilitação e com a aquisição de vivências formativas resultantes da ação dentro do contexto clínico que se encontram explanadas ao longo do relatório, tendo por base o documento legal atrás mencionado.

Ao demonstrar tomada de consciência de mim mesmo durante a relação terapêutica e durante a realização das intervenções terapêuticas, desenvolvi o meu autoconhecimento com o objetivo de que as minhas emoções, sentimentos, valores e vivências não interferissem negativamente na relação terapêutica com o doente. Através da realização de um momento pessoal preparatório prévio à intervenção terapêutica e aceitando o doente tal como ele é.

Desenvolvi competências de avaliação das necessidades em saúde mental dos doentes, nos diversos contextos sociais e territoriais por si ocupados através da análise da relação que este estabelece com o meio familiar e social onde se insere e da repercussão que este representa para a sua saúde mental. Avaliando os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, assim como, os fatores

predisponentes para a depressão no grupo de doentes.

O Ensino Clínico possibilitou-me desenvolver competências ao executar uma avaliação global que permite a descrição da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental dos doentes e das famílias. Através da avaliação das respostas dos doentes às situações de desenvolvimento pessoal e à sua problemática de vida, das capacidades que eles possuem e dos recursos que estes apresentam na comunidade para recuperar a sua saúde mental, integrando-os no planeamento dos cuidados necessários. Por fim, na avaliação do impacto da depressão na qualidade de vida e bem-estar dos doentes procurando intervenções terapêuticas que visem a melhoria da funcionalidade e autonomia.

Desenvolvi competências ao nível da coordenação, implementação e ao desenvolver o projeto de promoção e proteção da saúde mental no SI. Implementando o projeto de reabilitação no SI do DPSM que visa promover o *empowerment*, a saúde mental e prevenir uma nova crise depressiva através da participação direta do doente e da sua família na sua reabilitação e tratamento. Procurando ainda a redução dos fatores de *stress*, dos comportamentos desviantes, a gestão de conflitos e um aumento da expressão de emoções e sentimentos.

Foi-me possível desenvolver competências ao nível do estabelecimento de diagnósticos de saúde mental dos doentes, identificando os seus problemas e necessidades específicas, integrando a sua família na prestação cuidados e na preparação da alta. Avaliando e identificando o impacto da sintomatologia da depressão, dos fatores de *stress* e das crises na saúde mental do doente e da sua família e diferenciado e intervindo sobre os estados fisiológicos, perturbações orgânicas e problemas de saúde física dos doentes resultantes da sintomatologia da depressão ou de qualquer outra perturbação de carácter físico, psicológico ou social. Avaliando o potencial risco de o doente realizar comportamentos autodestrutivos de modo a garantir a sua segurança, incluindo a família na preparação para a deteção de sinais de alarme.

O Ensino Clínico permitiu-me identificar os resultados esperados com a implementação do projeto de saúde, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental como os da NOC. Ao identificar, descrever e monitorizar os resultados clínicos obtidos com a implementação do projeto de reabilitação, que se relacionam com o comportamento dos doentes com depressão, tendo por base a sua problemática de vida,

a sintomatologia manifestada para determinar a efetividade do plano de cuidados elaborado e os ganhos de evolução clínica.

Ao recorrer à metodologia de gestão de casos no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o doente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde foi-me possível desenvolver competências ao nível das funções de terapeuta de referência, coordenação e gestão dos casos. Implementando intervenções educativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a depressão; ensinando os doentes e a família acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas; educando e ajudando o doente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas (ex. TRMPJ); demonstrando sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos como: sexualidade, violência física e psicológica, abuso de substâncias, problemas familiares, problemas laborais; analisando o impacto dos sintomas da depressão na capacidade para aprender do doente e planeando a educação de acordo com essa avaliação; considerando a melhoria do autocuidado do doente com depressão na intervenção efetuada e promovendo a adesão ao tratamento dos doentes com depressão.

Foi possível ainda desenvolver competências ao implementar processos terapêuticos para restaurar a saúde mental dos doentes e prevenir a incapacidade, utilizando técnicas que aumentam o *insight* dos doentes. Permitindo-lhes elaborar novas razões para o problema, facilitando respostas adaptativas (ex. RPD) que permitam recuperar a saúde mental, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida e utilizando técnicas terapêuticas que permitem aos doentes libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (ex. entrevista de ajuda, TRMPJ, etc.). Promovendo a reabilitação de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais.

A aprendizagem realizada ao longo do Ensino Clínico processa-se de acordo com os vários métodos, baseando-se num modelo de autoprodução, através da resolução de problemas da prática, é colaborativo e tem foco na minha cultura. Estes fatores determinam-me um aprendiz e formador. No entanto, o desenvolvimento de

competências é suportado pelas características inerentes a cada dimensão (ética, estética, empírica), não sendo cada uma delas, por si só, determinante. Fazem depender de mim, por características individuais de personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade e pessoalidade, o modo como efetuei o seu desempenho. Os dados permitem afirmar que o contexto foi determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura do serviço, nas diferentes dimensões um fator a considerar. Por outro lado, a definição prévia de um plano de atuação, apesar das variações impostas pela individualidade de cada doente e pela sua problemática de vida, possibilitou um processo de aprendizagem estruturado e com pontos definidos para o desenvolvimento de competências tornando a realização desta etapa formativa extremamente enriquecedora a nível pessoal e profissional.

5 – CONCLUSÃO

Ao longo da realização do Ensino Clínico foi-me exigido como aluno uma atitude dinâmica de procura e aprendizagem no processo de formação. Posto isto, e ponderada a necessidade de desenvolver uma reflexão para a identificação e compreensão das necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional, para a partir deste ponto procurar recursos humanos e organizacionais que fossem ao encontro, tendo em conta a minha experiência profissional e as competências profissionais que gostaria de trabalhar e desenvolver. Desta forma, considero que o SI do DPSM deu resposta às necessidades de desenvolvimento pessoal, conhecendo agora o contexto e o objetivo de realizar o Ensino Clínico a prestar cuidados a doentes com o diagnóstico de depressão. Por outro lado, a seleção deste campo de estágio possibilitou dar réplica a outras prioridades que considero pertinentes como: proximidade à área de residência; conhecer a realidade ao nível da saúde mental e psiquiatria no HESE, visto ser funcionário desta instituição; a existência dos recursos materiais e humanos para responder às minhas necessidades de aprendizagem; os doentes internados no serviço com o diagnóstico de depressão inserirem-se no conceito da reabilitação psicológica e social; a articulação e continuidade de cuidados entre os diferentes membros da equipa (enfermeiros, médicos, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistente social, etc.).

O Ensino Clínico foi encarado como um espaço produtivo em contexto de trabalho e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal, mas simultaneamente, constituiu-se também numa fonte de dificuldades, motivadora de sentimentos de insegurança e *stress*, ultrapassados à medida que fui adquirindo competências. Se é verdade que são produzidas transformações em quem recebe os cuidados, também é verdade que estas se verificam em quem os executa, ao nível das emoções, dos sentimentos e das competências.

Relacionar-me com os outros em vários estados de vulnerabilidade e de grande sofrimento, requer uma grande experiência, abertura e uma aprendizagem contínua ao longo do tempo. A análise do desempenho dos enfermeiros da equipa e do supervisor pressupõem estratégias renovadas e uma visão holística, com a finalidade de identificar e descrever as suas competências. Essas competências permitem uma abordagem do

papel do enfermeiro de acordo com as atuais exigências. As orientações da enfermeira (supervisor clínico) e da professora orientadora foram fundamentais e constituem o complemento de toda a formação obtida.

O objetivo geral de desenvolver competências da prática clínica na área especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi atingido, concretamente, na prestação de cuidados ao adulto com humor deprimido, durante o processo de internamento. Considero que o programa de melhoria da qualidade de vida do modo como foi delineado e implementado oferece uma visão abrangente da pessoa com depressão, possibilitando uma intervenção terapêutica efetiva e inclusiva de todas as suas dimensões. O que permitiu atingir resultados de evolução clínica significativos dada a limitação temporal associada a este novo paradigma que potencia a desinstitucionalização, a alta precoce e preconiza a intervenção ao nível da comunidade.

A maior gratificação que me é possível retirar deste Ensino Clínico para além do desenvolvimento de competências, que me permitirá daqui em diante ser um melhor enfermeiro, foi o agradecimento e a constatação de ter tido um papel relevante na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos doentes com quem me foi possível trabalhar e relacionar, a eles também, o meu muito obrigado pelo crescimento pessoal e profissional que me possibilitaram.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeodato, V. G.; Carvalho, R. R.; Siqueira, V. R. & Souza, F.G. M. (2005) – **Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros.** *Revista de Saúde Pública*, 39(1), p.108-113
- Aglio, D. C. D. & Hutz, C. S. (2004) – **Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados.** *Psicologia: Reflexão e crítica*, 17(3), p.341-350
- Alarcão, I.; org. (2000) – **Escola reflexiva e supervisão: Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem.** Porto Editora. Porto
- Alberti, R. & Emmons, M. (2008) – **Your perfect right.** 9ª Edição. Impact Publishers. California
- Almeida, E. H. R. (2010) – **Dignidade, autonomia do paciente e doença mental.** *Revista de Bioética*, 18(2), p. 381-395
- ¹Almeida, J.M.C.; et al (2010) – **Estudo Nacional de Saúde Mental.** The World Mental Health Survey Initiative
- Anjos, S. C. B. D. G. (2010) – **Desesperança e agressividade na adolescência e qualidade de vinculação aos pais.** Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Psicologia. Dissertação de Mestrado. Lisboa. http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1258/Tese_Sandra_Anjos_Final.pdf?sequence=1
- Apóstolo, J.; Figueiredo, M.; Mendes, A.; & Rodrigues, M. (2011) – **Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), p.348-353
- Bahls, S. & Bahls, F. R. C. (2002) – **Depressão na adolescência: características clínicas.** *Interação em Psicologia*, 6(1), p.49-57
- ¹Bahls, S. (2002) – **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes.** *Jornal de Pediatria*, 78(5), p.359-366
- Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001) – **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes.** *Psicologia: ciência e profissão*, 21(2), Junho. Brasília

- Barge-Schaapveld, D., Nicolson, N., Berkhof, J. & de Vries, M. (1999) – **Quality of Life in Depression: daily life determinants and variability.** *Psychiatry Research*, 88, p.173-189
- Barros, A. L. B. L.; et al (2010) – **Anamênese & exame físico.** 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre
- Basto, M. L. & Magão, M. T. (2001) - **Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação.** *Revista Investigação em Enfermagem*, (4), p. 3-18
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1997) – **Terapia Cognitiva da Depressão.** Artmed. Porto Alegre
- Benjamin, A. (1993) – **A entrevista de ajuda.** 5ª Edição. Martins Fontes. São Paulo
- Benner, P. (2001) – **De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem.** Quarteto Editora. Coimbra
- Beteghelli, P.; Toledo, V. P.; Crepschi, J. L. B. & Duran, E. C. M. (2005) – **Sistematização da assistência em enfermagem de um ambulatório de saúde mental.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(3), p.334-343
- Borges, E & Ferreira, T. (2013) – **Relaxamento: estratégia de intervenção no stress.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, p.37-42, Dezembro
- Botvin, G. J.; Griffin, K. W.; Diaz, T. & Ifill-Williams, M. (2001) – **Drug abuse prevention among minority adolescents: posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention.** *Prevention Science*, 2(1), p.1-13
- Calheiros, P. R. V.; Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2006) – **Comorbidades psiquiátricas no tabagismo.** *Aletheia*, 23, p.65-74, Janeiro-Junho
- Calil, H. M. & Pires, M. L. N. (1998) – **Aspectos gerais das escalas de avaliação da depressão.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), Edição especial, p.240-244
- Caplan, G. (1980) – **Princípios de psiquiatria preventiva.** Zahar Editores. Rio de Janeiro
- Campos, J. R. (2010) – **Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos.**

- Universidade Federal de São Carlos. Centro de Educação e Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado. <http://www.ppgpsi.ufscar.br/defesas/diss-jrc>
- Catafesta, F.; Venturi, K. K.; Zagonel, I. P. S. & Martins, M. (2007) – **Cuidado de enfermagem na transição ao papel materno entre puérperas**. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9(2), p. 457-475
 - Cestari, M. E. (2003) – **Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(1), p.34-42, Abril, Porto Alegre
 - Cigarro, A. F. M. (2011) – **Vinculação, memórias de cuidados na infância, autoconceito e depressão em adolescentes**. Universidade Lusófona. Departamento de Psicologia. Dissertação de Mestrado. Lisboa <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1673>
 - Chalifour, J. (1989) – **La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste**. Editions Camarre. Paris
 - Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1999) – **Integrated Knowledge Development in Nursing**. 6º Edition. Mosby. St. Louis
 - CIPE/ICNP (2002) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Gráfica 2000
 - CIPE/ICNP (2011) – **Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Versão 2. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2
 - Costa, I. A. N. C. (2012) – **Adolescência: ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas**. Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA). Dissertação de Mestrado. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2270/1/14501.PDF>
 - Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999) – **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. RJ: Vozes. Petrópolis
 - Felício, J. L. & Pessini, L. (2009) – **Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais**. *Revista Bioética*, 17(2), p.203-220
 - Finger, I. R. (2008) – **Validade de contributo do inventário de depressão de Beck-II em uma população universitária**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia. Dissertação em Psicologia Clínica

- Foucault, M. (1972) – **Histoire de la folie à l'âge classique**. Gallimard. Paris
- Garcia, J. J.; Pillon, S. C. & Santos, M. A. (2011) – **Relações entre o contexto familiar e o uso de drogas em adolescentes do ensino médio**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, p. 753-761, May-June
- Giavoni, A.; Melo, G. F.; Parente, I. & Dantas, G. (2008) – **Elaboração e validação da escala de depressão para idosos**. *Caderno de Saúde Pública*, 24, p.975-982
- Gomes-Oliveira, M. H.; Gorenstein, C.; Neto, F. L.; Andrade, L. H. & Wang, Y. P. (2012) – **Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, p.389-394
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (1998) – **Inventário de depressão de Beck propriedades psicométricas da versão em português**. *Revista Psiquiatria Clínica*, 25(5), Edição Especial, p.245-250
- Graça, L. C. C. (2010) – **Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno**. Universidade de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>
- Grilo, A. I. R. M. (2010) – **Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competência**. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Psicologia. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2249>
- Grilo, A. M. (2012) – **Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente**. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), p. 283-297
- Guilhardi, H. J. (2012) – **Assertividade-inassertividade em um referencial comportamental**. Instituto de terapias por contingências de reforçamento. Campinas
- Gusmão, R. M.; Xavier, M.; Heitor, M. J.; Bento, A. & Almeida, J. M. C. (2005) – **O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal**. *Acta Médica Portuguesa*, 18, p.129-146

- Johnson, M.; Maas, M. & Moorhead, S. (2004) – **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 2ª Edição. Artmed. Porto Alegre
- Joyce-Moniz L. & Barros, L. (2005) – **Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção**. 1ª Edição. Edições ASA. Porto
- Kant, I. (2003) – **A metafísica dos costumes**: Contendo a doutrina do direito e a doutrina da virtude. 1ª Edição. Edipro - Edições Profissionais. São Paulo
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997) – **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª Edição. Artmed. Porto Alegre
- Katz, L. & Rubin, M. (2000) – **Mantenha o seu cérebro vivo**. Sextante. São Paulo
- Kerouác, S. (1994) – **La pensée infirmière**. Editions Malouine
- Kilkus, S. P. (1993) – **Assertiveness among professional nurses**. *Journal of Advanced Nursing*, (18), p. 1324-1330
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008) – **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), p.S54-S64
- Laufer, M. (2000) – **O adolescente suicida**. Climepsi Editores. Lisboa
- Laje, R.P.; Berman, J.A. & Glassman, A.H. (2001) – **Depression and nicotine: preclinical and clinical evidence for common mechanisms**. *Current Psychiatry Reports*, 3(6), p.470-474
- Lazure, H. (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lusodidacta. Lisboa
- Lima, A. F. B. S. & Fleck, M. P. A. (2009) – **Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura**. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 31(3), Porto Alegre
- Lima, M. S. (1999) – **Epidemiologia e impacto social**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, p.1-5, Maio
- Lin, Y.; et al. (2008) – **Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients**. *Journal of Clinical Nursing*, (17), p. 2875-2883
- Lopes, M. J. (1999) – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações**. Gráfica 2000
- Lopes, M. J. (2005) – **Os utentes e os enfermeiros: construção de uma**

relação. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Repositório da Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64583>

- Lopes, M. J. (2006) – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica.** Formasau. Coimbra
- Loureiro, C. (2013) – **Treino de competências sociais: uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos de intervenção.** *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, (9), Junho, p. 41-47
- Loureiro, E.; et al (2008) – **A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da faculdade de medicina do Porto.** *Acta Médica Portuguesa*, 21, p.209-214
- Lucchese, R & Barros, S. (2006) – **Pedagogia das competências: um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – revisão da literatura.** *Acta Paul Enferm*, 19(1), p.92-99
- Maia, J. M. D. & Williams, L.C. A. (2005) – **Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área.** *Temas em Psicologia*, 3(2), p.91-103
- McCall, W.; Cohen, W.; Reboussin, B. & Lawton, P. (1999) – **Effect of mood and age on quality of life in depressed inpatients.** *Journal of Affective Disorders*, 55(2), p.107-114
- McCloskev, J. C. & Bulechek, G. M. (2004) – **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 3ª Edição. Artmed. Porto Alegre
- McIntyre, T.; Barroso, R. & Lourenço, M. (2002) – **Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes.** *Revista de Saúde Mental*, IV(5), p.13-24, Setembro-Outubro
- Mello, M. T.; Boscolo, R. A.; Esteves, A. M. & Tufik, S. (2005) – **O exercício físico e os aspetos psicobiológicos.** *Rev Bras Med Esporte*, 11(3), Maio/Junho
- Melo-Dias, C.; Rosa, A. & Pinto, A. (2014) – **Atividades de ocupação terapêutica – Intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, p.15-23, Junho
- Mendes, J. M. G. (2006) – **A relação de ajuda: um instrumento no processo**

de cuidados de enfermagem. *Revista Informar*, 36, p.71-77, Ano XII, Janeiro-Junho

- Mercer, R. T.; Nichols, E. G. & Doyle, G.C. (1988) – **Transitions over the life cycle: A comparison of mothers and non mothers.** *Nursing Research*, 37(3), May/June, p.144-151, New York
- Minayo, M. C. S. (1993) - **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª Edição. Hucitec-Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro
- Ministério da Saúde (2008) – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.** Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa
- Moreira, A. C. F. (2012) – **Resiliência e coping: a exposição interparental enquanto experiência traumática.** Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado. Porto.
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67945/2/90100.pdf>
- Morihisa, R. S.; Barroso, L. P. & Scicoletto, S. (2007) – **Labeling disorder: the relationship between conduct problems and drug use in adolescents.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(4), p. 308-31
- Nobile, M.; Cataldo, G. M.; Marino, C. & Molteni, M. (2003) – **Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents.** *CNS Drugs*, 17(3), p. 927-946
- Oliveira-Brochado, F. & Oliveira-Brochado, A. (2008) – **Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência.** *Saúde Mental*, 26(2), p.27-36, Julho/Dezembro
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – **Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem.** Divulgar. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – **Passagem de turno aos doentes, em enfermarias.** Parecer CJ/20, 14 de Maio. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (2002) – **Relatório mundial de Saúde 2001: Saúde mental – Nova conceção, nova esperança.** Direção Geral de Saúde. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (2003) – **Adherence to long-term therapies.**
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/lttherapies/en/

- Pacheco, M. A.; et al (2003) – **Aspectos d funcionamento de unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral.** *Revista de Psiquiatria RS*, (suplemento 1), p.106-114, Abril
- Paranhos, M.; Argimon, I. & Werlang, B. (2010) – **Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II em adolescentes.** *Avaliação Psicológica*, 9(3), p.383-392
- Passos, J.; Sequeira, C. & Fernandes, L. (2012) – **Prevalência dos focos de enfermagem de saúde mental em pessoas mais velhas: resultados de uma pesquisa documental realizada no serviço de psiquiatria.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, Junho
- Peplau, H. E. (1990) – **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica.** Salvat Editores, Barcelona
- Phaneuf, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lusociência. Loures
- Pio Abreu, J. L. (2011) – **Introdução à psicopatologia compreensiva.** 6ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2013) – **Fundamentos de enfermagem.** 8ª Edição. Elsevier Editora. São Paulo
- Pyne, J.; et al (1997) – **Assessment of the Quality of Life of patients with Major Depression.** *Psychiatric Services*, 48(2), p.224-230
- Queirós, P. J. P. (2014) - **Reflexões para uma epistemologia da enfermagem.** *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), Julho-Setembro, p. 776-781
- Ramos, M. P. (2002) – **Apoio social e saúde entre idosos.** *Sociologias*, 7, p.156-175
- Regulamento n.º 129/2011 da Ordem dos Enfermeiros. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**, de 18 de Fevereiro. Diário da República II Série. No 35 (11-02-18), p. 8669-8673
- Ribeiro, J. P. L. (2005) – **Introdução à Psicologia da Saúde.** 1ª Edição. Quarteto. Coimbra

- Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. (1997) – **Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde**. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, p-357-370
- Riley, J. B. (2004) – **Comunicação em enfermagem**. Lusociência. Loures
- Roehrs, H.; Maftum, M. A.; Mazza, V. A. & Borille, D. A. (2007) – **Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(1), p.110-119, Janeiro-Março
- Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (2014) – **Psiquiatria fundamental**. Editora Lidel. Lisboa
- Scherer, Z. A. P.; Scherer, E. A. & Labate, R. C. (2002) – **Interconsulta de enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1), p.7-14, Janeiro-Fevereiro
- Seifert, L. (2009) – **Treino em assertividade**. 1ª Edição. Monitor Projectos e Edições, Lda
- Seganfredo, D. H. & Almeida, M. A. (2011) – **Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 8 Telas, Janeiro-Fevereiro
- Selltiz, C. et al (1987) - **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2ª Edição. EPU. São Paulo
- Serra, S. (2014) – **Intervenções de enfermagem na pessoa com sintomatologia depressiva: uso do relaxamento**. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Relatório do Trabalho Projecto do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6745/1/Tese%20mestrado%20Sandra%20Serra,%20SETEMBRO%202014,%20Final!.pdf>
- Shansis, F. M. & Cordioli, A. V. (2005) – **Psicofármacos: consulta rápida**. Artmed. Porto Alegre
- Silva, H. B. (2010) – **Beneficência e paternalismo médico**. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 10(Supl. 2), p.419-425, Dezembro. Recife
- Silva, R. S.; Silva, I.; Silva, R. A.; Souza, L. & Tomasi, E. (2010) – **Atividade física e qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), p.115-120

- Simões, J.; Fonseca, M. & Belo, A. P. (2006) – **Relação de ajuda: Horizontes de existência.** *Revista de Referência*, II(3), p.45-54
- Slater, J. (1989) – **Effecting personal effectiveness: assertiveness training for nurses.** *Journal of Advanced Nursing*, (15), p. 337-356
- Stella, F.; Gobbi, S.; Corazza, D. I. & Costa, J S. R. (2002) – **Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física.** *Motriz*, 8(3), p.91-98, Agosto-Dezembro
- Stoneman, Z. Brody, G.H. & Burke, M. (1989) – **Marital quality, depression, and inconsistenste parenting: Relationships with observed mother-child conflict.** *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), p.105-117
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001) – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática.** 6ª Edição. Artmed. Porto Alegre
- Takaki, M. H. & Sant`Ana, D. M. G. (2004) – **A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de unidade básica.** *Revista Cogitare Enfermagem*, 9(1), p.79-83, Janeiro/Junho, Curitiba
- Taylor, C. M. (1992) – **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness.** 13ª Edição. Artmed. Porto Alegre
- Teixeira, J. C. A.; Meireles, J. P. C. & Carvalho, J.C. (2010) – **A teoria das transições em saúde mental.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, p.45-52, Dezembro
- Thomas, S. P. (1982) – **How to conduct an assertion training course for nursing students: a step-by-step plan for instruction.** *Journal of Nursing Education*, 21(3), March
- Townsend, M. C. (2002) – **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados.** 3ª Edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro
- Tucci, A. M.; Kerr-Corrêa, F. & Dalben, I. (2001) – **Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), p.79-87
- Ulrich, R. S. (1991) – **Effects of health facility interior design on wellness: theory and scientific research.** *Journal of Health Care Design*, 3, p.97-109

- Vasconcelos, M.; Gillo, C.; Soares, M. (2009) – **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade. Brasil: Universidade de Minas Gerais.
- Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2007) – **Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes**. *Psicologia Clínica*, 19(2), p.101-116, Rio de Janeiro
- Werlang, B. S. G.; Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005) – **Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência**. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), p.259-266
- Windle, M. & Windle, R. C. (2001) – **Depressive symptoms and cigarette smoking moddle adolescents: prospective associations and interpersonal influences**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, p.215-226
- Zalaquett, C. P.; Stents, A. N. (2006) – **Psycochosocial treatments for major depression and dysthymia in older adults: a review of the research literature**. *Journal of Counseling & Development*, 84, Spring
- Zimmermann, P. R.; Carvalho, J. O. & Mari, J. J. (2004) – **Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), p.312-318, Setembro-Dezembro
- Zuben, N. A. (2006) – **Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico**. *O Mundo da Saúde*, 30(3), p.441-447, Julho-Setembro. São Paulo

Outras consultas realizadas:

- <http://www.acss.min-saude.pt/>
- www.hevora.min-saude.pt
- <http://www.portaldasaude.pt/portal>

ANEXOS

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do trabalho – Plano de Reabilitação Psicossocial

Eu, abaixo-assinado, _____
compreendi a explicação que me foi dada acerca do plano terapêutico em que irei
participar, tendo tido a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Foi-me dada informação detalhada e garantido o sigilo e confidencialidade das
informações que prestar.

Se o entender, poderei recusar-me a responder a questões que me sejam
colocadas, bem como desistir da minha participação no trabalho, em qualquer momento.

Por tudo o que atrás foi dito, aceito voluntariamente participar no estudo.

_____, ____ de _____ de 2015

Assinatura do participante:

ANEXO II

TRADUÇÃO LIVRE DE MARIA JOSÉ NOGUEIRA, JULHO DE 2011

ASSINALE O MAIS ADEQUADO

DESCRIÇÃO GERAL
APARÊNCIA

PESO

- ☐ OBESO
☐ EXCESSO PESO
☐ ABAIXO DO PESO NORMAL
☐ EMAGRECIDO

CABELO

- ☐ ESTILO BIZARRO
☐ COLORAÇÃO
☐ BARBA POR FAZER

OUTROS

- ☐ FERIDAS
☐ CICATRIZES
☐ TATUAGENS
☐ JÓIAS
☐ ÓCULOS
☐ APARELHO DENTAL

APARÊNCIA

- ☐ DESGRENHADO
☐ SUJO
☐ ODOR CORPORAL
☐ HALITOSE

VESTUÁRIO

- ☐ NU
☐ POUCO VESTIDO
☐ DEMASIADO VESTIDO
☐ BIZARRO
☐ ESTILO MILITAR

COMPORTAMENTO

MARCHA

- ☐ MARCHAR
☐ VACILANTE
☐ DESORDENADA
☐ ASSISTIDA

NÍVEL DE ACTIVIDADE

- ☐ CATAPLEXIA
☐ AGRESSIVO

REPETIÇÃO

- ☐ GESTOS
☐ MANEIRISMOS
☐ ESTEREOTIPADO
☐ AUTOMATISMO
☐ IMITAÇÃO
☐ ECOPRAXIA

HIPERACTIVIDADE

- ☐ AGITAÇÃO PSICOMOTORA
☐ HIPERACTIVIDADE
☐ TIQUE
☐ SONAMBULISMO
☐ COMPULSÃO

CATATONIA

- ☐ CATALEPSIA
☐ EXCITADO
☐ ESTUPOR
☐ RIGIDEZ
☐ POSTURAS
☐ ESTATICO
☐ NEGATIVISMO

DISCURSO

CADENCIA

- ☐ RÁPIDO
☐ LENTO

INTELIGIBILIDADE

- ☐ ARRASTADA
☐ MURMÚRIO
☐ GAGUEJA
☐ ACENTUA PALAVRAS

VOLUME

- ☐ ALTO
☐ SUSSURRA

QUALIDADE DISCURSO

- ☐ HESITANTE
☐ EMOCIONAL
☐ MONÓTONA
☐ ESTEREOTIPADA
☐ SEM ESPONTANEIDADE
☐ ECOLALIA
☐ VERBÍGERATIVO

QUANTIDADE

- ☐ TAGARELA
☐ BEM-FALANTE
☐ RESPONDÃO
☐ TACITURNO
☐ MUTISMO

ATITUDE FACE AO ENTREVISTADOR

- ☐ SEDUTOR
☐ BRINCALHÃO
☐ INSINUANTE
☐ AMIGÁVEL
☐ COOPERATIVO
☐ INTERESSADO
☐ ATENTO
☐ FRANCO
☐ INDIFERENTE
☐ EVASIVO
☐ DEFENSIVO
☐ HOSTIL

HUMOR & AFECTO

AFECTO

- ☐ EXTÁTICO
☐ EUFÓRICO
☐ EXPANSIVO
☐ ELEVADO
☐ EUTÍMICO
☐ DISFÓRICO
☐ ANEDÔNICO
☐ DEPRIMIDO
☐ ALEXITÍMICO
☐ ENLUTADO

OUTRAS EMOÇÕES

- ☐ PÂNICO
☐ RECEOSO
☐ ANSIOSO
☐ TENSO
☐ AGITADO
☐ APÁTICO
☐ IRRITÁVEL
☐ ZANGADO

OUTROS SINAIS

- ☐ AMBIVALENCIA
☐ MUDANÇA DE HUMOR

NEURO-VEGETATIVO

- ☐ ANOREXIA
☐ INSÔNIA
☐ HIPERSÔNIA
☐ DIMINUIÇÃO DA LIBIDO
☐ OBSTIPAÇÃO

EXPRESSÃO DOS AFECTOS

- ☐ NORMAL
☐ RETRAÍDA
☐ EMBOTADO
☐ SEM EXPRESSÃO

ADEQUAÇÃO

- ☐ APROPRIADO
☐ INAPROPRIADO
☐ LÁBIL

PERCEPÇÃO

ALUCINAÇÕES

- ☐ HIPNAGÓGICAS
☐ HIPNÓPMICAS
☐ AUDITIVAS
☐ VISUAIS
☐ OLFATIVAS
☐ GUSTATIVAS
☐ TÁCTEIS
☐ SOMÁTICAS
☐ LILIPUTIANAS
☐ CONGRUENTES HUMOR
☐ INCONGRUENTE COM HUMOR
☐ ALUCINOSE
☐ CINESTÉSICAS
☐ INCONSISTENTES

DISSOCIAÇÃO

- ☐ ANESTESIA HISTÉRICA
☐ MACROPSIA
☐ MICROPSIA
☐ DESPERSONALIZAÇÃO
☐ DESREALIZAÇÃO
☐ FUGA
☐ PERSONALIDADE MÚLTIPLA

AGNOSIA

- ☐ ANOSOGNOSIA
☐ AUTOTOPAGNOSIA
☐ VISUAL AGNOSIA
☐ ASTEREOGNOSIA
☐ PROSOPAGNOSIA

ACOMPANHAMENTO ACTUAL

- ☐ PSICOTERAPIA

☐ MEDICAÇÃO/ PSICOFÁRMACOS

PROCESSO DE PENSAMENTO
CONTEÚDO DO PENSAMENTO

- ☐ POBRE
- ☐ HIPERVALORIZAÇÃO
- ☐ TENDÊNCIA DO PENS
- ☐ EGOMANIA
- ☐ MONOMANIA
- ☐ HIPOCONDRIA
- ☐ OBSESSÃO
- ☐ COMPULSÃO
- ☐ CHAMAMENTO DIVINO

DELÍRIOS

- ☐ BIZARROS
- ☐ ORGANIZADO
- ☐ CONGRUENTES COM HUMOR
- ☐ INCONGRUENTE COM HUMOR
- ☐ NILISTAS
- ☐ SOMÁTICOS
- ☐ PARANÓIDES
- ☐ PERSECUTÓRIOS
- ☐ DE GRANDEZA
- ☐ DE AUTO REFERENCIA
- ☐ CULPA /AUTO ACUSATÓRIO
- ☐ CONTROLE DO PENSAMENTO
- ☐ ROUBO DO PENSAMENTO
- ☐ INSERÇÃO NO PENSAMENTO
- ☐ DIFUSÃO DO PENSAMENTO
- ☐ INFIDELIDADE
- ☐ EROTOMANIAS

AValiação DO RISCO
Suicídio

- ☐ **PREOCUPAÇÕES**
- IDEAÇÃO SUICIDA**
- ☐ HISTÓRIA
- ☐ TENTATIVA ANTERIOR
- ☐ IDEAÇÃO ACTUALMENTE
- ☐ IMPULSIVIDADE
- ☐ PLANO VIÁVEL
- ☐ MEIOS DISPONÍVEIS
- ☐ AJUSTE DE ASSUNTOS

ATITUDE DE HOSTILIDADE

- ☐ INTIMIDAÇÃO ANTERIOR
- ☐ HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA
- ☐ TENTATIVA ACTUAL T
- ☐ IMPULSIVIDADE
- ☐ PLANO VIÁVEL
- ☐ MEIOS DISPONÍVEIS

☐ **FOBIAS**

- ☐ SIMPLES
- ☐ SOCIAL
- ☐ ACROFOBIA
- ☐ AGORAFOBIA
- ☐ CLAUSTROFOBIA
- ☐ XENOFOBIA
- ☐ ZOOFOBIA

FORMA DO PENSAMENTO

GERAL

- ☐ TRANSTORNO MENTAL
- ☐ NEUROSE
- ☐ PSICOSE
- ☐ TESTE DA REALIDADE
- ☐ DIST. PENSAMENTO FORMAL
- ☐ PENSAMENTO ILÓGICO
- ☐ PENSAMENTO AUTISTA
- ☐ PENSAMENTO MÁGICO
- ☐ PENSAMENTO CONCRETO
- ☐ PENSAMENTO ABSTRACTO

ESPECÍFICO

- ☐ NEOLOGISMOS
- ☐ SALADA DE PALAVRAS
- ☐ CIRCUNSTANCIAL
- ☐ TANGENCIAL
- ☐ INCOERENTE
- ☐ PERSEVERAÇÃO
- ☐ CONDENSAÇÃO
- ☐ RESPOSTAS IRRELEVANTES
- ☐ AFROUXAMENTO
- ☐ FUGA DE IDEIAS
- ☐ ASSOCIAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO
- ☐ NEOLOGISMOS

DISTÚRBIOS DO DISCURSO

- ☐ PRESSIONADOS
- ☐ VOLÚVEL
- ☐ POBREZA DE DISCURSO
- ☐ POBREZA DE DISCURSO
- ☐ DISARTRIA

DISTÚRBIOS AfÁSICOS

- ☐ MOTOR
- ☐ SENSORIAL
- ☐ SINTAXE
- ☐ JARGÃO
- ☐ GLOBAL

SENSORIUM & COGNIÇÃO

CONSCIÊNCIA

- ☐ DESORIENTADO
- ☐ OBNUBILADO
- ☐ ESTUPOR
- ☐ DELIRANTE
- ☐ COMA
- ☐ COMA VIGIL
- ☐ ESTADO ALT CONSCIÊNCIA
- ☐ SONHADOR
- ☐ SONOLENTO

ORIENTAÇÃO

- ☐ NO TEMPO
- ☐ NO ESPAÇO
- ☐ NA PESSOA

CONCENTRAÇÃO

- ☐ DESATENÇÃO APÓS 7's
- ☐ DISTRACÇÃO FÁCIL
- ☐ DISTRAIDO

MEMORIA

- ☐ DEF. MEM REMOTA
- ☐ DEF NO PASSADO RECENTE
- ☐ DEF. NA MEM RECENTE
- ☐ DEF. MEM IMEDIATA

INTELIGÊNCIA

ATENÇÃO

- ☐ DISTRAI-SE
 - ☐ ATENÇÃO SELECTIVA
- SUGESTIBILIDADE**
- ☐ FOLIE À DEUX
 - ☐ HIPNOTIZADO

MEMORIA

- ☐ AMNÉSIA LOCALIZADA
- ☐ AMNÉSIA GENERALIZADA
- ☐ AMNÉSIA SELECTIVA
- ☐ AMNÉSIA CONTINUA
- ☐ PARAMNESIA
- ☐ FALSO RECONHECIMENTO
- ☐ CONFABULAÇÃO
- ☐ DÉJÀ ENTENDU
- ☐ DÉJÀ PENSÉ
- ☐ DÉJÀ VU
- ☐ JAMAIS VU
- ☐ HIPERMNESIA
- ☐ MEMÓRIA FOTOGRÁFICA

INTELIGENCIA

- ☐ ATRASO LEVE
- ☐ ATRASO MODERADO
- ☐ ATRASO SEVERO
- ☐ ATRASO PROFUND
- ☐ DEMENCIA
- ☐ PSEUDODEMENCIA

JUIZO

- ☐ CRITICO
- ☐ AUTOMATICO
- ☐ PREJUDICADO

INSIGHT

- ☐ INSIGHT COMPROMETIDO
- ☐ NEGAÇÃO DA DOENÇA
- ☐ LOCUS EXTERNO DA DOENÇA
- ☐ INSIGHT INTELLECTUAL
- ☐ VERDADEIRO *INSIGHT*

CONFIANÇA

- ☐ CONFIANTE
- ☐ DESCONFIADO
- ☐ EXAMINADO COMPULSIVAMENTE

RESUMO

COTAÇÃO PARA O
FUNCIONAMENTO GLOBAL

- ☒ 10 DANO IMINETE
- ☒ 20 POSSIBILIDADE DE DANO
- ☒ 30 SERIO COMPROMETIMENTO
- ☒ 40 GRAVE COMPROMETIMENTO
- ☒ 50 SIMTOMAS MARCADOS
- ☒ 60 SIMTOMS MODERADOS
- ☒ 70 SIMTOMAS LIGIEROS
- ☒ 80 LIGIERO COMPROMETIMENTO
- ☒ 90 SEM SIMTOMAS
- ☒ 100 FUNÇÃO SUPERIOR

INDICAÇÕES & RECOMENDAÇÕES

ASSINATURA DO TÉCNICO AVALIADOR

DATA

ANEXO III

Inventário da Depressão de Beck-II

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descrever o modo como você se tem sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2, ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em cada grupo lhe parecer apropriada, escolha a de número mais alto nesse grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações do apetite).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 – Não me sinto triste</p> <p>1 – Eu sinto-me triste grande parte do tempo</p> <p>2 – Estou triste o tempo todo</p> <p>3 – Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar</p>	<p>5. Sentimentos de Culpa</p> <p>0 – Não me sinto particularmente culpado(a)</p> <p>1 – Eu sinto-me culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito</p> <p>2 – Eu sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo</p> <p>3 – Eu sinto-me culpado(a) o tempo todo</p>
<p>2. Pessimismo</p> <p>0 – Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro</p> <p>1 – Eu sinto-me mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume</p> <p>2 – Não espero que as coisas resultem para mim</p> <p>3 – Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar</p>	<p>6. Sentimentos de Punição</p> <p>0 – Não sinto que estou a ser punido(a)</p> <p>1 – Sinto que posso ser punido(a)</p> <p>2 – Eu acho que serei punido(a)</p> <p>3 – Sinto que estou a ser punido(a)</p>
<p>3. Fracasso Passado</p> <p>0 – Não me sinto um(a) fracassado(a)</p> <p>1 – Tenho fracassado mais do que deveria</p> <p>2 – Quando penso no passado vejo muitos fracassos</p> <p>3 – Sinto que como pessoa sou um fracasso total</p>	<p>7. Autoestima</p> <p>0 – Eu sinto-me como sempre me senti em relação a mim mesmo(a)</p> <p>1 – Perdi a confiança em mim mesmo(a)</p> <p>2 – Estou desapontado(a) comigo mesmo(a)</p> <p>3 – Não gosto de mim</p>
<p>4. Perda do Prazer</p> <p>0 – Continuo a sentir o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto</p> <p>1 – Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir</p> <p>2 – Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar</p> <p>3 – Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que eu costumava gostar</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 – Não me crítico nem me culpo mais do que o habitual</p> <p>1 – Estou a ser mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser</p> <p>2 – Eu critico-me por todos os meus erros</p> <p>3 – Eu culpo-me por tudo de mau que acontece</p>
	<p>Subtotal página 1 - _____</p>

<p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 – Não tenho nenhum pensamento de me matar</p> <p>1 – Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso em frente</p> <p>2 – Gostaria de me matar</p> <p>3 – Eu matava-me se tivesse oportunidade</p> <p>10. Choro</p> <p>0 – Não choro mais do que chorava antes</p> <p>1 – Choro mais agora do que costumava chorar</p> <p>2 – Choro por qualquer coisa</p> <p>3 – Sinto vontade de chorar, mas não consigo</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 – Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes</p> <p>1 – Eu sinto-me mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes</p> <p>2 – Eu sinto-me tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado</p> <p>3 – Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho de estar sempre a mexer-me ou a fazer alguma coisa</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 – Não perdi o interesse pelas outras pessoas ou pelas minhas actividades</p> <p>1 – Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar</p> <p>2 – Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas</p> <p>3 – É difícil interessar-me por alguma coisa</p> <p>13. Indecisão</p> <p>0 – Tomo as minhas decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 – Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes</p> <p>2 – Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes</p> <p>3 – Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão</p>	<p>14. Desvalorização</p> <p>0 – Não me sinto sem valor</p> <p>1 – Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes</p> <p>2 – Eu sinto-me com menos valor quando me comparo com outras pessoas</p> <p>3 – Eu sinto-me completamente sem valor</p> <p>15. Falta de Energia</p> <p>0 – Tenho tanta energia hoje como sempre tive</p> <p>1 – Tenho menos energia hoje do que costumava ter</p> <p>2 – Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa</p> <p>3 – Não tenho energia suficiente para nada</p> <p>16. Alterações do padrão de sono</p> <p>0 – Não percebi nenhuma mudança no meu sono</p> <p>1a – Durmo um pouco mais do que o habitual</p> <p>1b – Durmo um pouco menos do que o habitual</p> <p>2a – Durmo muito mais do que o habitual</p> <p>2b – Durmo muito menos do que o habitual</p> <p>3a – Durmo a maior parte do dia</p> <p>3b – Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir</p> <p>17. Irritabilidade</p> <p>0 – Não estou mais irritado(a) do que o habitual</p> <p>1 – Estou mais irritado(a) do que o habitual</p> <p>2 – Estou muito mais irritado(a) do que o habitual</p> <p>3 – Fico irritado(a) o tempo todo</p> <p>18. Alterações do apetite</p> <p>0 – Não percebi nenhuma mudança no meu apetite</p> <p>1a – O meu apetite está um pouco menor do que o habitual</p> <p>1b – O meu apetite está um pouco maior do que o habitual</p> <p>2a – O meu apetite está muito menor do que o habitual</p> <p>2b – O meu apetite está muito maior do que o habitual</p> <p>3a – Não tenho nenhum apetite</p> <p>3b – Quero comer o tempo todo</p> <p>Subtotal página 2 - _____</p>
---	--

<p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 – Posso concentrar-me tão bem quanto antes</p> <p>1 – Não me posso concentrar tão bem como habitualmente</p> <p>2 – É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo</p> <p>3 – Eu acho que não me consigo concentrar em nada</p> <p>20. Cansaço ou fadiga</p> <p>0 – Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual</p> <p>1 – Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual</p> <p>2 – Eu sinto-me muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer</p> <p>3 – Eu sinto-me muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer</p> <p>21. Perda de interesse por sexo</p> <p>0 – Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 – Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar</p> <p>2 – Estou muito menos interessado(a) em sexo agora</p> <p>3 – Perdi completamente o interesse por sexo</p>	<p>Subtotal página 1 - _____</p> <p>Subtotal página 2 - _____</p> <p>Subtotal página 3 - _____</p> <p>PONTUAÇÃO TOTAL - _____</p>
--	---

ANEXO IV

Registo de Pensamentos Disfuncionais (Baseado Knapp & Beck, 2008)

Registo de Pensamentos Disfuncionais

Instruções: Quando você notar que o seu humor está a ficar pior, pergunte-se: *O que está acontecer no meu pensamento?* E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento Automático. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento. A seguir, verifique quanto realistas ou verdadeiros são estes pensamentos, e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação.

Avalie quanto mudou o seu pensamento original.

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
Especifique a situação, o que aconteceu? Onde estava, fazendo o quê? Quem estava envolvido?	Que pensamentos e/ou imagens passaram na sua cabeça naquela situação? Sublinhe o pensamento mais importante ou aquele que mais o/a incomodou. Se possível avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%)	Que sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva, etc.) você sentiu naquela situação? Se possível avalie a intensidade de cada um (0-100%)	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos pensamentos automáticos. Se possível avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa (0-100%).	Avalie quanto você acredita agora nos seus pensamentos automáticos (0-100%) e na intensidade das suas emoções (0-100%).

Para construir a alternativa faça as perguntas:

1. Quais são as evidências de que o pensamento automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?
2. Há explicações para o evento, ou formas alternativas de ver a situação?
3. Quais são as complicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual a pior situação? O que é mais realista? O que é possível fazer a respeito?

ANEXO V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM DOENTES COM DEPRESSÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO DPSM:

INDICADORES DE EVOLUÇÃO CLÍNICA DA NOC E ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS DE AUTORRELATO

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Porquê o DPSM do HESE:

- Proximidade à área de residência
- Como funcionário do HESE é pertinente conhecer a realidade ao nível da Saúde Mental e Psiquiatria
- Articulação e complementaridade da equipa multidisciplinar, o que facilita a continuidade dos cuidados
- Abandono do paradigma asilar e implementação do paradigma comunitário – baseia-se em intervenções que promovam o *empowerment* e o *recovery* dos doentes
- Possibilidade de trabalhar os doentes com o diagnóstico de depressão com vista à reabilitação psicológica e social
- Projetos implementados no SI do DPSM são integrantes do programa de reabilitação psicossocial (ex. sessões de relaxamento, passeio terapêutico, etc.)

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Porquê a depressão?

- A OMS defende que nas próximas 2 décadas a depressão irá substituir as patologias infecciosas e as consequências da má nutrição, como os problemas de saúde prioritários da população mundial (OMS, 2002)
 - Problema de saúde pública
- É a principal causa de incapacidade a nível mundial, resulta numa diminuição da qualidade de vida, da produtividade laboral e num aumento do absentismo (Gusmão et al, 2005)
 - Apresenta um impacto económico de 1 200 milhões de euros/ano
- Um estudo descritivo correlacional nos cuidados de Saúde Primários em Portugal revela que 40,52% da população analisada apresenta algum grau de depressão e destes 12,24% apresenta níveis de depressão graves (Apóstolo et al, 2011)

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Porquê as pessoas com depressão?

- Problemas ao nível da capacidade funcional:
 - 23% dos doentes relatam que o seu estado de saúde os força a permanecer na cama a maior parte do dia em comparação com 5% da população geral (McIntyre et al, 2002)
- Alterações do padrão alimentar com consequências nefasta para a saúde do indivíduo (Jacobson et al, 1998)
- Níveis elevados de ansiedade que condicionam a integração familiar/social e a produtividade laboral (Apóstolo et al, 2011)
- Privação de sono com repercussão nos processos afetivos e cognitivos (Pinto et al, 2012)
- Estado de desesperança que impede a pessoa de lutar (Laufer, 2000)
- Isolamento social da pessoa com repercussões ao nível da criação da sua base cognitivo-social (Cordeiro et al, 2006)
- Reportório de habilidades sociais fraco ao nível do: autocontrole, empatia, civilidade, assertividade, agilidade social e da abordagem afetiva (Campos, 2010)
- Défice de prestação de cuidados a doentes com depressão (Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016)
 - 33,6% dos doentes mentais em Portugal não recebem o tratamento adequado

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Fases do programa de reabilitação psicossocial:

1. Entrevista de avaliação diagnóstica para conhecer e avaliar a resposta da pessoa à doença:
 - Os dados pessoais (idade, género, sexualidade, personalidade, capacidade de enfrentamento do *stress*, antecedentes pessoais de doença)
 - O significado da doença para o doente (perdas, luto, modificações nas AV's)
 - Experiências prévias, crenças e valores
 - Habilidades para o autocuidado
 - Capacidade cognitiva e défice de conhecimentos sobre a doença
 - Emoções e pensamentos disfuncionais
 - Os dados socioculturais (dificuldades de relacionamento com familiares, situação laboral e económica, recursos sociais disponíveis, significado social da doença)
 - Comportamentos de risco adoptados

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Fases do programa de reabilitação psicossocial:

2. Entrevista de avaliação e ensino (no contexto da entrevista de ajuda):

Depressão/ Ansiedade (Shansis & Cordioli, 2005)	Terapêutica (Saraiva & Cerejeira, 2014)
<ul style="list-style-type: none">• Sintomas• Etiologia• Prognóstico• Fatores indutores• Fatores protetores• Impacto social da doença	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo terapêutico• Efeitos secundários e a sua diminuição ao longo do tratamento• Efeito terapêutico pleno do antidepressivo ao fim de 2 a 3 semanas
<ul style="list-style-type: none">• Estimular a literacia em saúde• Reconhecer novas crises• Diminuir a ansiedade• Promover a saúde mental	<ul style="list-style-type: none">• Estimular a literacia em saúde• Adesão ao tratamento• Diminuir a ansiedade

Outros ensinios realizados: *alimentação saudável, higiene oral, diabetes mellitus, sono adequado...*

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Fases do programa de reabilitação psicossocial:

3. Treino Assertivo (no contexto da entrevista de ajuda):

<u>1ª Fase Relaxamento</u> (Serra, 2014; Borges & Ferreira, 2013)	<u>2ª Fase Ensino</u> (Phaneuf, 2005)	<u>3ª Fase</u> <u>Reestruturação</u> <u>Cognitiva</u> (Zalaquett & Stents, 2006; Knapp & Beck, 2008)	<u>4ª Fase Ensaio das</u> <u>Resposta Adequadas</u> (Knapp & Beck, 2008; Loureiro, 2013; Melo-Dias et al, 2014)
<ul style="list-style-type: none">• TRMPJ	<ul style="list-style-type: none">• Diferenciar os comportamentos comunicacionais passivos, agressivos e assertivos• As formas de comunicação não-verbal e verbal associadas• Direitos assertivos• Estratégias para a assertividade	<ul style="list-style-type: none">• RPD	<ul style="list-style-type: none">• Ensaio comportamental• Modelação• Discussão• Reforço positivo / autoreforço
<ul style="list-style-type: none">• Diminuição da ansiedade• Facilitação do processo de aquisição de habilidades• Diminuição da tensão muscular• Proporcionar bem-estar	<ul style="list-style-type: none">• Promover a literacia• Aquisição de novas competências• Melhoria das relações sociais	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver competências para a expressão de sentimentos e gestão de situações comportamentais	<ul style="list-style-type: none">• Modificar respostas não adaptativas encontrando formas efetivas de enfrentar situações reais• Melhoria dos níveis de confiança da pessoa para

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

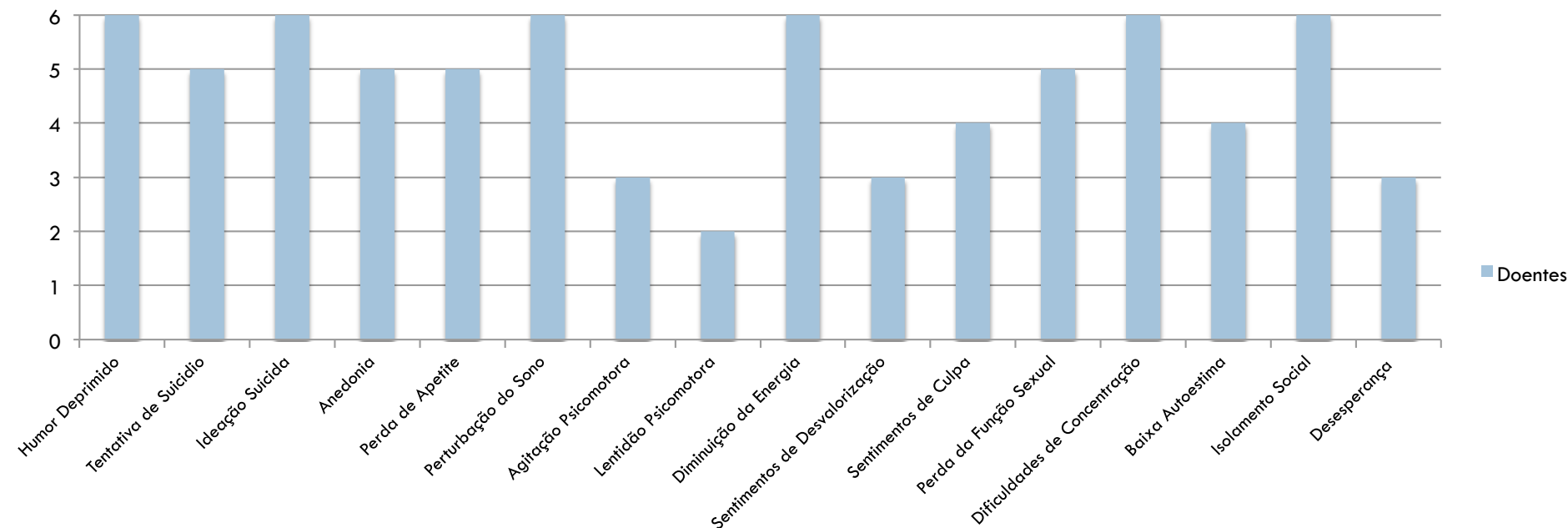
□ Caracterização da População quanto à sintomatologia depressiva:

Género:

6 Doentes do sexo feminino

Idade Média:

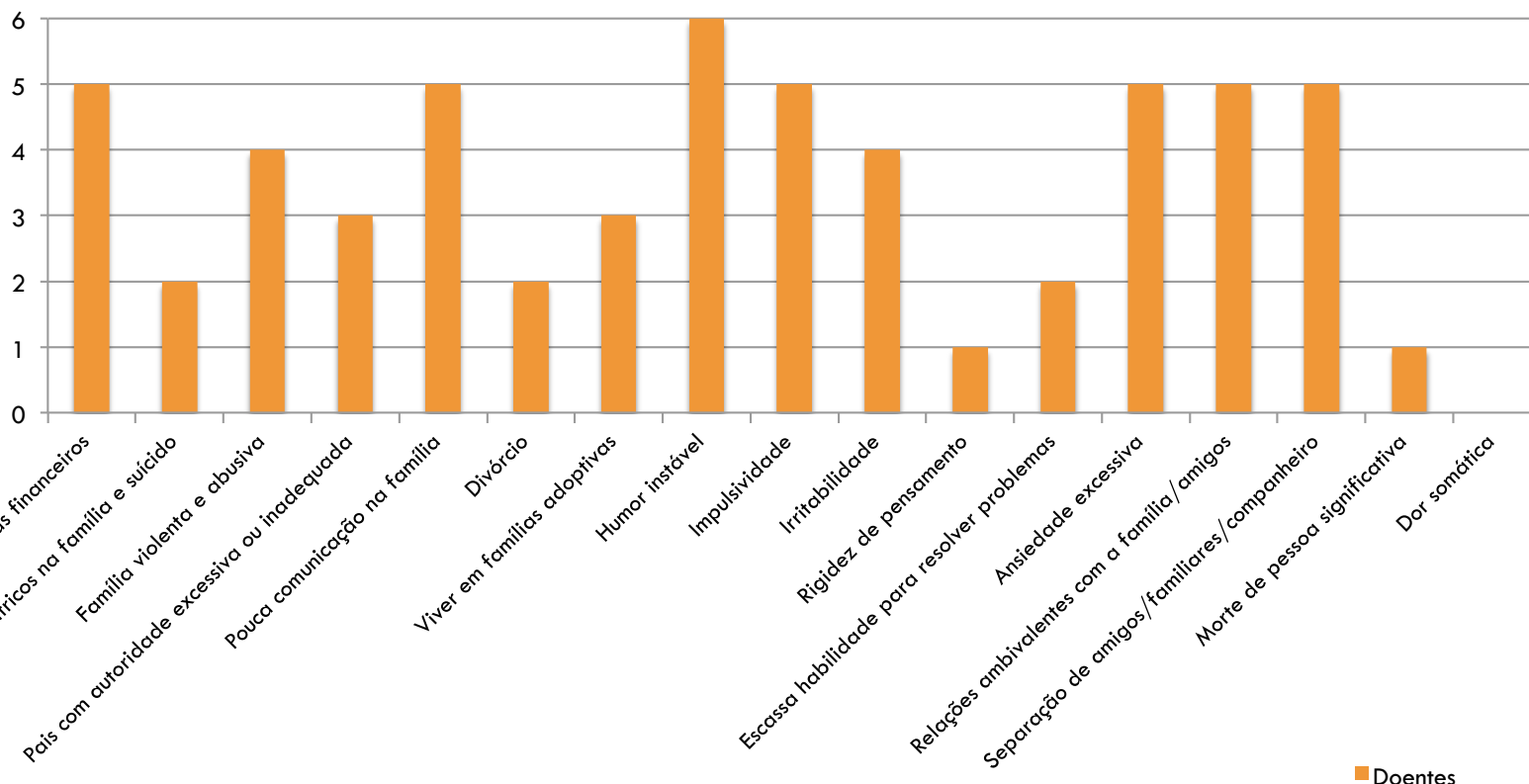
43 anos (Sendo que em 4 não é o episódio inaugural)



Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Caracterização da População quanto aos fatores de risco:

Fatores de Risco para a Depressão



Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Agitação Atual	<ul style="list-style-type: none">Mostra concentraçãoMostra interesse pelo que a cercaMostra nível de energia adequadoMostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia	Sr.ª M.M. Sr.ª C.C. Sr.ª F.C.	4/4
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none">Monitoriza a intensidade da ansiedadeRelata um sono adequadoRelata ausência de manifestações físicas da ansiedadeRelata duração aumentada do tempo entre episódiosRelata duração diminuída dos episódios ansiososReduz estímulos ambientais quando ansiosaUsa técnicas de relaxamento	Sr.ª C.C.	6/7
		Sr.ª M.M. Sr.ª E.T. Sr.ª J.M Sr.ª F.C.	7/7

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Apoio Social Comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Relata ambiente social estável• Relata contatos sociais de apoio	Sr.ª M.M.	5/5
	<ul style="list-style-type: none">• Relata existência de rede social de assistência• Relata existência de pessoas capazes de ajudar• Evidencia desejo de procurar ajuda dos outros	Sr.ª E.T. Sr.ª F.C.	4/5
Autocuidado Comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Lava e seca o corpo• Mantém a higiene corporal• Obtém itens para o banho• Escolhe as roupas• Veste as roupas• Realiza a higiene íntima após urinar ou evacuar	Sr.ª R.C.	6/6
	<ul style="list-style-type: none">• Realiza a higiene oral após realizar os cuidados de higiene corporal e a seguir às refeições• Mantém a higiene oral	Sr.ª E.T. Sr.ª R.C.	2/2

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none">• Verbalizações de autoaceitação• Manutenção de uma postura ereta• Manutenção do contato olhos-nos-olhos• Aceitação da crítica construtiva• Desejo de confrontar os outros• Sentimentos de auto-valorização	Sr.ª M.M. Sr.ª E.T. Sr.ª F.C.	8/8
	<ul style="list-style-type: none">• Manutenção da higiene• Descrição de sucesso na realização de tarefas	Sr.ª R.C.	7/8
Cognição Comprometida	<ul style="list-style-type: none">• Comunica com clareza e adequação para a idade e capacidade• Processa as informações• Pesa alternativas ao tomar decisões	Sr.ª R.C. Sr.ª E.T. Sr.ª C.C. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	3/3

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Comportamento Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Mantém uma ótima ingestão calórica diária• Mantém o padrão alimentar recomendado• Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos	Sr.ª M.M. Sr.ª R.C. Sr.ª F.C.	3/3
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Enfrenta os problemas• Expressa sentimentos e emoções livremente• Demonstra estratégias para gerir a raiva• Usa estratégias de enfrentamento eficazes• Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes• Comunica de forma assertiva	Sr.ª R.C. Sr.ª E.T. Sr.ª C.C. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	6/6

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença 	Sr.ª R.C. Sr.ª E.T. Sr.ª C.C. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	4/4
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição da administração correta da medicação • Descrição dos efeitos secundários da medicação 	Sr.ª C.C. Sr.ª E.T. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	3/3
		Sr.ª R.C.	2/3
Coping Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Procura informações sobre a doença e o tratamento • Emprega comportamentos para reduzir o <i>stress</i> • Usa estratégias eficazes de enfrentamento • Relata redução do <i>stress</i> • Verbaliza necessidade de auxílio 	Sr.ª M.M. Sr.ª F.C.	5/5

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Desesperança Atual	<ul style="list-style-type: none">Expressão de orientação futura positivaExpressão de vontade viverExpressão de razões para viver	Sr.ª M.M. Sr.ª F.C.	5/5
		Sr.ª R.C.	4/5
Força de Vontade Diminuída	<ul style="list-style-type: none">Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-diaAceitação do estado de saúdeMelhoria da esperançaEnvolvimento socialMelhoria da capacidade enfrentamentoEquilíbrio do HumorMelhoria da Autoestima	Sr.ª R.C. Sr.ª C.C.	5/7
		Sr.ª M.M.	7/7
		Sr.ª F.C.	6/7
Hipoatividade Atual	<ul style="list-style-type: none">Mostra concentraçãoMostra que cuida da higiene pessoal adequadamenteMostra nível adequado de energiaMostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Sr.ª R.C. (quando muito prolongadas as intervenções perde a concentração) Sr.ª F.C.	4/4

Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Insónia Atual	<ul style="list-style-type: none"> Relata sono adequado (mais de 5h) Apresenta rotina de sono (limitação - rotina do SI do DPSM) 	Sr.ª R.C. Sr.ª E.T. Sr.ª C.C. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	2/2
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> Interação com membros do grupo Participação em atividades de lazer Desempenho de atividades como voluntário 	Sr.ª R.C.	2/3
		Sr.ª E.T. Sr.ª C.C. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	3/3
Tristeza Atual	<ul style="list-style-type: none"> Aceitação do estado de saúde Melhoria da esperança Melhoria da capacidade enfrentamento Envolvimento social Equilíbrio do humor Melhoria da Autoestima 	Sr.ª E.T. Sr.ª M.M.	6/6
		Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	5/6
		Sr.ª R.C. Sr.ª C.C.	4/6

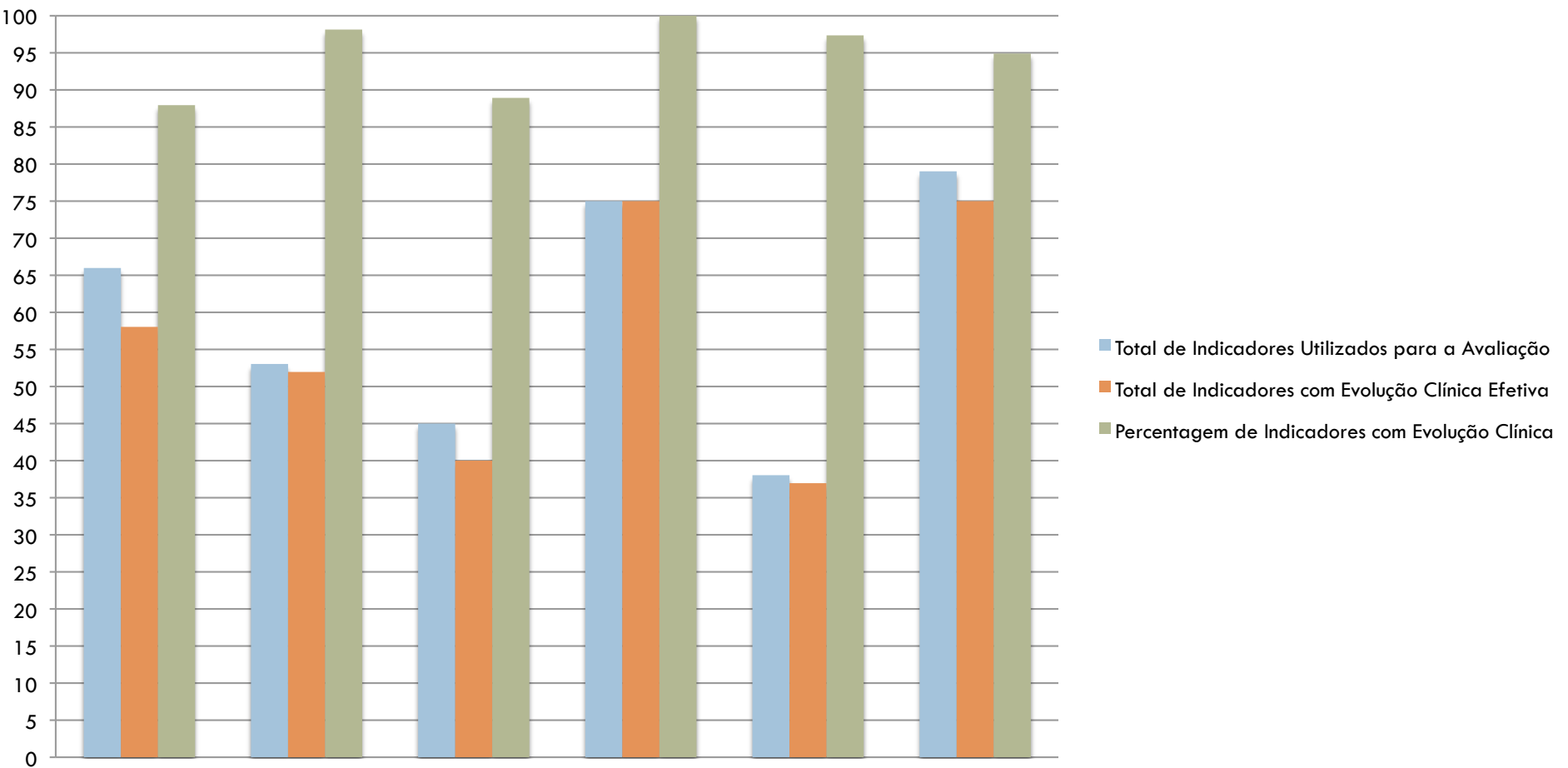
Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

□ Juízos Diagnósticos de Enfermagem Identificados:

Juízos Diagnósticos (CIPE versão 2)	Indicadores de Evolução Clínica (NOC)	Doentes	Indicadores com Evolução Clínica Efetiva
Vontade de Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none">• Expressão de determinação em viver• Expressão de esperança• Usa estratégias para compensar os problemas• Usa estratégias para intensificar a saúde	Sr.ª R.C. Sr.ª E.T. Sr.ª M.M. Sr.ª J.M. Sr.ª F.C.	4/4

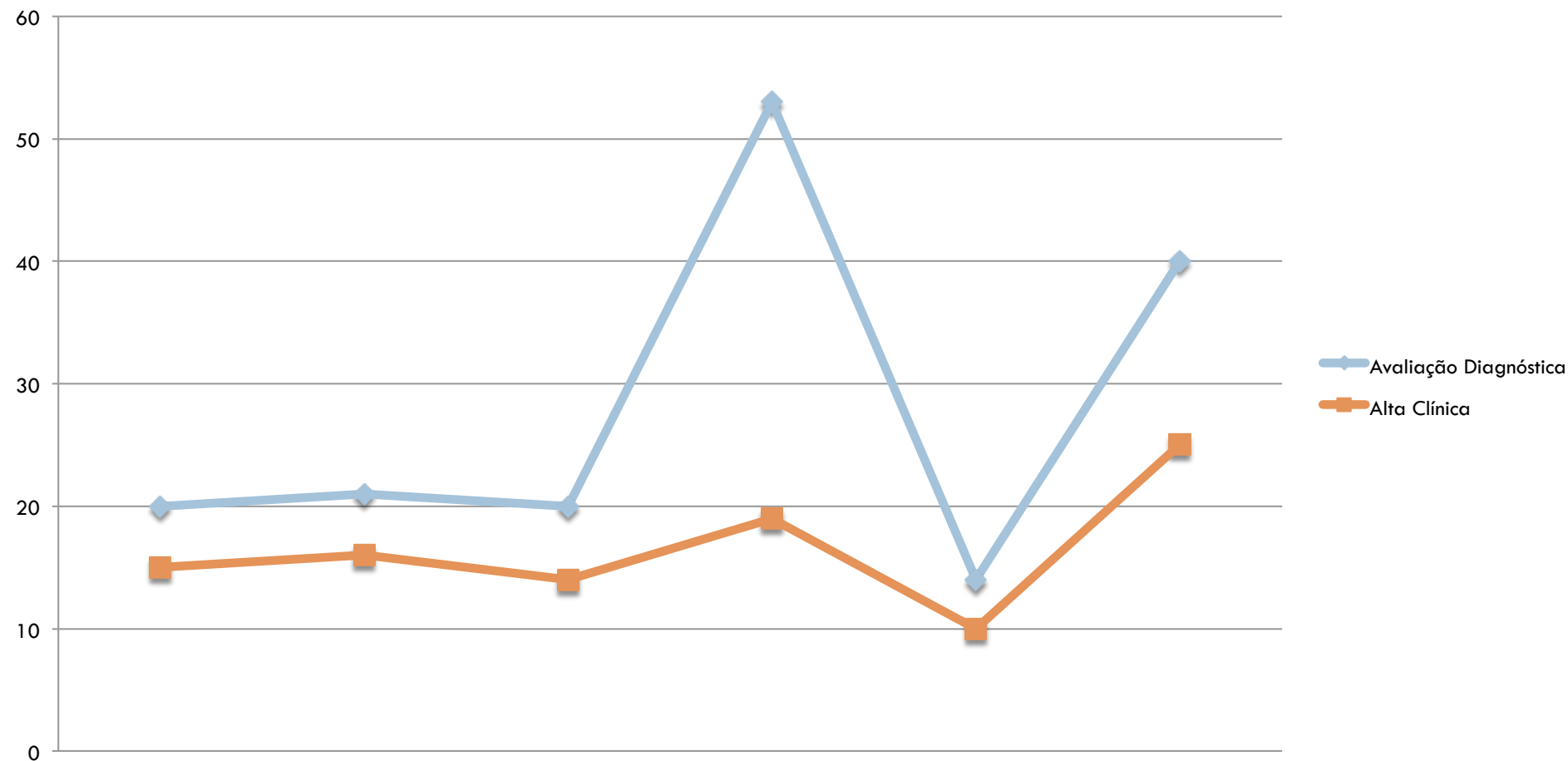
Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

Indicadores em que os Doentes Evoluíram Clinicamente segundo a Análise Realizada



Reabilitação Psicossocial dos Doentes com Depressão:

Variação do IDB (Autorrelato) ao Longo do Internamento



Referências Bibliográficas:

- Apóstolo, J.; Figueiredo, M.; Mendes, A.; & Rodrigues, M. (2011) – **Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), p.348-353
- Borges, E & Ferreira, T. (2013) – **Relaxamento: estratégia de intervenção no stress.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, p.37-42, Dezembro
- Campos, J. R. (2010) – **Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos.** Universidade Federal de São Carlos. Centro de Educação e Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado. <http://www.ppapsi.ufscar.br/defesas/diss-jrc>
- Cordeiro, R.; Claudino, J. & Arriaga, M. (2006) – **Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos.** *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(6), Janeiro, ISSN: 1681-5653
- Gusmão, R. M.; Xavier, M.; Heitor, M. J.; Bento, A. & Almeida, J. M. C. (2005) – **O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal.** *Acta Médica Portuguesa*, 18, p.129-146
- Jacobson, M. S.; Eisenstein, E. & Coelho, S. C. (1998) – **Aspectos nutricionais na adolescência.** *Adolescência Latinoamericana*, 1(2), p.76-83, Porto Alegre
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008) – **Fundamentos, modelos conceptuais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), p.S54-S64
- Laufer, M. (2000) – **O adolescente suicida.** Climepsi Editores. Lisboa
- Loureiro, C. (2013) – **Treino de competências sociais: uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos de intervenção.** *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, (9), Junho, p. 41-47
- McIntyre, T.; Barroso, R. & Lourenço, M. (2002) – **Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes.** *Revista de Saúde Mental*, IV(5), p.13-24, Setembro-Outubro
- Melo-Dias, C.; Rosa, A. & Pinto A. (2014) – **Actividades de ocupação terapêutica: intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial.** *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), Junho
- Ministério da Saúde (2008) – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.** Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (2002) – **Relatório mundial de Saúde 2001: Saúde mental – Nova concepção, nova esperança.** Direção Geral de Saúde. Lisboa
- Pinto, T. R.; Amaral, C.; Silva, V. N.; Silva, J. Leal, I. & Paiva, T. (2012) – **Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação.** *Actas do 12º Colóquio de Psicologia da Educação*, p. 990-1006
- Phaneuf, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lusociência. Loures
- Shansis, F. M. & Cordioli, A. V. (2005) – **Psicofármacos: consulta rápida.** Artmed, Porto Alegre
- Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (2014) – **Psiquiatria fundamental.** Editora Lidel. Lisboa
- Serra, S. (2014) – **Intervenções de enfermagem na pessoa com sintomatologia depressiva: uso do relaxamento.** Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Relatório do Trabalho Projecto do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- Zalaquett, C. P.; Stents, A. N. (2006) – **Psychochosocial treatments for major depression and dysthymia in older adults: a review of the research literature.** *Journal of Counseling & Development*, 84, Spring

ANEXO VI

Terapia Simples de Relaxamento

Classificação:

Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida.

Subclassificação:

Promoção do conforto psicológico - intervenções para promover o conforto, utilizando técnicas psicológicas.

Nome da intervenção:

Terapia simples de relaxamento – uso de técnicas para encorajar e exercitar o relaxamento com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade.

Descrição da Intervenção:

- Descrever as razões para o relaxamento e os benefícios, limites e tipos de relaxamentos disponíveis (por exemplo, Musicoterapia, Meditação e Relaxamento Muscular Progressivo);
- Determinar se alguma intervenção de relaxamento usada anteriormente foi útil;
- Analisar o desejo do indivíduo de participar, sua capacidade para participar, sua preferência, suas experiências anteriores e as contraindicações, antes de selecionar determinada estratégia de relaxamento;
- Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento escolhida;
- Criar um ambiente silencioso, sem interrupções, com iluminação moderada e temperatura confortável, quando possível;
- Orientar o indivíduo a colocar-se em posição confortável, com roupas confortáveis e olhos fechados;

- Individualizar o conteúdo da intervenção de relaxamento;
- Elicitar condicionados para produzir relaxamento, como respiração profunda, bocejo, respiração abdominal ou o uso de imagens que tragam paz;
- Orientar o paciente para relaxar e deixar as sensações acontecerem;
- Usar tom de voz baixo, com um encadeamento de palavras lento e rítmico;
- Demonstrar e praticar a técnica de relaxamento com o paciente;
- Encorajar as demonstrações de retorno das técnicas, se possível;
- Antecipar a necessidade de uso do relaxamento;
- Oferecer informação escrita sobre o preparo e o envolvimento nas técnicas de relaxamento;
- Encorajar a repetição ou a prática frequente da(s) técnicas(s) selecionada(s);
- Oferecer tempo sem interrupções, uma vez que a paciente pode adormecer;
- Encorajar o controle de quando a técnica de relaxamento está sendo usada;
- Avaliar com regularidade o relato individual do relaxamento alcançado, e, periodicamente, monitorar a tensão muscular, a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e a temperatura da pele, quando adequado;
- Planejar oferecer reforço regular para o uso do relaxamento, como elogiar as tentativas e reconhecer os resultados positivos;
- Elaborar uma fita da técnica de relaxamento para uso individual, quando adequado;
- Avaliar e documentar a resposta à terapia por relaxamento.

Indicadores avaliadores:

- Diminuição da Tensão Arterial;
- Diminuição da Frequência Cardíaca;
- Diminuição da Frequência Respiratória, caracterizada por uma respiração lenta e rítmica;
- Diminuição da Tensão Muscular, manifestada pela ocorrência de relaxamento muscular e descontração;
- Diminuição do stress e da ansiedade;
- Diminuição da Glicemia, aquando da existência de valores de Glicemia elevados;

- Diminuição da percepção da dor;
- Melhoria dos padrões de sono;
- Melhoria do estado geral da pessoa.

Guião: Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Indicações: A contração muscular deve ter a duração de 5s a 10s e o relaxamento muscular de 20s a 30s. A transição da contração para o relaxamento deve ser imediato. Cada grupo muscular repete 1x a contração e o relaxamento. Voz pausada, tom de voz agradável. A sala deve estar com uma temperatura agradável e uma luz amena.

Material necessário: Colchão, almofada, velas aromáticas,

Duração: 20 - 25 minutos

Música: <https://youtu.be/qrx1vyvtRLY>

Com a pessoa deitada confortavelmente:

- Iniciar treino de respiração abdominal prévio

Feche os olhos / calmamente

Respire devagar

Levante a mão / coloque sobre a barriga

Inspire calma e profundamente

Sinta-a a subir quando inspira / descer quando expira (Repete 3x)

Vamos respirar desta forma, durante o exercício

Imagine que o ar a entrar / é uma brisa que corre pelo campo / a chegar até si

E o ar que sai lentamente / é a brisa a afastar-se de si

A levar para longe tudo o que não é o bom e está dentro de si

Deixe a tensão sair do seu corpo

Agora feche a mão direita / eleve a mão até ao ombro / e contraia todos esses músculos

Pare de contrair os músculos / e permita que a mão e braço caiam

Inspire / expire calma e lentamente

Murmurando a palavra calma

Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento desses músculos

Repita outra vez

...(10s)...

Pode descansar

Sinta a tensão a abandonar os músculos

Inspire e expire lentamente, usando a barriga (2x)

***Agora feche a mão esquerda / eleve a mão até ao ombro / e contraia todos esses
músculos / conte mentalmente até 10s***

Pare de contrair os músculos / e permita que a mão e braço caiam

Inspire e expire calmamente (2x)

Pense na palavra calma

Sinta-se tranquilo(a), sinta-se bem

Repita outra vez

...(10s)...

Pode descansar

Sinta a tensão a abandonar os músculos

Inspire e expire lentamente

Sinta a diferença entre os músculos contraídos e a relaxar

Vamos trabalhar a face

Cerre um pouco mais os olhos, sem fazer muita força

Enrugue a testa, como se estivesse a fazer uma careta

E sinta a contração, de todos os músculos faciais

Conte lentamente até 10s

Relaxe

Inspire e expire lentamente (2x)

Pense para si estou bem

Estou relaxado

Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento

Repita outra vez

...(10s)...

Relaxe

Inspire e expire lentamente (2x)

Pense estou calmo, sinto-me bem

Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento

Agora vamos passar ao tórax

Encha o peito de ar, e retenha a respiração (10s – 5s)

Agora deixe sair o ar muito devagar

O mais devagar que conseguir

Inspire e expire calmamente

Pense estou calmo, Sinto-me bem

Sinta diferença entre a tensão e o relaxamento dos músculos

Repita outra vez

...(10s)...

Agora inspire e expire lentamente

Pense estou calmo

Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento

Vamos passar para o abdómen

Contraia os músculos do abdómen (10s)

Deixe-se descontrair

Relaxe

Inspire e expire calmamente

Pense estou calmo, estou tranquilo

Sinta essa diferença entre a tensão e o relaxamento

Repita outra vez

...(10s)...

Inspirar e expirar novamente

Sempre a pensar estou calmo, estou tranquilo

Vamos trabalhar os glúteos

Contraia as nádegas (10s)

Deixe de contrair e relaxe

Inspire e expire calmamente

Sinta o quanto está calmo

Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento

Repita outra vez

...(10s)...

Relaxe

Inspire e expire lentamente, usando o abdómen (2x)

Sinta e pense estou calmo, estou tranquilo, está tudo bem

Vamos trabalhar as pernas e os pés

Levante um pouco a sua perna direita

Flectido o joelho direito

Empurre o pé para trás

dobrando os dedos dos pés

como se estivesse a defender de alguém, que lhe fosse fazer cocegas (10s)

Deixe de contrair esses músculos

Deixe cair a perna relaxadamente

Inspire e expire calmamente

Compare as sensações de tensão e relaxamento desses músculos

Sinta profundamente o quanto o seu corpo está relaxado

Repita outra vez

...(10s)...

Muito bem, relaxe

Inspire e expire lentamente

Sinta e pense estou calmo(a), estou tranquilo(a), está tudo bem

Flectido o joelho esquerdo

Empurre o pé para trás

dobrando os dedos dos pés (10s)

Deixe de contrair esses músculos

Deixe cair a perna relaxadamente

Muito bem, relaxe

Inspire e expire lentamente

Sinta e pense estou calmo, estou tranquilo, está tudo bem

Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento desses músculos

Repita outra vez

...(10s)...

Pode relaxar deixa cair a perna, o pé calmamente

Inspire e expire calmamente

Pense estou calmo, tranquilo esta tudo bem

Inspire e expire lentamente

Imagina-se nesse estado de relaxamento / imagine-se no campo

Ao pé de um rio, de um lago

Imagine-se no seu local de sonho

Sinta a brisa a tocar-lhe na cara

Murmure a palavra calma

Enquanto inspira e expira lentamente

Se imagina nesse cenário

O seu corpo e a sua mente, estão mais relaxados

Sinta as sensações, que essa paisagem lhe traz

Deixe-se estar ai mais um pouco (10s)

Coloque a mão sobre a barriga

Inspire profundamente

E sinta-o a subir quando inspira

E descer quando expira

(Repete 3x)

Agora prepara-se para voltar calmamente

Abra os olhos

Levante-se lentamente

Referências Bibliográficas:

- Borges, E & Ferreira, T. (2013) – **Relaxamento: estratégia de intervenção no stress**. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, p.37-42, Dezembro
- Davis, M.; Eshelman, E. R. & Mckay, M. (1996) – **Manual de relaxamento e redução do stress**. 2ª Edição. Summus Editorial. São Paulo.
- Serra, S. (2014) – **Intervenções de enfermagem na pessoa com sintomatologia depressiva: uso do relaxamento**. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Relatório do Trabalho Projecto do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ANEXO VII

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

Agradeço a sua participação na sessão de relaxamento. Na questão que se segue, por favor, assinale na escala entre 1 e 10, o que parece que o/a descreve melhor.

Obrigado

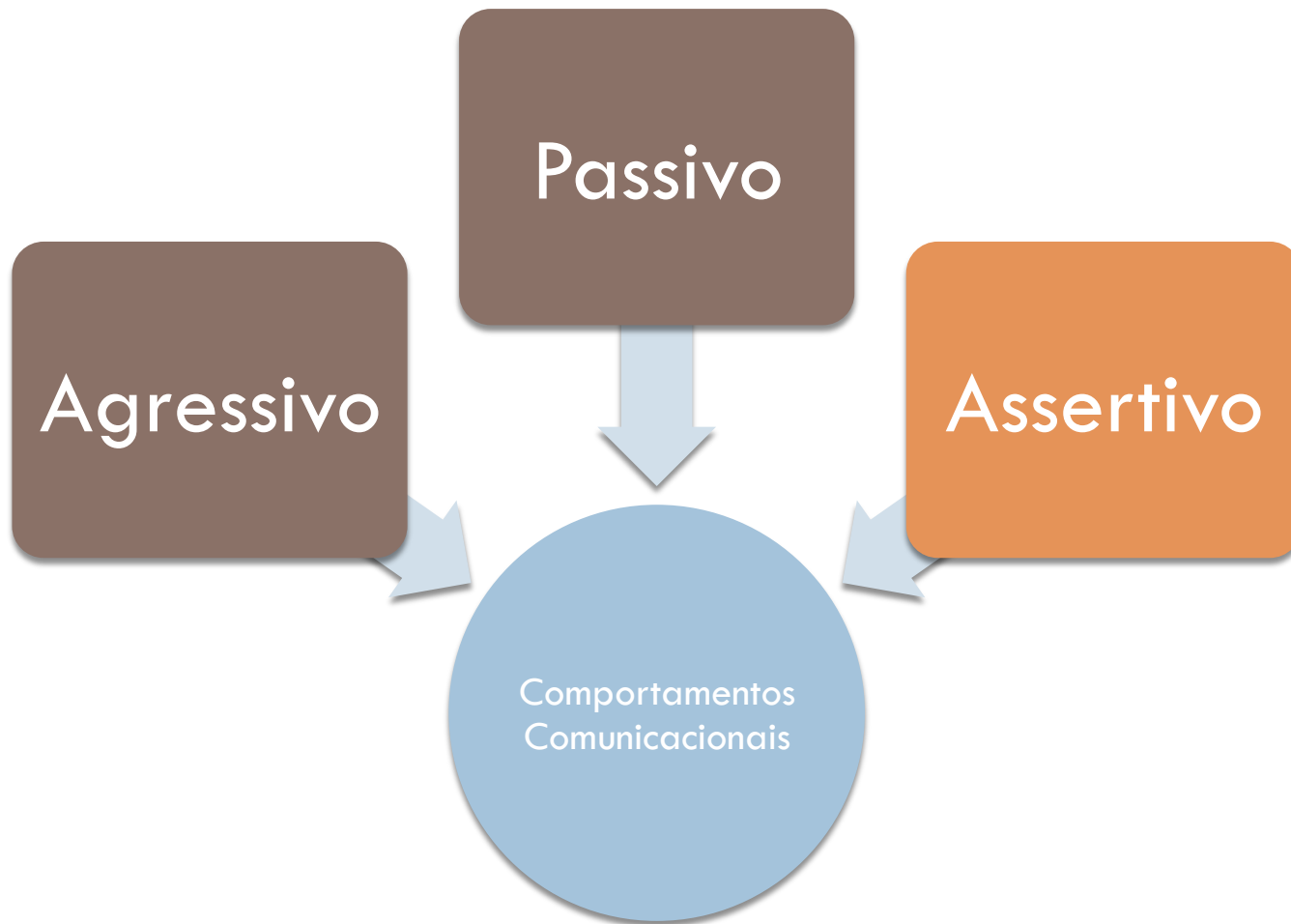
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de Relaxamento									Maior Relaxamento Possível

Frequência Cardíaca	
Início	Final

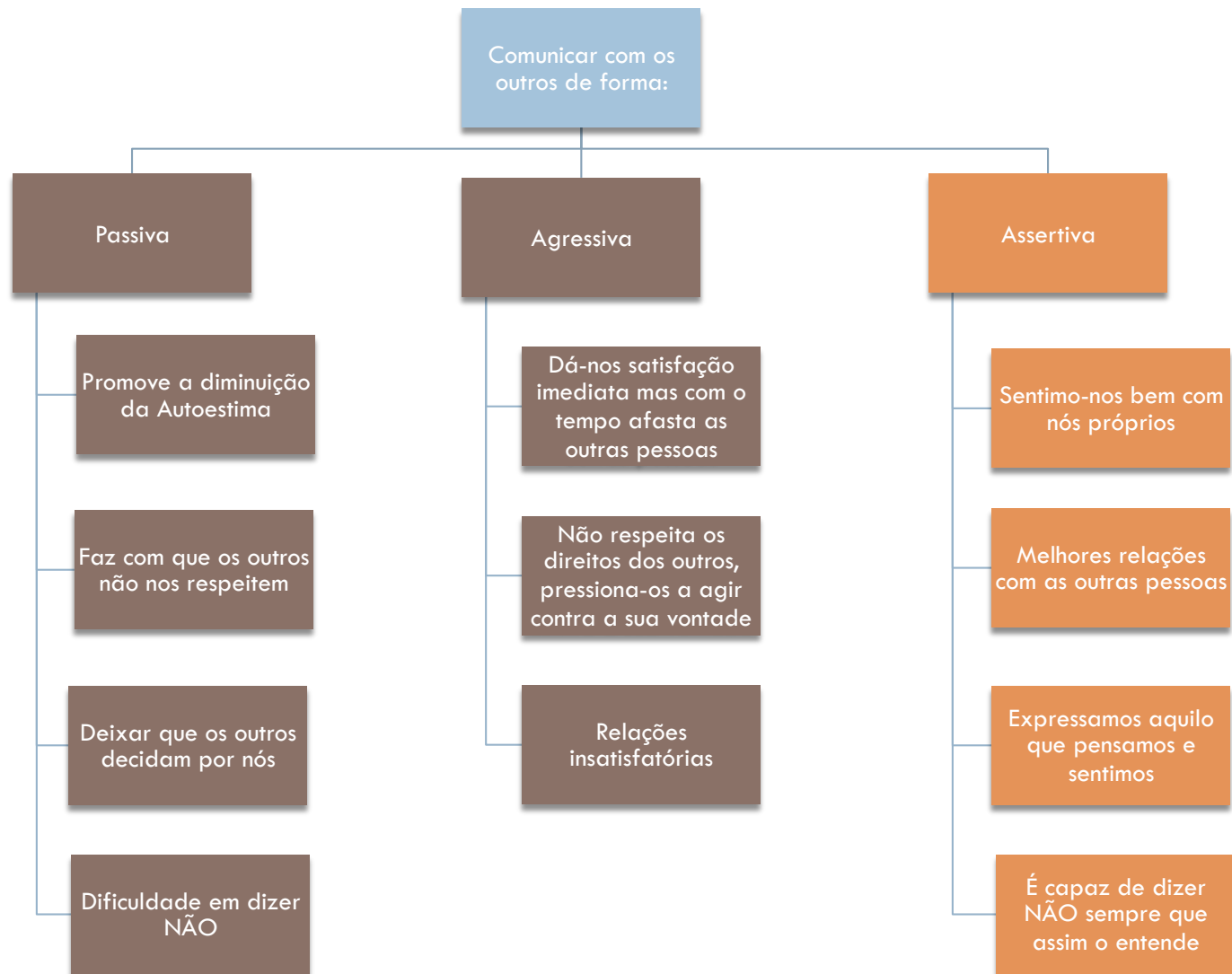
ANEXO VIII

ASSERTIVIDADE: A IMPORTÂNCIA DE CONSTRUIR BOAS RELAÇÕES COM AQUELES QUE NOS RODEIAM

Que tipos de comportamentos posso ter numa comunicação com outra pessoa?



Quais são as diferenças entre os tipos de comportamentos que posso ter numa comunicação com outra pessoa?



É possível ver estes comportamentos mesmo quando não falamos?

	Assertivo	Passivo	Agressivo
Postura	<ul style="list-style-type: none">• Direita e descontraída• Ombros direitos• Movimentos casuais com as mãos	<ul style="list-style-type: none">• Contraída• Ombros encolhidos• Muitos movimentos com as mãos	<ul style="list-style-type: none">• Direita, tensa, rígida• Ombros levantados• Queixo levantado e para a frente• Aponta o dedo
Rosto	<ul style="list-style-type: none">• Pensativo• Sério e interessado• Atencioso• Sorriso genuíno	<ul style="list-style-type: none">• Tenso• Sobrancelhas levantadas	<ul style="list-style-type: none">• Tenso• Sobrancelhas carregadas
Olhar	<ul style="list-style-type: none">• Mantém o contacto visual	<ul style="list-style-type: none">• Evita o contacto	<ul style="list-style-type: none">• Olhar fulminante• Olhos muito abertos ou semicerrados

No discurso também é possível ver os diferentes tipos de comportamentos?

	Assertivo	Agressivo	Passivo
O que dizem?	<ul style="list-style-type: none">• Gostaria!• Acho!• O que pensa?• Como podemos resolver isto?• Concorda?	<ul style="list-style-type: none">• Porque eu quero!• Não sabe, deveria!• Quem manda aqui sou eu!• Tem de fazer, senão!• Cale-se!	<ul style="list-style-type: none">• Talvez• Desculpe• Não se incomode• Não gosto de criar problemas
Como o dizem?	<ul style="list-style-type: none">• Voz clara, suave e agradável• Com humor (quando se aplica)	<ul style="list-style-type: none">• Tom de voz alto e áspero• Risos sarcásticos• Interrompe os outros com frequência	<ul style="list-style-type: none">• Tom de voz sumido e apagado• Com hesitações• Risos nervosos e forçados

O que pensam e sentem as pessoas que adoptam estes comportamentos?

	Assertivo	Agressivo	Passivo
O que pensam?	<ul style="list-style-type: none">• Conhecem os seus direitos e respeitam os direitos dos outros• Importa a resolução dos conflitos através da negociação• Sem dominação ou dependência	<ul style="list-style-type: none">• Só conto eu, o que pensas não me interessa• Tudo se restringe a ganhar ou perder uma discussão• Se não for assim fico vulnerável	<ul style="list-style-type: none">• Evitam incomodar ou ofender os outros• Sensação de ser incompreendido, ignorado, manipulado• Muita energia mental e pouca energia exterior• Crenças irracionais
Sentimentos associados	<ul style="list-style-type: none">• Autoestima saudável• Respeito por si próprio• Controlo emocional	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedade• Solidão• Sensação de incompreensão• Baixa autoestima• Irritação crescente	<ul style="list-style-type: none">• Insegurança• Baixa autoestima• Sentem-se pouco respeitados• Ansiedade• Solidão• Depressão• Acessos de agressividade

Quais são os meus direitos assertivos e os dos outros numa relação!

Direitos Assertivos

1. A ser tratado com respeito
2. A expressar sentimentos, opiniões e crenças
3. A dizer NÃO sem se sentir culpado
4. A cometer erros e de aceitar a responsabilidade por eles
5. A ser ouvido e levado a sério
6. A mudar de opinião
7. De pedir o que quer
8. De se colocar, às vezes, em primeiro lugar
9. De estabelecer as próprias prioridades
10. De recusar uma justifica para os seus sentimentos ou comportamentos

As principais diferenças são!



AGRESSIVOS

São aqueles que **têm ataques de fúria**, muitas vezes desproporcionais ao motivo que causou a **explosão**. Podem deixar o ambiente de trabalho e a família tensos com seus surtos.



ENGOLIDORES DE SAPOS

São as pessoas que **não defendem seus interesses** quando se sentem ofendidas ou prejudicadas por alguém. **Não demonstram que estão magoadas ou com raiva**. Podem parecer controladas, mas ficam remoendo depois.



ASSERTIVOS

Conseguem avaliar se têm mesmo razão em uma discussão e **sabem expor seus pontos de vista**. Quem consegue ser assertivo com frequência **acumula menos emoções negativas**, evitando ser o protagonista de um ataque desproporcional de raiva, mais tarde.

Existem estratégias para eu conseguir ser assertivo?



Vamos visualizar os vídeos para melhor compreender do que falamos!



Passivo

Agressivo

Vamos visualizar os vídeos para melhor compreender do que falamos!



Assertivo

Agressivo

Vamos identificar os comportamentos nas imagens!



Agressivo



Assertivo



Passivo

Vamos identificar os comportamentos nas imagens!

Passivo



Agressivo



Agressivo



Assertivo

Vamos identificar os comportamentos nas frases!

Agressivo

Já estou farto desta conversa! Isto vai ser assim porque eu quero!

Eu percebo que gostava que as coisas fossem assim, mas temos de procurar uma alternativa que satisfaça todas as pessoas do grupo!

Assertivo

Passivo

Tudo bem, se é assim que acha que é melhor! Não quero problemas!

Ou fazes o que eu te estou a dizer ou isto vai correr mal!

Agressivo

Passivo

Desculpe, eu retiro o que disse não sei do que estou a falar! Talvez tenha razão!

Diga-me o que pensa sobre isso e chegaremos a um acordo! A falar é que nos entendemos!

Assertivo

ANEXO IX

Porquê do Treino Assertivo???

Afirmação de si mesmo:

O medo da rejeição e da avaliação que os outros fazem sobre nós estão na origem de muitos comportamentos passivos (não dizemos a nossa opinião ou vontade e sujeitamo-nos à vontade dos outros) e agressivos (impomos a nossa opinião ou vontade aos outros). Este medo leva a que se sinta explorado, uma vítima dos acontecimentos à sua volta ou possui o sentimento que todas as pessoas o querem prejudicar. Assim, a adopção de uma postura assertiva permite-lhe sentir-se bem consigo, evitar os conflitos respeitando as suas opiniões e as dos outros, estabelecendo relações fundadas na confiança e não no domínio ou no calculismo



Agressivos - São aqueles que têm ataques de fúria, muitas vezes desproporcionais ao motivo que causou a explosão. Podem deixar o ambiente de trabalho e a família tensos com as suas crises

Engolidores de Sapos (Passivos) - São pessoas que não defendem os seus interesses quando se sentem ofendidas ou prejudicadas por alguém. Não demonstram que estão magoadas ou com raiva. Podem parecer controladas, mas ficam a remoer depois.

Assertivos - Conseguem avaliar se têm mesmo razão numa discussão e sabem expor os seus pontos de vista. Quem consegue ser assertivo acumula menos emoções negativas, evitando posteriormente ataques descontrolados de raiva.

Assertividade e Autoestima (Gostarmos de nós)?

O que é que a assertividade tem a ver com a autoestima? Assertividade é, ao mesmo tempo, causa e efeito da autoestima.

Porquê causa?

Ao sermos assertivos sentimo-nos mais realizados e atingimos mais facilmente os nossos objectivos pessoais.

Porquê efeito?

Ao termos uma boa autoestima sentimo-nos mais seguros, mais confiantes e conseguimos ser mais assertivos.

DPSM

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

Tem a certeza que sabe comunicar?



COMUNICAR
COM ASSERTIVIDADE

Assertividade

A forma correcta de comunicar!

O que é a assertividade???

A assertividade é a capacidade para recusar e fazer pedidos, expressar sentimentos negativos e positivos, iniciar, continuar e terminar uma conversa. Consiste na defesa dos direitos pessoais e a expressão de pensamentos e sentimentos de forma direta, honesta e apropriada, de modo a respeitar os direitos das outras pessoas. Uma pessoa assertiva não se revolta, nem murmura, mas prepara-se para a sua oportunidade de falar e aguarda o momento certo. A assertividade está intimamente ligada ao autoconhecimento, ou seja, ao conhecer-se a si próprio. Ao não saber o que queremos é difícil ser assertivo e tornamo-nos pessoas passivas (é aquela que se deixa influenciar pelos outros não exprimindo a sua opinião).



Estratégias para ser Assertivo!!!

Porque a assertividade é o comportamento mais adequado a desenvolver nos relacionamentos com as outras pessoas (amigos, família, conhecidos, etc.), ficam aqui alguns conselhos para praticar:

1. Pensar antes de falar e agir – Procure controlar as suas emoções e impulsos a fim de evitar um comportamento agressivo perante uma crítica ou situação menos agradável. Use a racionalidade para se autocontrolar
2. Fale de forma aberta, direta e honesta – Não tenha receio de dizer o que pensa, sente ou quer, tenha atenção à forma como o faz, através das palavras e da linguagem corporal. Ao mesmo tempo, dê espaço para que as outras pessoas se manifestem de igual forma. Uma pessoa assertiva afirma-se e permite que os outros se afirmem também
3. Diga "NÃO" com habilidade, para não ferir os sentimentos dos outros e não sentir culpa – Evite dizer "SIM" quando quer dizer "NÃO", só para agradar a alguém ou não criar conflitos. Dessa forma, evita um conflito com os outros mas acaba por criar um conflito consigo, e isso não é bom para si nem para as pessoas que o rodeiam
4. Faça e receba críticas de forma positiva e construtiva – É essencial aceitar que as outras pessoas podem pensar de forma diferente de si e ser capaz de manter a calma. A partir daí será mais fácil fazer uma crítica construtiva e reagir às críticas negativas de forma positiva
5. Esclareça situações duvidosas – Tenha o cuidado de esclarecer situações onde ficaram dúvidas para evitar mal-entendidos ou inimizades. Não finja que entende só para não dar parte fraca. Um segundo esclarecimento pode fazer poupar tempo, recursos e muitas chatices
6. Admita os seus erros – Torne-se capaz de reconhecer que errou e até de pedir desculpa. Ninguém é perfeito, a perfeição não existe, por isso se diz que "errar é humano". Preocupante é fingir que nada aconteceu e que as outras pessoas não notaram nada. Com a atitude certa, até nos momentos de crise pode manter/aumentar a sua credibilidade
7. Estar aberto/a ao compromisso e à negociação – Ao ser assertivo não é o único a retirar vantagens desse comportamento mas também não quer sair a perder, por isso mesmo está aberto/a ao diálogo e ao consenso para que todas as partes envolvidas ganhem. Adote a estratégia "ganha-ganha".



ANEXO X

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
PSICOEDUCAÇÃO**

Agradeço a sua participação na sessão de psicoeducação como o tema_____. Nas questões que se seguem, por favor, assinale na escala entre 1 e 10, o que parece que o/a descreve melhor.

Obrigado

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									As
Manutenção									minhas
das dúvidas,									dúvidas
ausência de									foram
aprendizagem									todas
									satisfeitas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Considero									Considero
que esta									esta
sessão									sessão
não tem									com
nenhuma									muita
utilidade									utilidade

ANEXO XI



Actividade Física

O exercício físico é uma forma de lazer e de restaurar a saúde dos efeitos nocivos da rotina stressante do dia-a-dia. Após o período inicial de adaptação, é uma atividade agradável e que traz inúmeros benefícios a quem pratica, que vai desde da melhora da componente física até à melhora da autoestima e redução dos sintomas da depressão e da ansiedade.

Qual Actividade Física devo praticar?

O tipo de exercício não importa. Pode iniciar-se com caminhadas, que é a forma mais simples e mais barata de se exercitar, ou então, pode praticar outro tipo de atividade física como natação, ginástica ou desportos coletivos, o importante é fazer aquilo que gosta. Deve sentir-se bem ao praticar exercício e manter essa rotina.



As Habilidades Sociais

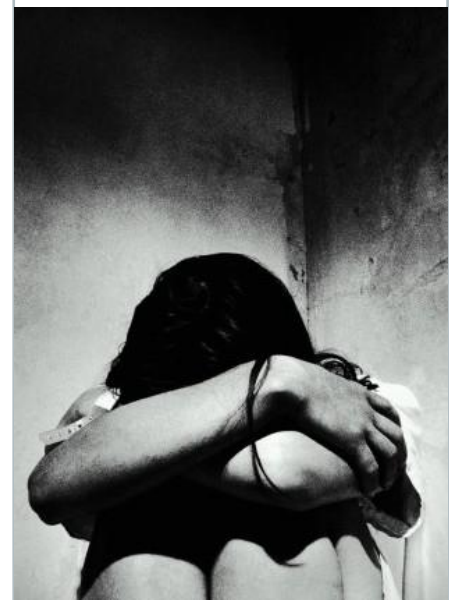
Sentir-se socialmente aceite é importante, pois pode contribuir para que haja uma adaptação ao mundo que o rodeia. As pessoas com depressão frequentemente sentem-se sozinhas, e não têm alguém para desabafar em quem possam confiar. Aprender a comunicar com os outros de forma adequada respeitando as nossas ideias e as de quem nos ouve pode ser um factor de protecção contra a depressão, daí ser importante treinar as suas habilidades sociais.



DPSM

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

O que é a Depressão?



Como se ajudar a si mesmo!



Tratamento Farmacológico:

Os antidepressivos (ex: Fluoxetina, Sertralina, Fluvoxamina, Citalopram, Escitalopram, etc.) são frequentemente utilizados para o tratamento da depressão e das perturbações da ansiedade (ataques de pânico, ansiedade generalizada, etc.). Os novos medicamentos antidepressivos apresentam melhores resultados e menos efeitos secundários comparando com os medicamentos utilizados anteriormente.

Contudo ainda se verificam a presença de alguns efeitos indesejáveis como:

- Agitação/Sonolência
- Palpitações
- Diarreia/Prisão de ventre
- Náuseas/Vómitos
- Boca seca
- Descoordenação motora (dificuldade em controlar o corpo)
- Disfunção eréctil
- Tremores

NOTA IMPORTANTE:

A presença de efeitos secundários deve ser comunicada imediatamente ao seu médico ou enfermeiro. Estes sintomas ocorrem geralmente no início da terapêutica e em geral desaparecem com a continuação do tratamento. Não pare a toma da terapêutica por sua iniciativa estes medicamentos necessitam de um período de desmame e deve ser o seu médico a defini-lo.

O que é a Depressão?

A depressão é uma perturbação profunda e grave do humor da pessoa, que não tem limite no tempo e em regra não melhora sem apoio profissional.

Quais os sintomas da depressão?

As pessoas com depressão geralmente padecem dos seguintes sintomas:

- Perda de prazer nas actividades que antes eram agradáveis
- Sente-se triste e sem esperança
- Alterações do apetite e do peso
- Alterações da qualidade do sono
- Diminuição da energia
- Dificuldade de concentração
- Sentimentos de desvalorização e culpa

- Ideias suicidas
- Agitação ou lentidão motora
- Irritabilidade e explosões de raiva
- Baixo desempenho no trabalho

Qual é a causa de ter uma depressão?

A depressão não apresenta uma única causa e o seu aparecimento deve-se a vários factores:

- Mau sono, funcionamento hormonal, genes herdados
- A perda de pessoas e relações significativas que construímos ao longo da vida
- Experiências traumáticas
- A forma como encaramos a vida e o futuro

ANEXO XII

Exercício Físico

O exercício físico é uma forma de lazer e de restaurar a saúde dos efeitos nocivos da rotina stressante do dia-a-dia. Após o período inicial de adaptação, é uma atividade agradável e que traz inúmeros benefícios a quem pratica, que vai desde da melhora da componente física até à melhora da autoestima e redução dos sintomas da ansiedade.

Qual atividade física devo praticar?

O tipo de exercício não importa. Pode iniciar-se com caminhadas, que é a forma mais simples e mais barata de se exercitar, ou então, pode praticar outro tipo de atividade física como natação, ginástica ou desportos coletivos, o importante é fazer aquilo que gosta. Deve sentir-se bem ao praticar exercício e manter essa rotina.



Terapia de Relaxamento Muscular de Jacobson:

O relaxamento progressivo de Jacobson é utilizado quando a pessoa experiencia níveis moderados ou elevados de ansiedade. Jacobson refere que a sua técnica de relaxamento muscular progressivo, não exige imaginação, força de vontade ou sugestão, mas que se baseia na premissa de que o corpo responde com tensão muscular aos pensamentos e eventos que provocam ansiedade. O relaxamento muscular reduz a tensão fisiológica, o que é incompatível com a ansiedade, ou seja, a prática do relaxamento bloqueia o desenvolvimento da resposta ansiosa aos eventos.



DPSM

Hospital
Espírito Santo E.P.E.

Controle da Ansiedade

Ansiedade

A sensação de ansiedade é uma vivência comum de qualquer ser humano. Caracteriza-se por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente, acompanhado por sintomas como dor de cabeça, palpitações, aperto no peito, desconforto abdominal, inquietação, tremores, hipertensão arterial, desmaio, formiguelo das extremidades e tonturas. Estes sintomas pode variar de pessoa para pessoa. A ansiedade pode causar défices de concentração, redução da memória e prejudicar a capacidade da pessoa se relacionar com os outros, pelo que, é importante aprender a controlar a sua sintomatologia.



Tratamento Farmacológico:



Antidepressivos:

Estes medicamentos são utilizados para o tratamento da depressão e outras doenças tais como as perturbações da ansiedade (ataques de pânico, ansiedade generalizada, etc.). As pessoas deprimidas e ansiosas possuem níveis baixos de serotonina e noradrenalina no cérebro e estes fármacos ajudam a tratar estes doentes através do aumento dos níveis desses neurotransmissores. Efeitos indesejáveis: agitação, palpitações, diarreia, náuseas, vômitos, boca seca, descoordenação motora, aumento da temperatura corporal.

Ansiolíticos (Benzodiazepinas):

Estes medicamentos estão indicados para o tratamento da ansiedade e da insónia. Contudo, podem ter alguns efeitos indesejáveis como: sonolência durante o dia, capacidade de reação diminuída, dor de cabeça, confusão, tonturas, fraqueza muscular, visão dupla, disfunção erétil, reações cutâneas (na pele) e problemas gastrointestinais (diarreia, vômitos).

NOTA IMPORTANTE: A presença de efeitos secundários deve ser comunicada imediatamente ao seu médico ou enfermeiro. Estes sintomas ocorrem geralmente no início da terapêutica e em geral desaparecem com a continuação do tratamento. Não pare a toma da terapêutica por sua iniciativa estes medicamentos necessitam de um período de desmame e deve ser o seu médico a defini-lo.



ANEXO XIII

CASO CLÍNICO I

ETAPA DIAGNÓSTICA

NOME	E.T.
IDADE	35 anos
GÉNERO	Feminino
OCUPAÇÃO	Desempregada
ESCOLARIDADE	6º Ano
ESTADO CIVIL	União de facto
INTERNAMENTOS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none">Sem episódios de internamentos anteriores no DPSMRefere ser acompanhada no Serviço de Consulta Externa do DPSM
DIAGNÓSTICO ACTUAL	Síndrome Depressivo (Internamento voluntário de 05/09/2015 a 11/09/2015)
APD	<ul style="list-style-type: none">Depressão crónica, com 2 episódios de tentativa de suicídio através da intoxicação voluntária com fármacos, a último em Agosto de 2015, após a qual a doente foi assistida no SU e recusou o internamento no DPSM do HESEColecistectomiaLaqueação das trompas de FalópioFumadora (15 cigarros/dia)
AFD	<ul style="list-style-type: none">Mãe, epilepsiaIrmã, portadora de doença oncológica que a doente não sabe especificarBisavô, doença de Alzheimer

TERAPÊUTICA DO INTERNAMENTO:

Medicamento	Via Administração	Dosagem	Posologia
Topiramato	Oral	100mg	9h-19h
Escitalopram	Oral	10mg	9h
Diazepam	Oral	5mg	9h-17h
Trazadona	Oral	100mg	23h
Diazepam	Oral (Ampola EV)	10mg	SOS (Se ansiedade)

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

A Sra. E.T. vive em união de facto com o atual companheiro e tem três filhos (dois do primeiro casamento – duas filhas, com 20 anos e 15 anos respetivamente; e um filho da relação atual com 2 anos de idade do sexo masculino). Residente na cidade de Évora com o companheiro, com a filha de 20 anos (Rita) e com o filho de 2 anos (João Pedro). Há dois meses abandonou o emprego numa empresa de limpezas na sequência de pensamentos automáticos de desvalorização pessoal e agravamento do quadro depressivo. Deu entrada no DPSM cerca das 20h35m do dia 05/09/2015 proveniente do SU acompanhada por AO, com o diagnóstico de internamento de síndrome depressivo.

Recorreu ao SU por sua livre iniciativa na sequência do agravamento do quadro de ansiedade e depressão.

A Sra. E.T. refere que aos 3 meses de idade foi viver com a sua bisavó (Sra. Joaquina), uma vez que, que a sua mãe apresenta como APD epilepsia e em consequência de um episódio convulsivo resultou uma queda na lareira ficando incapaz de cuidar de uma criança. A doente refere com alguma amargura que quando do nascimento da sua irmã, 7 anos mais nova, a sua mãe foi a cuidadora e educadora da mesma e sempre demonstrou mais afetividade para com esta do que para consigo.

“o que eu tenho é falta de carinho, sei que não posso contar com ela, diz que sou maluca. Mas com a minha irmã já não é assim, trata-nos de maneiras diferentes”.

Quando questionada sobre como considera a sua infância, a doente afirma:

“acho que tive uma infância feliz apesar da minha mãe não me dar apoio e carinho, a minha bisavó fez com que nunca me faltasse nada, os problemas vieram mais tarde”.

Aos 16 anos de idade (1996) a Sra. E.T. refere ter fugido da casa onde habitava com a família para viver com o seu primeiro marido. Os anos em que vivenciou esta união são retratados como:

“foram anos muitos difíceis era maltratada fisicamente e psicologicamente por ele, mas também pelos meus sogros e pelos meus cunhados”.

Dois anos passados e aos 18 anos de idade (1998) a sua grande referência “maternal”, a bisavó, faleceu com 96 anos de causas naturais. Relativamente a este período a Sra. E.T. refere que:

“foi aí que comecei a ir abaixo e comecei a ser seguida na consulta de psiquiatria, sentia-me sempre triste e sozinha”.

Até que aos 26 anos de idade (2006) a doente resolveu que deveria por um fim aos maus tratos e colocou um ponto final na relação contudo, a sua filha Mafalda com 6 anos na época não aceitou a decisão e começou a apresentar comportamentos desviantes anos mais tarde.

“põem a vida em risco a saltar entre os telhados das casa, reprovou três vezes no 6º ano, falta muito às aulas, bate na irmã. Ela nunca aceitou a separação, ficou muito revoltada. Depois em minha casa eu tentava-lhe dar regras mas ia para a do pai e lá não tinha regras. Depois eu é que era a má da fita”.

Ao longo destes anos a Sr.^a E.T. garante que passou por variadíssimas dificuldades financeiras e que desde da separação o ex-marido nunca a ajudou financeiramente a criar as filhas.

“ele nunca me pagou a pensão de alimentos tudo o que fiz foi com o meu sacrifício e do meu companheiro de agora”.

Passados 3 anos (2009) a doente refere ter reconstruído a sua vida amorosa com o seu atual companheiro. Quando lhe é pedido para descrever a relação atual refere que:

“damo-nos bem, o normal dos casais, às vezes brigamos mas nada de especial. Ele percebe e não me culpa de estar assim doente, tenta apoiar-me e ajudar naquilo que pode. Ainda agora é ele e a minha avó (Idalina) que cuidam do João Pedro, enquanto eu estou aqui. Tenho saudades do menino”.

Em 2014 a filha Mafalda segundo a doente relata:

“inventou que o meu marido a tinha violado, que não queria voltar para minha casa e que queria ficar em casa do pai. Eu sabia que era mentira e fiz queixa na polícia para eles fazerem os exames e depois viram que ela continua virgem. Depois a polícia perguntou-lhe porque fez aquilo e ela respondeu que me queria ver junta de novo com o pai dela. Depois disto o pai dela pediu a paternidade e eu tive de lha dar, agora não sei nada dela, o pouco que vou sabendo é uma vizinha que me conta de vez em quando”.

Depois da perda do poder paternal refere que:

“fui-me abaixo, ficava sozinha no quarto, não queria ver nem a luz e o barulho incomodava-me, tinha ataques de pânico. Depois fiz algumas asneiras (tentativa de suicídio) e agora já não aguentava e fui pedir ajuda ao meu psiquiatra que me internou”.

Relativamente à sua rede de apoio social a doente refere que o seu companheiro, a sua filha Rita e a sua avó Idalina são as suas grandes referências e o seu apoio. Quanto à sua irmã e à sua mãe:

“elas não acreditam em mim, acham que faço isto para chamar atenção”.

A Sra. E.T. faz ainda referência a duas amigas:

“dão-me concelhos e tentam que eu saia de casa, mas eu agora não me apetece estar com elas”.

Por último a doente faz menção ao seu tio materno:

“somos praticamente da mesma idade e crescemos juntos mas ele trata-me mal e agora que estou desempregada diz-me que não saio de casa e não quero trabalhar, o que me irrita e depois discutimos”.

Quanto a sua situação laboral a Sra. E.T. refere que está desempregada e que no passado:

“trabalhei em lares de idosos, gostava muito desse emprego. A minha amiga trabalha num lar e está a ver se consegue alguma coisa para mim”.

Como expectativas futuras a doente afirma que pretende:

“curar-me, ficar melhor, voltar a ser como era antes e cuidar do meu filho em condições”.

Quanto à apresentação e à postura, a Sra. E.T. apresenta um aspeto cuidado (à exceção da dentição que apresenta várias cáries) e limpo (unhas curtas e limpas; cabelo preto, escovado e aparentemente limpo), a idade que aparenta é igual à sua idade real. Quanto à postura, é retraída, tensa, fechada sobre si mesmo, isolando-se do contato com os outros doentes mas quando abordada pelos mesmos ou pelos profissionais de saúde revela-se cordial. A sua morfologia corporal é endomorfa.

A doente apresenta um fáceis entristecido e apresentou-se chorosa durante a entrevista. A sua mímica facial é condizente com as emoções que manifesta. Quanto à motricidade não se verificaram hipercinésias ou hipocinésias.

O contato da doente com o enfermeiro é simpático e atento, desviando o olhar quando aborda assuntos que sejam mais “sensíveis” para si. Apresenta um discurso sem alterações da cadência e da inteligibilidade, o volume é adequado e a qualidade do discurso emocional.

A Sr.^a E.T. manteve a clareza, lucidez e continuidade de consciência no tempo, espaço e pessoa. Tem plena consciência de si, da sua identidade, do local onde se encontra e das pessoas que a envolvem. Durante a entrevista manteve a sua capacidade de atenção e flexibilidade.

Verifica-se quanto à vontade uma hipobulia quando a doente pensa em socializar. Não manifesta alterações ao nível dos impulsos de 3º nível contudo, deteta-se perturbação dos impulsos de 2º nível (conservação da vida) quando a doente realizou tentativas de suicídio (duas vezes), a última há cerca de um mês. Ao nível dos impulsos somático sensoriais, quando a doente refere dificuldade em dormir e a falta de sentimentos de amor, pertença e de reconhecimento.

Apresenta um humor deprimido e diminuição da energia vital. Denota insegurança quanto à capacidade de ser independente e ser capaz de cumprir adequadamente com a sua vida pessoal e familiar. A doente demonstra ainda anedonia quando se refere à perda da capacidade de sentir prazer relativamente a atividades lúdicas como passear com família ou sair com as amigas, ou ainda, quando menciona a sua vida sexual com o seu companheiro. Expressa rigidez afetiva quando se refere à sua relação com a mãe, considerando a falta de carinho e atenção desta para consigo como um dos seus problemas emocionais.

A Sra. E.T. mostra tristeza relativamente à sua vida e tem medo de prejudicar a vida dos seus filhos. Menciona que tem crises de ansiedade com alguma frequência e que não sabe o que fazer nessas situações para além de tomar a terapêutica prescrita, que nem sempre permite obter resultados satisfatórios.

Durante a entrevista não foram observadas alterações da forma, mas quanto ao conteúdo do pensamento o mesmo é polarizado em relação à falta de apoio familiar, com exceção para o companheiro e a filha Rita. Não foram observadas perturbações da representação, memória ou da senso-percepção. A doente demonstra crítica relativamente aos acontecimentos que conduziram ao agravamento da sua situação clínica e refere esperança para tentar alterar o percurso de vida realizado até ao momento.

No final da entrevista foi aplicado o Inventário da Depressão de Beck II para validação dos dados recolhidos e avaliar a intensidade da sintomatologia.

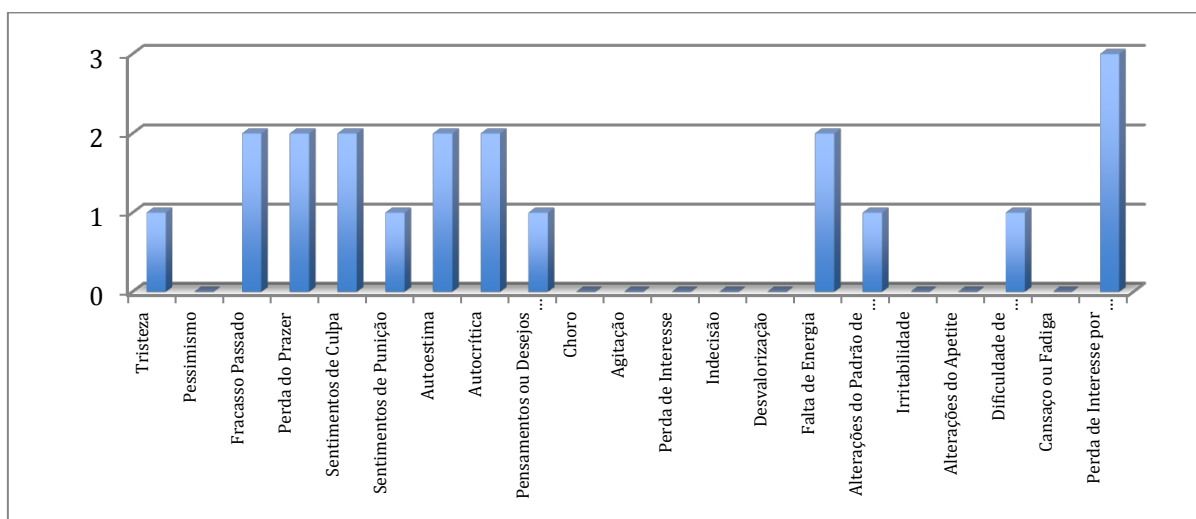


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. E.T. Avaliação Inicial (Score 20 – Depressão Moderada)

ETAPA DO PLANEAMENTO

Os juízos de diagnósticos de enfermagem estabelecidos e identificados, após a validação com o inventário de autorrelato preenchido pela doente, com necessidade de intervenção são:

SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Juízos Diagnóstico de Enfermagem (CIPE versão 2)	Intervenções (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e segura • Oferecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (Psicoeducação) • Compreender a perspetiva da doente sobre a situação temida • Ouvir atentamente • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos • Ajudar a doente a identificar situações precipitadoras de ansiedade (RPD) • Orientar a doente quanto ao uso de técnicas de relaxamento (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa técnicas de relaxamento • Relata um sono adequado • Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade • Relata duração aumentada do tempo entre episódios • Relata duração diminuída dos episódios • Reduz os estímulos ambientais quando se encontra ansiosa
Apoio Social Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar dados sobre a resposta psicológica à situação e sobre a disponibilidade do sistema de apoio • Determinar adequação das redes sociais existentes • Identificar o grau de apoio financeiro da família • Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso • Envolver a família/pessoas significativas nos cuidados e no planeamento (Companheiro e a avó) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relata contatos sociais de apoio • Relata ambiente social estável • Relata existência de rede social de assistência • Relata existência de pessoas capazes de ajudar se necessário • Evidência desejo de procurar ajuda de outros
Autocuidado Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a higiene oral • Providenciar os artigos para a realização da higiene oral • Ensino sobre higiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza a higiene oral após os cuidados de higiene corporal e a seguir às refeições • Mantém a higiene oral
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar as declarações da doente em relação à autoestima • Encorajar a doente a identificar os seus pontos positivos • Encorajar o contato olhos-nos-olhos na comunicação com os outros (Treino assertivo) • Reforçar os pontos positivos que a doente identifica • Evitar críticas negativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizações de autoaceitação • Manutenção de uma postura ereta • Manutenção do contato olhos-nos-olhos • Aceitação da crítica construtiva • Desejo de confrontar os outros

	<ul style="list-style-type: none"> Investigar os sucessos anteriores Facilitar atividades que aumentem a autoestima Elogiar o progresso da doente em relação às metas que vão sendo alcançadas 	<ul style="list-style-type: none"> Sentimentos de auto-valorização Manutenção da higiene Descrição de sucesso na realização de tarefas
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Determinar barreiras à assertividade (ex. Condição médica, socialização feminina) Ajudar a doente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade (RPD) Distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão-passividade Ajudar a identificar direitos, responsabilidades e normas (Treino assertivo) Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos Orientar a doente sobre estratégias para a prática de comportamento assertivo Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relacionado com a mudança comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> Enfrenta os problemas Expressa sentimentos e emoções livremente Demonstra estratégias para gerir a raiva Usa estratégias de enfrentamento eficazes Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes Comunica de forma assertiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> Ensino do processo de doença Educação para a saúde (Depressão, ansiedade e higiene oral) Ouvir atentamente Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição do processo de doença Descrição dos fatores de risco Descrição de sinais e sintomas Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> Ensino sobre a medicação prescrita Educação para a saúde Ouvir atentamente Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição das ações da medicação Descrição dos efeitos secundários da medicação Descrição da administração correta da medicação
Depressão Atual	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o humor, regularmente à medida que evolui o tratamento Administrar questionários de autorrelato (inventário de Beck II) Estimular a atividade física (participação no passeio terapêutico) Monitorizar a capacidade de autocuidado Monitorizar o funcionamento cognitivo Usar linguagem simples e adequada durante as interações Usar auxiliares de memória e indicadores visuais (Apresentação powerpoint e folhetos) 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstra afeto adequado Relata sono adequado Demonstra concentração Mantém um peso estável Relata capacidade para realizar tarefas diárias Relata apetite normal Fala em ritmo moderado Demonstra interesse pelo que a cerca Relata melhor humor Identifica os percursos

	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as informações • Apresentar informações gradualmente e de forma objetiva • Solicitar à doente que repita a informação • Melhora do enfrentamento (Treino assertivo) • Apoio na tomada de decisão • Suporte emocional • Redução da ansiedade • Oferecer estimulação ambiental pelo contato com os múltiplos funcionários • Conversar com a doente • Auxiliar a doente a manter um ciclo de sono/vigília • Monitorizar e registar o padrão de sono do doente e quantidade de horas dormidas • Explicar a importância de um sono adequado durante a doença • Determinar o efeito dos medicamentos da doente sobre o padrão de sono • Orientar a doente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir, que interfiram no sono • Auxiliar a doente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado • Orientar a doente quanto à forma de realizar relaxamento muscular progressivo (TRMPJ) 	<p>da depressão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relata melhora da libido • Ausência de ideia suicida • Aceitação do estado de saúde • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Melhoria da autoestima • Comunica com clareza e adequação para a idade e capacidade • Processa as informações • Pesa alternativas ao tomar decisões
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Presença • Instilação de esperança 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades como voluntária
Vontade de Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a presença e o grau de risco suicida • Orientar a doente em estratégias de enfrentamento • Interagir com a doente para transmitir atenção e abertura e oferecer a oportunidade para a doente falar sobre os seus sentimentos • Presença • Determinar os sistemas de apoio na comunidade • Determinar a presença e a qualidade de apoio familiar • Identificar estratégias usuais de enfrentamento • Vigiar a toma da medicação • Evitar a discussão repetida de histórias suicidas anteriores, manter a discussão atualizada e voltada para o futuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de determinação em viver • Expressão de esperança • Usa estratégias para compensar os problemas • Usa estratégias para intensificar a saúde

ETAPA DA INTERVENÇÃO

A etapa da intervenção insere-se dentro do contexto da entrevista de ajuda onde é explorada a problemática de vida da doente, procurando que esta se distancie o suficiente para ter outra perspetiva de modo a alterar o seu processo de pensamento, fazendo emergir soluções, com o auxílio do enfermeiro, que tenham um impacto positivo na sua vida. Dentro do contexto da entrevista de ajuda, para além dos instrumentos terapêuticos abaixo descritos, foram identificados (e trabalhados de forma a minimizar consequências para a saúde mental da doente) os seguintes fatores de risco para a depressão como:

- Desemprego e baixos recursos financeiros – encaminhado a situação para a assistente social do serviço que antes da alta da doente viabilizou o apoio da Cáritas;
- Pouca comunicação com a família e conflitos familiares – ao longo do internamento e no dia da alta foi comunicado à família da doente a necessidade de apoio e incentivo. Pelo que a família presente (irmã e companheiro) concordou participar mais ativamente na resolução dos problemas da doente e ter uma atitude de compreensão e afeto.

PSICOEDUCAÇÃO:

Foi realizado o ensino sobre a depressão e ansiedade fornecendo informações sobre:

- Sintomatologia
- Períodos de crise
- Etiologia
- Fatores de *stress* indutores
- Terapêutica prescrita à doente e importância da adesão ao regime terapêutico
- Aspectos nutricionais
- A importância do exercício físico como fator protetor da saúde mental
- Esclarecimento sobre o impacto e estigma social da doença e desmistificação de ideias pré-concebidas
- A importância de relações sociais saudáveis

Foi realizado o ensino sobre a importância de uma boa higiene oral procurando e produzindo informações sobre:

- Como realizar uma boa higiene oral
- As complicações resultantes de uma higiene oral deficitária
- A importância de introduzir a higiene oral com uma rotina do dia-a-dia
- Alimentos prejudiciais para uma boa higiene oral

Durante as sessões de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final de cada sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que a doente respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue à doente para leitura os folhetos “controle da ansiedade” (ANEXO XII) e “o que é a depressão” (ANEXO XI).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual a doente respondeu:

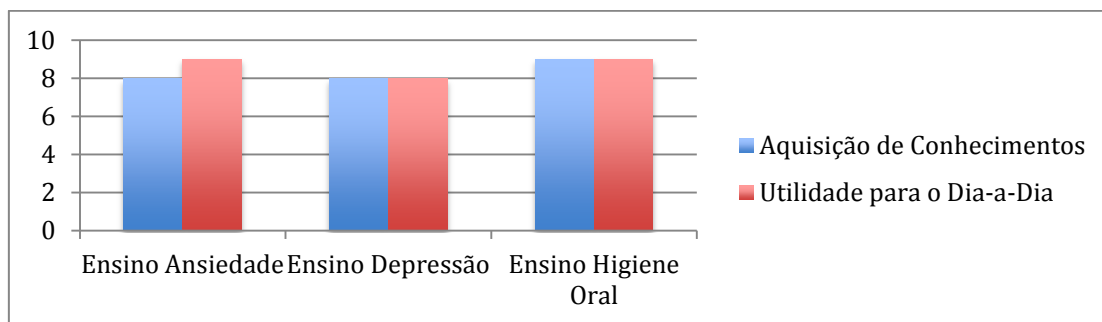


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Depressão, Ansiedade e Higiene Oral

TREINO ASSERTIVO:

1ª FASE

Foi realizada a TRMPJ na qual a doente participou com agrado, referindo sentir-se mais relaxada e menos ansiosa (avaliação subjetiva). Foi realizada a avaliação da

sessão de relaxamento através de um formulário (ANEXO VII) que avalia o nível de relaxamento atingido e a variação da frequência cardíaca no início e no final da sessão:



Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (1ª sessão)

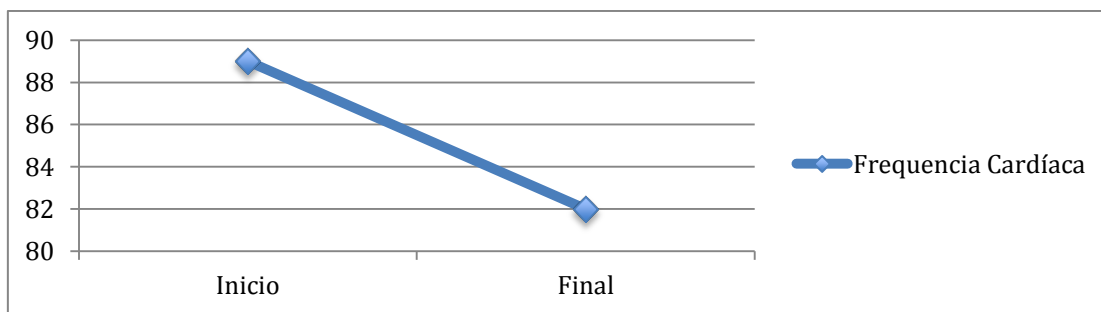


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (1ª sessão)

A doente durante o período de internamento realizou a TRMPJ mais 3 vezes, 2 das quais com os enfermeiros do SI do DPSM, não existindo dados de avaliação objetiva. No âmbito do programa de reabilitação foi realizada por mais uma vez e durante o desenrolar da sessão denotou-se que a doente já apresentava mais experiência na realização da técnica, referindo praticar à noite no seu quarto. Os dados da avaliação desta intervenção são:



Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (2ª sessão)

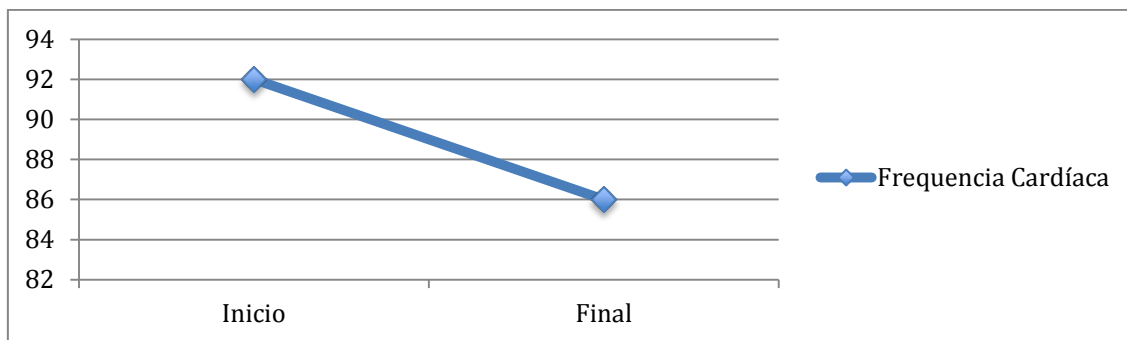


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (2ª sessão)

2ªFASE

Foi realizado o ensino sobre comportamento assertivo (ANEXO VIII) fornecendo informações sobre:

- O que são comportamentos comunicacionais agressivos, passivos e assertivos e as diferenças entre cada um deles, bem como as suas consequências para os intervenientes
- As formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada um deles
- Direitos assertivos
- Estratégias para a assertividade
- Apresentação de vídeos a demonstrar cada um dos comportamentos
- Participação em jogos: com frases e imagens que representam cada um dos diferentes comportamentos comunicacionais para a doente selecionar o adequado.

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que a doente respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue à doente para leitura o folheto “comunicar com assertividade” (ANEXO IX).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual a doente respondeu:

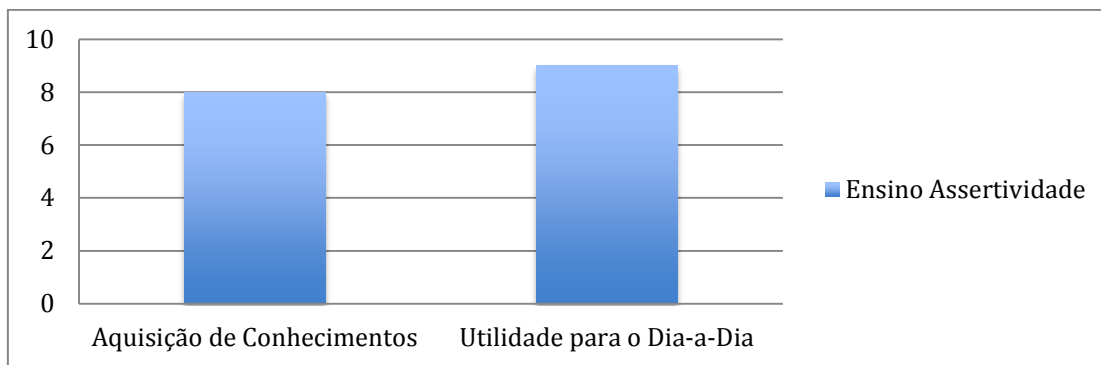


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Comportamento Assertivo

3ª e 4ª FASE

A doente preencheu o RPD (ANEXO IV) onde referiu a seguinte situação:

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
<p><i>“Estava no café do meu tio com a minha amiga Fernanda a conversar! Ele começou-me a dizer que eu não tinha dinheiro porque não queria trabalhar, que gostava de estar em casa todo o dia sem fazer nada. Depois disse-me para me ir fechar no quarto e dizer que estava doente como era costume fazer. A dizer-me estás tristes estás...és é uma preguiçosa”</i></p>	<p>1) <u>“Atirar-lhe com a chávena do café”</u></p> <p>2) “Ele não gosta de mim, não sei porquê, antes dávamos bem”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raiva • Tristeza • Ansiedade 	<p>1) “Não era capaz de fazer isso à frente de toda a gente. Não, ele está sempre a fazer-me isto. Se eu lhe atirasse a chávena à frente daquela gente toda ele batia-me”</p> <p>2) “Eu acho que é verdade porque dantes ele era meu amigo mas agora é só coisas destas. É ele gostar de me irritar para ver o que eu faço. A complicação é não lhe falar mais”</p> <p>Resposta: “Talvez em vez de gritar com ele devia dizer-lhe calmamente que se o médico me diz que estou com uma depressão é porque é verdade e se não trabalho é porque não consigo. Depois ia-me embora do café”</p>	<p>1) 0%</p> <p>2) 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza

Foi realizado o ensaio comportamental e discussão da situação que a doente apresentou com reforço para a comunicação não-verbal, uma vez que, evidenciou alguma dificuldade ao nível do envio da mensagem. Demonstrando pouca expressividade corporal e evitar permanentemente o contato visual. Foi aconselhada a treinar outros tipos de situações que lhe sejam angustiantes frente ao espelho de modo a trabalhar as respostas adaptativas, atingindo comportamentos mais efetivos. Quando a doente conseguiu representar a resposta adaptativa de forma adequada foi realizado o reforço positivo. Pela análise da entrevista de avaliação diagnóstica é possível perceber que a doente apresenta um défice de habilidades sociais e seria vantajoso o treino de mais situações, dado o tempo de internamento reduzido no DPSM não foi possível. Pelo que esta informação foi registada para acesso dos enfermeiros do serviço de Consulta Externa.

ETAPA DA AVALIAÇÃO

A avaliação foi realizada através da observação da doente, da discussão através do diálogo terapêutico nas entrevistas de ajuda e da colheita de informação do processo de enfermagem. Assim, através do quadro que se segue é possível verificar os ganhos de evolução clínica que a doente obteve com o internamento no DPSM e com a aplicação do programa de reabilitação. No dia da alta da doente (11/09/2015) foi novamente aplicado o IDB para verificar a evolução da intensidade da sintomatologia depressiva e se os resultados obtidos através do autorrelato no IDB validavam os ganhos obtidos resultantes da análise do enfermeiro.

Indicadores (NOC)	Resultados de Evolução Clínica			Melhorias Obtidas ao Nível da/o:
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	
Usa técnicas de relaxamento	Não realiza	Realiza com o enfermeiro	Realiza “Já fiz umas quantas vezes com os enfermeiros e tenho tentado sozinha à noite no quarto e até resulta”	Ansiedade
Relata um sono adequado	Não relata	“Eu agora tenho dormido bem, às vezes não durmo mais porque temos de levantar”	“Dormir, desde de que cá estou dormi sempre bem, é dos medicamentos	

Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade	Não relata	<i>“Desde de que aqui estou nunca mais senti aquele aperto no peito, aquele sufoco”</i>	<i>“Aqui estou bem deixe lá ver agora em casa”</i>	
Relata duração aumentada do tempo entre episódios	<i>“É praticamente todos os dias e em alguns dias mais do que uma vez”</i>	Relata	<i>“Sim antes era quase todos os dias e agora pelo menos há 4 ou 5 dias que tenho estado mais calma”</i>	
Relata duração diminuída dos episódios	Não relata	<i>“A medicação ajuda muito a acalmar-me e como é feita a horas e sempre que é preciso as coisas são mais controladas”</i>	Sem novo episódio ansioso	
Monitoriza a Intensidade da Ansiedade	Não monitoriza	<i>“Não foi das piores que tive, mas sentia-me inquieta...ai um 4”</i>	Sem novo episódio ansioso	
Reduz estímulos ambientais quando ansiosa	<i>“Procuro ficar sozinha no meu canto, ou vou para a casa de banho para ninguém me ver”</i>	<i>“Hoje de manhã estava mais nervosa preferi ficar a manhã na cama”</i>	Reduz estímulos ambientais	
Relata contatos sociais de apoio	<i>“Eu estou inscrita no Centro de Emprego, já para as limpezas foi de lá que me chamaram”</i>	Relata contatos sociais de apoio – contato com Assistente Social	<i>“A Sr.^a Assistente Social deu me o contato da Cáritas e avisou lá que eu podia lá ir pedir ajuda. Sempre é uma ajuda com roupas e comida”</i>	Apoio Social
Relata ambiente social estável	Não relata	Não relata	Não relata	
Relata existência de rede social de assistência	Não relata	Relata contatos sociais de apoio – contato com Assistente Social	<i>“A Sr.^a Assistente Social deu me o contato da Cáritas e avisou lá que eu podia lá ir pedir ajuda. Sempre é uma ajuda com roupas e comida”</i>	
Relata existência de pessoas capazes de ajudar se necessário	<i>“A minha amiga trabalha num lar e está a ver se consegue alguma coisa para mim”</i>	<i>“A minha irmã vai-me dar mais apoio ela já esteve a falar comigo estes dias e parece-me que</i>	Relata a existência de pessoas capazes de ajudar – irmã, companheiro e a avó	

		<i>agora ficamos melhor</i>		
Evidencia desejo de procurar ajuda de outros	<i>“Era possível falar com a assistente social? Pode ser que me consiga ajudar!”</i>	<i>“Vou ir novamente ao Centro de Emprego, não me posso acomodar”</i>	Evidencia desejo de procurar ajuda	
Realiza a higiene oral após realizar os cuidados de higiene corporal e seguir às refeições	Não realiza	Observado	Observado	Autocuidado
Mantem a higiene oral	Não mantém a higiene oral	Observado	Observado	
Verbalizações de autoaceitação	Não verbaliza	<i>“As vossas palavras marcaram-me muito e eu sei que sou capaz de organizar a minha vida e de fazer tudo por mim e pelo meu filho”</i>	<i>“Sinto-me melhor comigo, já não estou tão abatida e tão triste, esperemos que corra tudo pelo melhor”</i>	Autoestima
Manutenção de uma postura ereta	Postura retraída	Observado Postura ereta, deambular firme e coordenado	Observado	
Manutenção do contato olhos-nos-olhos	Contato olhos-nos-olhos de curta duração e desvia o olhar com facilidade	Observado	Observado	
Aceitação da crítica construtiva	Não se manifesta – adota um comportamento passivo	<i>“Sr. Enfermeiro eu percebo, como é que eu posso querer cuidar do meu filho se até agora não fui capaz de me orientar a mim”</i>	Aceitação da crítica construtiva	
Desejo de confrontar os outros	Não manifesta desejo de confrontar os outros	<i>“Agora que vou ter alta já pensei, se quero uma vida tranquila tenho de resolver as coisas com a minha família”</i>	<i>“Hoje vou ter alta Sr. Enfermeiro e vou ter uma conversa com a minha mãe e com a minha irmã”</i>	
Sentimentos de auto-valorização	Não manifesta	Demonstrado (Ensaio comportamental)	<i>“Aprender a respeitar-me é a maior lição que eu posso levar daqui Enfermeiro”</i>	
Manutenção da higiene	Higiene oral deficitária	Observado	Observado	
Descrição de sucesso na realização de	Não descreve	<i>“Agora já consegui fazer sem olhar para o</i>	<i>“Já fiz umas quantas vezes com os enfermeiros e</i>	

tarefas		<i>chão e com uma voz que se percebe”</i> (Ensaio comportamental)	<i>tenho tentado sozinha à noite no quarto e até resulta”</i>	
Enfrenta os problemas	Adopta uma atitude passiva – refere não enfrentar	<i>“A minha irmã vai-me dar mais apoio, ela já esteve a falar comigo estes dias e parece-me que agora ficamos melhor”</i>	<i>“Hoje vou ter alta Sr. Enfermeiro e vou ter uma conversa com a minha mãe e com a minha irmã”</i>	Comportamento Assertivo
Expressa sentimentos e emoções livremente	<i>“Não compreendo porque a minha mãe me ignora, parece que gosta de me ver triste”</i>	<i>“O meu tio cresceu comigo mas parece que gosta de me deitar abaixo e fazer-me sentir mal ou irritada”</i>	<i>“Sinto-me melhor comigo, já não estou tão abatida e tão triste, esperemos que corra tudo pelo melhor”</i>	
Demonstra estratégias para gerir a raiva	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Não posso ficar à espera que os outros decidam o que eu tenho de fazer senão nunca vou conseguir ser feliz. Tenho de ser eu a dizer o que eu quero”</i>	
Usa estratégias de enfrentamento eficazes	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Eu agora já sei Sr. Enfermeiro, antes falar pensar no que vou dizer e como vou dizer”</i>	
Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes	<i>“Procuro ficar sozinha no meu canto, ou vou para a casa de banho para ninguém me ver”</i>	<i>“Hoje de manhã estava mais nervosa preferi ficar a manhã na cama”</i>	Reduz estímulos ambientais	
Comunica de forma assertiva	Adopta comportamentos comunicacionais passivos	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Não posso ficar à espera que os outros decidam o que eu tenho de fazer senão nunca vou conseguir ser feliz. Tenho de ser eu a dizer o que eu quero”</i>	
Descrição do processo de doença	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre a Saúde
Descrição dos fatores de risco	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	<i>“Os problemas com a minha família foram o principio disto, a morte da minha</i>	

			<i>bisavó e outras coisas. Por isso é que quero resolver as coisas”</i>	
Descrição de sinais e sintomas	Descreve sinais e sintomas	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição da ação da medicação	Descreve a ação da medicação	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição dos efeitos secundários da medicação	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
Descrição da administração correta da medicação	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Demonstra afeto adequado	Relata afeto adequado pelo filho	Observado (relação com o companheiro e com o filho)	<i>“Agora que vou ter alta já pensei, se quero uma vida tranquila tenho de resolver as coisas com a minha família...As vossas palavras marcaram-me muito e eu sei que sou capaz de organizar a minha vida e de fazer tudo por mim e pelo meu filho”</i>	
Relata sono adequado	Não relata	<i>“Eu agora tenho dormido bem, às vezes não durmo mais porque temos de levantar”</i>	<i>“Dormir, desde de que cá estou dormi sempre bem, é dos medicamentos</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Demonstra concentração	Observado	Observado (Avaliação do ensino e Ensaio comportamental)	Observado	
Mantém um peso estável	67,5Kg	(...)	68Kg	
Relata capacidade para realizar tarefas diárias	Não relata	Não relata	<i>“Eu sei e quero que as coisas corram melhores! Tenho de ser eu a fazer a lida e a tomar conta do menino, que o meu</i>	

			<i>marido trabalha</i>	
Relata apetite normal	<i>“Eu como bem, não noto que coma menos, como o que sempre comi”</i>	Observado (Alimenta-se da totalidade da dieta às refeições. Realiza 5 refeições diárias)	Observado (Alimenta-se da totalidade da dieta às refeições. Realiza 5 refeições diárias)	
Fala em ritmo moderado	Observado	Observado	Observado	
Demonstra interesse pelo que a cerca	Não demonstra interesse	Observado	Observado	
Relata Melhor Humor	<i>“Sinto-me perdida a minha vida é uma tristeza, sinto falta de alguém que me mime, que me dê afeto, sinto-me infeliz todos os dias”</i>	<i>“É o que já lhe disse enfermeiro a minha vida é muito má como é que me posso sentir”</i>	<i>“Parece que a minha esperança foi renovada, estou mais confiante e isso faz-me sentir melhor com a vida”</i>	
Identifica os percursos da depressão	Não identifica	<i>“Fui-me abaixo, ficava sozinha no quarto, não queria ver nem a luz e o barulho incomodava-me, tinha ataques de pânico, já não gostava de fazer coisas que antes gostava. Depois fiz algumas asneiras”</i>	<i>“Os problemas com a minha família foram o principio disto, a morte da minha bisavó e outras coisas. Por isso é que quero resolver as coisas”</i>	
Relata melhora da libido	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, com energia	
Ausência de ideia suicida	Mantém ideação, sem elaborar planos	Sem ideação suicida <i>“Agora quero curar-me, arranjar um emprego e estar capaz de cuidar do meu menino”</i>	Sem ideação suicida <i>“Eu sei que isso foi uma asneira, nunca o devia ter feito, tenho de pensar mais no meu menino quando me dá para esse lado”</i>	
Aceitação do estado de saúde	<i>“Eu sei que estou doente e por isso pedi ajuda ao meu médico”</i>	Aceita o estado de saúde	Aceita e compreende o estado de saúde	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor tendencialmente eufímico	
Envolvimento social	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (com os outros doentes, com a irmã e o companheiro)	

Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Eu agora já sei Sr. Enfermeiro, antes falar pensar no que vou dizer e como vou dizer”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insônia)
Comunica com clareza e adequação para a idade e capacidade	Observado (Discurso sem alterações da cadência e da inteligibilidade)	Observado	Observado	
Processa as informações	Observado	Observado	Observado	
Pesa alternativas ao tomar decisões	Não	<i>“Agora que vou ter alta já pensei, se quero uma vida tranquila tenho de resolver as coisas com a minha família”</i>	<i>“Eu sei que isso foi uma asneira, nunca o devia ter feito, tenho de pensar mais no meu menino quando me dá para esse lado”</i>	
Interação com membros do grupo	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (com os outros doentes, com a irmã e o companheiro)	Isolamento Social
Participação em atividades de lazer	Recusa participar	Participa no passeio terapêutico	Participa no passeio terapêutico e jogos lúdicos	
Desempenho de atividades como voluntária	Não desempenha	Participa em jogos lúdicos e no passeio terapêutico como voluntária	Participa em jogos lúdicos e no passeio terapêutico como voluntária	
Expressão de determinação em viver	Não expressa	<i>“Agora quero curar-me, arranjar um emprego e estar capaz de cuidar do meu menino”</i>	<i>“A minha vida tem de levar outro rumo! Agora consigo ver que não posso fazer o mesmo que fiz até aqui, tenho de ser eu a assumir as rédeas”</i>	Vontade de Viver
Expressão de esperança	<i>“Eu tive de pedir ajuda, eu sei que aqui tenho quem me ajude a ficar melhor”</i>	<i>“As vossas palavras marcaram-me muito e eu sei que sou capaz de organizar a minha vida e de fazer tudo pelo meu filho”</i>	<i>“Quero ficar melhor, voltar a ser como era antes e cuidar do meu filho em condições”</i>	
Usa estratégias para compensar os problemas	Não demonstra	<i>“A minha irmã vai-me dar mais apoio ela já esteve a falar comigo estes dias e parece-me que</i>	<i>“Hoje vou ter alta Sr. Enfermeiro e vou ter uma conversa com a minha mãe e com a minha irmã”</i>	

		<i>agora ficamos melhor”</i>		
Usa estratégias para intensificar a saúde	<i>“Eu sei que estou doente e por isso pedi ajuda ao meu médico”</i>	<i>“Sr. Enfermeiro gostaria de falar consigo, hoje sinto-me mais em baixo”</i>	<i>“Já tenho a data da próxima consulta, vou fazer as coisas certas desta vez”</i>	Vontade de Viver

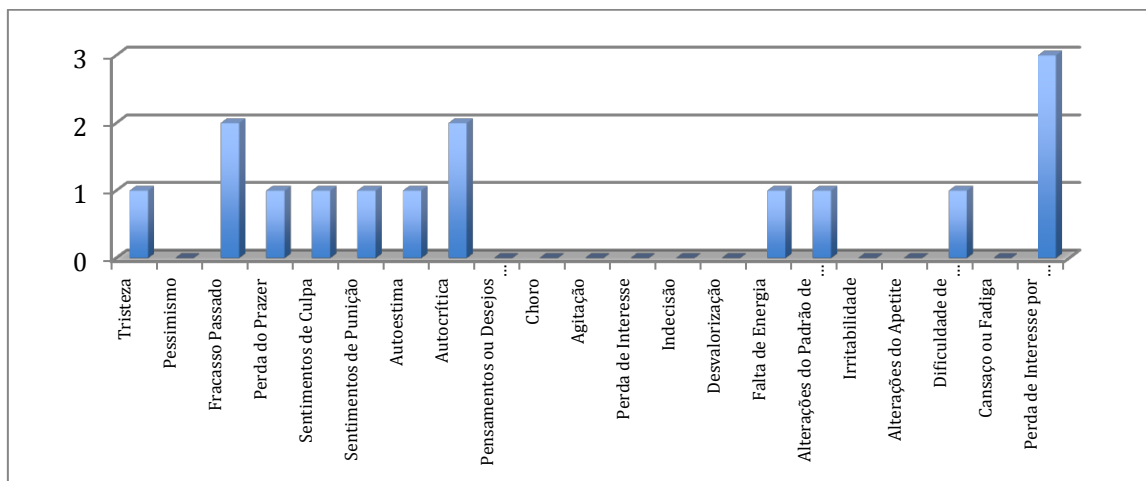


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. E.T. Avaliação Final (Score 15 – Depressão Ligeira)

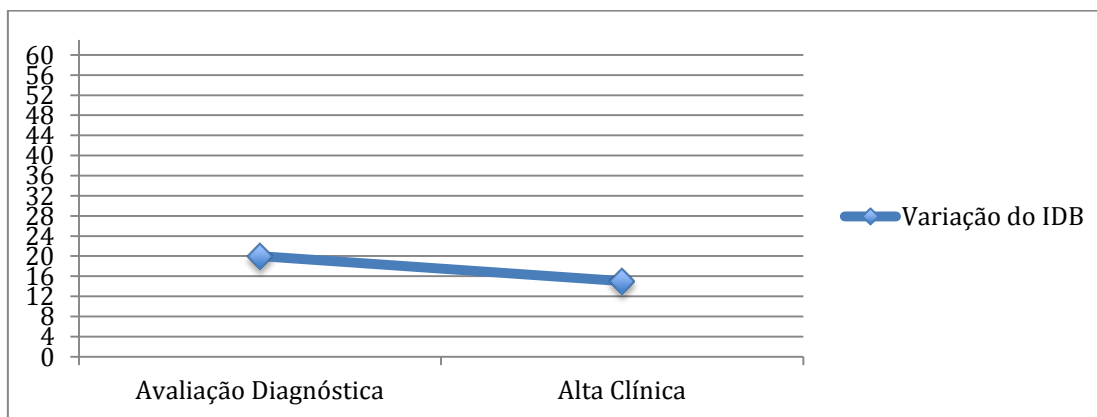


Figura – Variação do Índice de Beck durante os dias de internamento no DPSM da Sr.^a E.T.

ANEXO XIV

CASO CLÍNICO II

ETAPA DIAGNÓSTICA

NOME	R.C.
IDADE	61 anos
GÉNERO	Feminino
OCUPAÇÃO	Reformada desde há 1 ano (Ex-empregada doméstica)
ESCOLARIDADE	4º Ano
ESTADO CIVIL	Casada
INTERNAMENTOS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none">Sem episódios de internamentos anteriores no DPSMRefere ser acompanhada no Serviço de Consulta Externa do DPSM
DIAGNÓSTICO ACTUAL	Síndrome Depressivo (Internamento voluntário de 05/09/2015 a 14/09/2015)
APD	<ul style="list-style-type: none">Dislipidémia (Medicada com pravastatina 20mg ao jantar)UrticáriaOsteoporoseHipertensão arterial (medicada mas não sabe especificar qual a terapêutica)Fratura do punho direito há 1 ano com internamento no Serviço de Ortopedia para realizar osteossíntese
AFD	Não sabe responder

TERAPÊUTICA DO INTERNAMENTO:

Sertralina	Oral	200mg	9h
Alprazolam	Oral	0,5mg	9h-17h
Ácido Fólico	Oral	5mg	9h-19h
Enalapril	Oral	5mg	9h
Colecalciferol	Oral	1mg	9h
Pravastatina	Oral	20mg	12h
Aripiprazol	Oral	20mg	12h
Mirtazapina	Oral	30mg	23h
Pantoprazol	Oral	20mg	6h
Captopril	Sub-lingual	25mg	SOS (até 3x dia)
Microlax	Rectal	2 Micro Enemas	SOS (se obstipação > 48h)
Diazepam	Oral	5mg	SOS (se ansiedade até 3x dia)
Zolpidem	Oral	5mh	SOS (se insónia)

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

A Sra. R.C. é casada e tem duas filhas (de 36 e 30 anos). Reside na freguesia do Vimieiro com o marido e frequentemente recebe a visita dos netos, de quem cuida. Há cerca de 1 ano ficou reformada da sua atividade laboral (empregada doméstica) após uma queda da qual resultou uma fratura do punho direito. Desde dessa época a doente

refere pouca vontade em realizar as tarefas domésticas, apatia, dificuldade na marcha, labilidade emocional e períodos de confusão mental. Deu entrada no DPSM cerca das 18h00m do dia 05/09/2015 proveniente do SU acompanhada da filha (Cristina de 30 anos), com o diagnóstico de internamento de síndrome depressivo. Recorreu ao SU por sua livre iniciativa na sequência do agravamento do quadro de depressão.

A doente refere que durante o último ano tem tido problemas graves com o marido,

“ele vê-me assim triste mas não é capaz de me ajudar em nada e depois para além disso ainda se me põe a dizer que eu estou é maluca! Que comece é a fazer as coisas que tenho para fazer. Depois à noite eu não consigo dormir, estou sempre acordar e ele começa a berrar comigo”

com as filhas, em especial com a filha mais velha (Maria de 36 anos) e o com companheiro desta:

“eles andam sempre a brigar e ele trata-a mal! Eu estou farta de lhe dizer mas ela não me ouve! Vira-se a mim e acha que eu é que sou a culpada”.

Segundo informação recolhida junto da filha da doente (Cristina 30 anos), para além da sintomatologia depressiva a Sr.^a R.C. apresenta comportamentos desadequados como:

“põe-se a pintar o chão da casa que é de tijoleira e vai para o Centro de Saúde e quando dão por ela anda lá a limpar o chão”.

Quando confrontada com estas situações a doente evita responder e encolhe os ombros como sinal de passividade. A filha refere que nos últimos dias antes do internamento no DPSM a Sr.^a R.C.:

“passa muito tempo deitada, seja na cama seja no sofá, e mesmo para se assear temos de lhe estar sempre a dizer”.

Por outro lado, segundo a informação recolhida a doente manifesta ideação suicida,

“queria tomar os tóxicos que o meu pai usa para desinfectar as laranjeiras”,

quando a doente é confrontada com esta situação refere:

“já pensei muitas vezes em fazê-lo, já cá não estou a fazer nada, já não presto para nada”.

A Sra. R.C. afirma que ultimamente:

“não consigo comer parece que tenho aqui uma coisa na garganta que a comida não passa. Já perdi para aí uns 5kg”.

Relativamente à sua rede de apoio social identifica o seu marido, a sua filha Cristina e uma prima como as suas referências e o seu apoio:

“o meu marido agora é menos, parece que já não quer saber de mim desde que deixei de lhe fazer o comer e tratar das coisas da casa”.

Como expectativas futuras a doente pretende:

“se estou doente e vim para o hospital quero ver se fico melhor e volto para a minha casinha curada”.

Quanto à apresentação e à postura, a Sra. R.C. apresenta um aspeto cuidado e limpo (sem halitose; unhas curtas e limpas; cabelo grisalho, curto e aparentemente limpo), a idade que aparenta é igual à sua idade real. Quanto à postura, é retraída, fechada sobre si mesmo, defensiva, com pouca expressividade corporal, isolando-se do contato com os outros doentes (passa longos períodos deitada no quarto), mas quando abordada pelos profissionais de saúde revela-se cordial. A sua morfologia corporal é mesomorfa.

A doente apresenta um fôceis entristecido. A sua mímica facial é pouco expressiva. Quanto à motricidade não se verificaram hipercinésias contudo, apresenta lentidão motora com andar arrastado e dificuldade em realizar movimentos de “prensa” com o membro superior direito.

O contato da doente com o enfermeiro é simpático embora por vezes um pouco desconcentrado, evitando olhar olhos-nos-olhos. Apresenta um discurso com fluxo verbal lento e demora na emissão da resposta no diálogo, pouco comunicativa, sem alterações da inteligibilidade, o volume é baixo e a qualidade do discurso emocional.

A Sra. R.C. manteve a clareza, lucidez e continuidade de consciência no tempo, espaço e pessoa. Tem plena consciência de si, da sua identidade, do local onde se encontra e das pessoas que a envolvem. Durante a entrevista manteve a sua capacidade de atenção por períodos e flexibilidade contudo, manifestando pouca vontade em participar.

Verifica-se quanto à vontade uma vivência de inibição da vontade, com queixas de falta de interesse e motivação quando pensa em socializar, realizar as tarefas domésticas ou cuidar da sua higiene pessoal. Manifesta perturbações ao nível dos

impulsos somático sensoriais quando manifesta incapacidade para comer e dormir. Ao nível dos impulsos de 2º nível também apresenta perturbação dada a sua ideiação suicida:

“Só não o faço por causa dos meus netos”.

Não manifesta alterações ao nível dos impulsos de 3º nível.

Apresenta um humor deprimido e diminuição da energia vital. Denota-se alguma irritação quando menciona que o marido não compreende a sua doença e não é capaz de a ajudar. Refere ainda tristeza em relação às filhas relatando:

“só se metem em problemas com os maridos que não são bons para elas e dívidas! Quando eu preciso não são capazes de uma palavra amiga”.

Como também se demonstra triste em relação à sua capacidade de ser independente e de ser capaz de cumprir adequadamente com a sua vida pessoal e familiar. Apresenta labilidade emocional marcada durante a entrevista com choro fácil. A doente demonstra anedonia quando se refere à perda da capacidade de sentir prazer relativamente a atividades que anteriormente lhe eram prazerosas, como cuidar dos netos:

“agora custa-me cuidar deles, fazem muito barulho! A minha filha parece que tá desconfiada de mim e eu não quero discutir mais com ela”.

Durante a entrevista verificou-se que apresenta o pensamento lentificado, mas não foram observadas alterações do conteúdo do pensamento, da representação, memória ou da senso-percepção. Não demonstra crítica relativamente aos acontecimentos que conduziram ao agravamento da sua situação clínica e refere desesperança em relação ao futuro.

No final da entrevista foi aplicado o Inventário da Depressão de Beck II para validação dos dados recolhidos e avaliar a intensidade da sintomatologia.

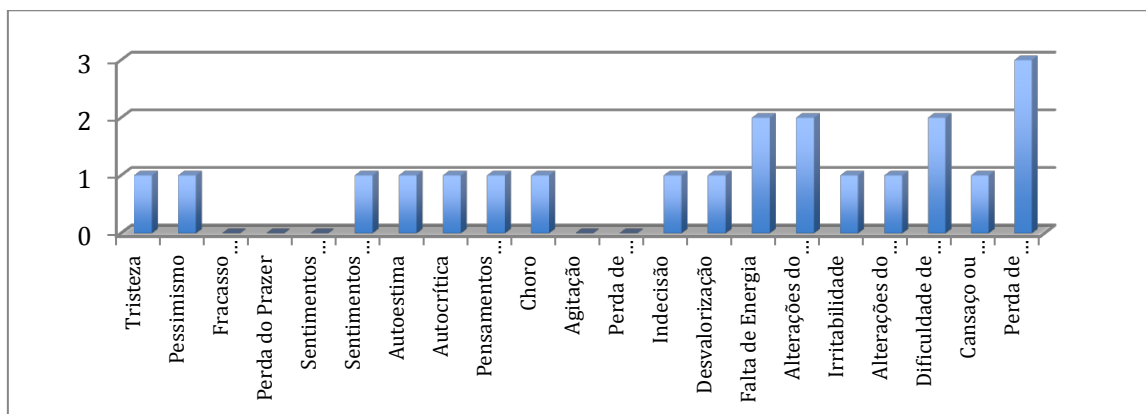


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. R.C. Avaliação Inicial (Score 21 – Depressão Moderada)

ETAPA DO PLANEAMENTO

Os juízos de diagnósticos de enfermagem estabelecidos e identificados, após a validação com o inventário de autorrelato preenchido pela doente, com necessidade de intervenção são:

Sistematização dos Cuidados de Enfermagem		
Juízos Diagnóstico de Enfermagem (CIPE versão 2)	Intervenções (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Autocuidado Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a capacidade da doente para o autocuidado • Providenciar os artigos pessoais desejados • Oferecer assistência • Encorajar a independência • Monitorizar a limpeza do couro cabeludo, dos dentes e das unhas • Providenciar à doente o banho 	<ul style="list-style-type: none"> • Lava e seca o corpo • Mantém a higiene corporal • Obtém itens para o banho • Mantém a higiene oral • Escolhe as roupas • Veste as roupas • Realiza a higiene íntima após urinar ou evacuar
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar as declarações do doente em relação à autoestima • Encorajar a doente a identificar os seus pontos positivos • Encorajar o contato olhos-nos-olhos na comunicação com os outros • Reforçar os pontos positivos que a doente identifica • Evitar críticas negativas • Investigar os sucessos anteriores • Facilitar atividades que aumentem a autoestima • Elogiar o progresso da doente em relação às metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizações de autoaceitação • Manutenção de uma postura ereta • Manutenção do contato olhos-nos-olhos • Aceitação da crítica construtiva • Desejo de confrontar os outros • Sentimentos de auto-valorização • Manutenção da higiene • Descrição de sucesso na realização de tarefas
Comportamento Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar e monitorizar a ingestão diária de alimentos e líquidos • Evitar disfarçar medicamentos nos alimentos • Controlo do peso • Consultar a nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária à obtenção e/ou manutenção do peso alvo • Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição à doente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém uma ótima ingestão calórica diária • Mantém o padrão alimentar recomendado • Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos

Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar barreiras à assertividade (socialização feminina) • Ajudar a doente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade (RPD) • Distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão-passividade (Psicoeducação) • Ajudar a identificar direitos, responsabilidades e normas (Psicoeducação) • Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais • Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos • Orientar a doente sobre estratégias para a prática de comportamento assertivo • Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis • Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relacionado com a mudança comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrenta os problemas • Expressa sentimentos e emoções livremente • Demonstra estratégias para gerir a raiva • Usa estratégias de enfrentamento eficazes • Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes • Comunica de forma assertiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino do processo de doença • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia (Folheto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre a medicação prescrita • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia (Folheto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição dos efeitos secundários da medicação • Descrição da administração correta da medicação
Depressão Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o humor, regularmente à medida que evolui o tratamento • Administrar questionários de autorrelato (inventário de Beck II) • Estimular a atividade física (participação no passeio terapêutico) • Monitorizar a capacidade de autocuidado • Auxiliar no autocuidado, conforme necessidade • Monitorizar o funcionamento cognitivo • Usar linguagem simples e 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra afeto adequado • Relata sono adequado • Demonstra concentração • Mantém um peso estável • Relata capacidade para realizar tarefas diárias • Relata apetite normal • Fala em ritmo moderado • Demonstra interesse pelo que a cerca • Relata melhor humor • Identifica os percursos da depressão • Relata melhora da libido • Ausência de ideia suicida

	<p>adequada durante as interações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar auxiliares de memória e indicadores visuais • Reforçar as informações • Apresentar informações gradualmente e de forma objetiva • Solicitar à doente que repita a informação • Melhora do enfrentamento (Treino Assertivo) • Apoio na tomada de decisão • Suporte emocional • Redução da ansiedade • Oferecer estimulação ambiental pelo contato com os múltiplos funcionários • Orientar quanto ao tempo, espaço e pessoa • Conversar com a doente • Auxiliar a doente a manter um ciclo de sono/vigília • Monitorizar e registrar o padrão de sono do doente e quantidade de horas dormidas • Explicar a importância de um sono adequado durante a doença • Determinar o efeito dos medicamentos da doente sobre o padrão de sono • Auxiliar a doente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado • Orientar a doente quanto à forma de realizar relaxamento muscular progressivo (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Melhoria da autoestima • Processa as informações • Pesa alternativas ao tomar decisões
Desesperança Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Instalação de esperança • Presença • Incremento do sono • Aumento da socialização • Promoção do exercício (Passeio Terapêutico) • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de orientação futura positiva • Expressão de vontade viver • Expressão de razões para viver • Expressão de prazer de viver • Fixação de metas
Força de Vontade Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima • Auxiliar a doente a encontrar fontes de motivação • Auxiliar a doente a identificar o impacto da doença no autoconceito • Auxiliar a doente a identificar prioridades de vida • Suporte emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Melhoria da autoestima

Hipoatividade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o compromisso da doente com a aprendizagem e uso de uma postura correta • Orientar a doente sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal para prevenir a fadiga, a tensão e as lesões • Promoção do exercício (Passeio Terapêutico) • Técnicas de relaxamento muscular progressivo para alívio da tensão muscular (TRMPJ) • Vigilância do risco de desenvolver úlceras de pressão (Escala de Braden) • Elogiar o desempenho, quando adequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra concentração • Mostra que cuida da higiene pessoal adequadamente • Mostra nível adequado de energia • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Presença • Instilação de esperança • Terapia ocupacional • Aumento da socialização (Atividades Lúdicas) • Promoção do exercício (Passeio Terapêutico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades como voluntária
Vontade de Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a presença e o grau de risco suicida • Orientar a doente em estratégias de enfrentamento (Ensaio Comportamental; Modelação) • Interagir com a doente para transmitir atenção e abertura e oferecer a oportunidade para o doente falar sobre os seus sentimentos • Presença • Determinar os sistemas de apoio na comunidade • Determinar a presença e a qualidade de apoio familiar • Identificar estratégias usuais de enfrentamento • Vigiar a toma da medicação • Evitar a discussão repetida de histórias suicidas anteriores, manter a discussão 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de determinação em viver • Expressão de esperança • Usa estratégias para compensar os problemas • Usa estratégias para intensificar a saúde

ETAPA DA INTERVENÇÃO

A etapa da intervenção insere-se dentro do contexto da entrevista de ajuda onde é explorada a problemática de vida da doente, procurando que esta se distancie o

suficiente para ter outra perspectiva de modo a alterar o seu processo de pensamento, fazendo emergir soluções, com o auxílio do enfermeiro, que tenham um impacto positivo na sua vida. Durante o processo de decisão do plano de cuidados de enfermagem a doente demonstrou pouca disponibilidade para aderir às estratégias definidas revelando hipoatividade, falta de vontade e procurando formas de estar isolada do restante grupo de doentes e profissionais de saúde, pelo que a implementação das estratégias planeadas representou um desafio acrescido. À medida que a relação enfermeiro-doente se foi estabelecendo foi possível observar alguma abertura da doente à intervenção terapêutica, mais ao nível do diálogo terapêutico do que propriamente ao recurso a instrumentos terapêuticos como a TRMPJ, ensaio comportamental (optando pela modelação comportamental) e mesmo ao passeio terapêutico.

Dentro do contexto da entrevista de ajuda foram identificados (e trabalhados de forma a minimizar consequências para a saúde mental da doente) os seguintes fatores de risco para a depressão que aumentam o risco de recidiva como:

- Pouca comunicação efetiva na família/conflitos familiares
- Não aceitação por parte do marido da doença. Foi explicado ao mesmo numa das visitas que fez ao DPSM o que era a depressão e como se manifestava no dia-a-dia da pessoa. O marido referiu compreender que a Sr.^a R.C. estava doente:

“Eu agora vejo que ela está doente o Dr. para a internar é porque sabe o que está a fazer”

- Rigidez de pensamento quanto à culpabilização do marido, das filhas e do genro pelo seu problema de saúde
- Relações ambivalentes com a família
- Rede de amigos diminuta

PSICOEDUCAÇÃO:

Foi realizado o ensino sobre a depressão fornecendo informações sobre:

- Sintomatologia
- Períodos de crise
- Etiologia

- Fatores de *stress* indutores
- Terapêutica prescrita à doente e importância da adesão ao regime terapêutico
- Aspectos nutricionais
- A importância do exercício físico como fator protetor da saúde mental
- Esclarecimento sobre o impacto, estigma social da doença e desmistificação de ideias pré-concebidas
- A importância de relações sociais saudáveis

Foi realizado o ensino sobre a importância de uma alimentação saudável procurando e produzindo informações sobre:

- Identificar as preferências alimentares da doente
- A importância de uma alimentação saudável e equilibrada dados os APD de hipertensão arterial e dislipidémia, bem como os riscos cardiovasculares associados
- Reconhecer os alimentos saudáveis
- Reconhecer os alimentos ricos em açúcares, gorduras e alimentos processados como alimentos pouco saudáveis
- A importância da ingestão hídrica
- A importância de manter um peso corporal adequado e equilibrado, realizando 6 refeições diárias

Durante a sessão de ensino a doente revelou alguns sinais de fadiga e de pouco interesse, pelo que a intervenção foi terminada ao fim de 20m e dada continuidade no dia seguinte. Foram realizadas no final de cada sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que a doente respondeu adequadamente a mais de 50%, demonstrando que se a psicoeducação fosse prolongada no tempo revelava pouca concentração e capacidade de memorização. A estratégia adoptada passou por repetir os conteúdos várias vezes para que compreende-se a temática, com recurso a biblioterapia (ANEXO XI) e a imagens (pirâmide dos alimentos). No final agradeceu a atenção, disponibilidade e presença dispensadas pelo enfermeiro revelando agrado.

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual a doente respondeu:

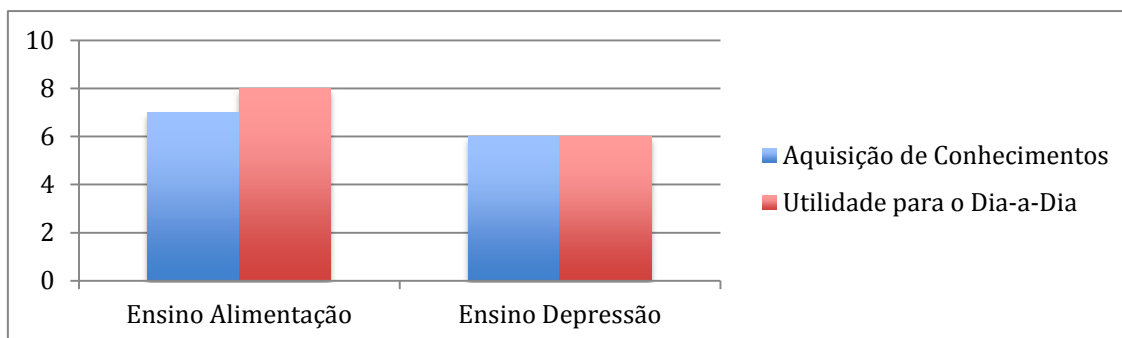


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Depressão e Alimentação Saudável

TREINO ASSERTIVO:

1ª FASE

Não foi realizada a TRMPJ pela a doente recusar sempre a participação fosse em sessões individuais ou de grupo referindo;

“eu não gosto dessas coisas prefiro ficar no meu quarto” ou “os mais novos é que tem de ir fazer para mim já não interessa essas modernices”.

2ªFASE

Foi realizado o ensino sobre a comportamento assertivo (ANEXO VIII) fornecendo informações sobre:

- O que são comportamentos comunicacionais agressivos, passivos e assertivos e as diferenças entre cada um deles, bem como as suas consequências (na perspetiva do emissor e do receptor da mensagem)
- As formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada um deles
- Direitos assertivos
- Estratégias para a assertividade
- Apresentação de vídeos a demonstrar cada um dos comportamentos
- Participação em jogos: com frases e imagens que representam cada um dos diferentes comportamentos comunicacionais para a doente selecionar o adequado.

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que a doente respondeu adequadamente a mais de 50%. Foi entregue à doente para leitura o folheto “comunicar com assertividade” (ANEXO IX).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual a doente respondeu:

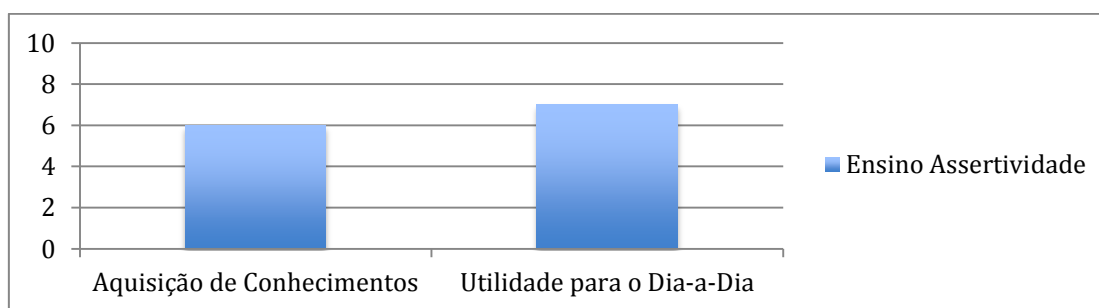


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Comportamento Assertivo

3ª e 4ª FASE

Foi preenchido o RPD (ANEXO IV) juntamente com a doente durante uma entrevista de ajuda onde a mesma referiu a seguinte situação:

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
“Estava com marido lá em casa, deitada no sofá e ele começou-me a falar mal porque não tinha o comer feito e que agora eu já não queria saber das coisas de casa, só queria passar os dias deitada. Eu fiquei calada porque antigamente ensinaram-me assim”	1) “Responder-lhe torto a ver se ele percebe que eu também preciso que me ajudem” 2) “ <u>Ele já não quer saber de mim, eu era a criada e agora como já não sou é assim</u> ”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Raiva 	1) “Não fui educada assim, posso pensar mas fazer...Habituei-o mal sempre lhe fiz tudo ele agora depois de velho não vai mudar. Dava-se uma briga muito grande lá em casa” 2) “Eu sei que é assim, foi como sempre foi, e ele não conhece outra coisa. O problema é que se eu me	1) 10% 2) 90% <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza

			<p><i>ponho com coisas ainda me trata pior”</i></p> <p><i>Resposta:</i> A doente não manifesta resposta adaptativa pelo que optei pela modulação para fornecer uma resposta adaptativa assertiva à doente</p>	
--	--	--	---	--

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
<p>“Às vezes à tarde o meu marido não está em casa e lá aparece a minha filha com o meu genro a pedir-me dinheiro. Eu depois tenho pena e acabo por lhes dar. Sei que eles, se eu não meter um travão nisto, não vão parar de pedir e depois eu é que ouço o marido! Ele grita comigo! Para dar aos outros não temos para nós”</p>	<p>1) <u>“Dizer-lhes que não posso dar porque a mim também me faz falta! Eles tem de aprender a governar-se com o que têm”</u></p> <p>2) <u>“Que eles depois não têm dinheiro para comer e andam aí aos caídos, que vergonha. Mas ele não tem juízo só quer é beber com os amigos”</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 	<p>1) <i>“Pois é o que tenho mesmo de começar a fazer senão isto não tem fim. O mais certo é a minha filha se zangar comigo e ainda fica sem me falar, mas também é já só discutir comigo”</i></p> <p>2) <i>“É uma vergonha lá na terra saberem disso. Se eles ganhassem juízo aprendiam a governar-se”</i></p> <p><i>Resposta:</i> A doente não manifesta resposta adaptativa pelo que optei pela modulação para fornecer uma resposta adaptativa assertiva à doente</p>	<p>3) 50%</p> <p>4) 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergonha

Foi realizada a modelação das situações dado a doente não saber como começar a recriar os episódios passados e pelo facto de apresentar duas barreiras ao desempenho assertivo como a educação feminina (“...antigamente não era assim...”) e um desempenho comportamental tendencialmente passivo. Assim, as circunstâncias relatadas foram modeladas pelo enfermeiro procurando ilustrar as componentes não-verbais e paralinguísticas, que a doente deve manifestar para uma resposta assertiva em que faz referência ao seu estado de saúde e ao facto de necessitar da ajuda do marido. No caso da segunda situação em que aprende a dizer “Não” a um evento que posteriormente lhe causa sentimentos negativos. No final foi pedido para realizar o ensaio comportamental, tendo-o realizado com sucesso ao nível da linguagem não-

verbal. Quanto à linguagem verbal apresentou um fluxo verbal lento com demora na emissão da resposta ao diálogo, pelo que foi incentivada a melhorar e a treinar a situação frente ao espelho. Pela análise da entrevista de avaliação diagnóstica é possível verificar que a doente apresenta um défice de habilidades sociais e seria vantajoso o treino de mais situações mas dado o tempo de internamento reduzido no DPSM não foi possível. Pelo que esta informação foi registada para acesso dos enfermeiros do serviço de Consulta Externa.

ETAPA DA AVALIAÇÃO

A avaliação foi realizada através da observação da doente, do diálogo terapêutico nas entrevistas de ajuda e da colheita de informação do processo de enfermagem. Assim, através do quadro que se segue é possível verificar os ganhos em saúde que a doente obteve com o internamento no DPSM e com a aplicação do programa de reabilitação psicossocial. No dia da alta da doente (14/09/2015) foi novamente aplicado o IDB para verificar a evolução da intensidade da sintomatologia depressiva e se os resultados obtidos através do autorrelato no IDB validavam os ganhos obtidos resultantes da análise do enfermeiro.

Indicadores (NOC)	Resultados de Evolução Clínica			Melhorias Obtidas ao Nível da/o:
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	
Lava e seca o corpo	Com ajuda (Lava 50% da superfície corporal)	Com ajuda (Lava 50% da superfície corporal)	Observado	Autocuidado
Mantém a higiene corporal	Com ajuda	Com ajuda	Observado	
Obtém itens para o banho	Observado	Observado	Observado	
Mantém a higiene oral	Higiene oral deficiente	Observado (Realiza a higiene oral e os cuidados de higienização da prótese dentária)	Observado (Realiza a higiene oral e os cuidados de higienização da prótese dentária)	
Escolhe as roupas	Não escolhe	Observado	Observado	
Veste as roupas	Com ajuda	Observado	Observado	
Realiza a higiene íntima após urinar ou evacuar	Com ajuda	Observado	Observado	

Verbalizações de autoaceitação	Não demonstrado	<i>“Já estou a ficar velha e como já não os consigo ajudar com antes é assim que me tratam”</i>	<i>“Chegar a esta idade e ver as coisas assim é muito difícil de aceitar”</i>	Autoestima
Manutenção de uma postura ereta	Postura retraída	Postura retraída	Observado	
Manutenção do contato olhos-nos-olhos	Evita o contato visual	Observado	Observado	
Aceitação da crítica construtiva	Não aceita a crítica e adopta comportamento de vitimização	Não aceita a crítica e adopta comportamento de vitimização	Reconhece que é necessária a modificação comportamental	
Desejo de confrontar os outros	Não demonstrado	<i>“Se eu lhes digo alguma coisa ainda é pior, dizem logo que a culpa é minha”</i>	<i>“Tenho de falar com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	
Sentimentos de auto-valorização	Não demonstrado	<i>“Para olhar pelos netos já me vêm dizer, mas para me ajudarem a mim ninguém quer saber”</i>	<i>“Eu sou uma grande cozinheira, o Sr. Enfermeiro tem de ir lá ao Vimieiro que eu faço-lhe uma sopa de tomate que vai ver que boa é”</i>	
Manutenção da higiene	Com ajuda	Com ajuda	Observado	
Descrição de sucesso na realização de tarefas	Não demonstrado	<i>“Eu já não sirvo para nada Sr. Enfermeiro”</i>	<i>“Finalmente vou para casa! Posso cuidar dos meus e voltar aos meus bordados, tenho de lhe mostrar uma toalha linda que fiz”</i>	Comportamento Alimentar
Mantém uma ótima ingestão calórica diária	Alimenta-se de 1/2 da dieta e realiza 3 refeições por dia	Alimenta-se de 2/3 da dieta e realiza 4 refeições por dia	Alimenta-se de 3/4 da dieta e realiza 5 refeições por dia	
Mantém o padrão alimentar recomendado	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos	<i>“Lá em casa quando passo os dias deitada, triste, sem vontade para nada, nem para comer...”</i>	Identifica os estados emocionais	Identifica os estados emocionais	
Enfrenta os	Não demonstrado	<i>“Se eu lhes digo</i>	<i>“Tenho de falar</i>	Comportamento

problemas		<i>alguma coisa ainda é pior, dizem logo que a culpa é minha”</i>	<i>com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	Assertivo
Expressa sentimentos e emoções livremente	Não demonstrado	<i>“É uma tristeza que se mete em mim que eu não sei, o me dá força é os meus netinhos”</i>	<i>“Preocupa-me que isto vai ser uma vergonha lá na terra espero que não saibam que eu estou aqui, é muito triste chegar a esta idade assim”</i>	
Demonstra estratégias para gerir a raiva	Isola-se no quarto	Isola-se no quarto	Isola-se no quarto Procura ajuda dos enfermeiros	
Usa estratégias de enfrentamento eficazes	Não demonstrado	<i>“Se eu lhes digo alguma coisa ainda é pior, dizem logo que a culpa é minha”</i>	<i>“...não eu vou lhe falar a bem porque se for a mal não lhe digo o que quero dizer...”</i>	
Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes	Isola-se no quarto	Isola-se no quarto	Isola-se no quarto	
Comunica de forma assertiva	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Tenho de falar com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	
Descrição do processo de doença	Não demonstrado	Aproximadamente 50% de respostas adequadas (Avaliação do ensino)	Aproximadamente 50% de respostas adequadas (Avaliação do ensino)	Conhecimento sobre a Saúde
Descrição dos fatores de risco	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Estes problemas todos que lhe disse foi um grande encontrão mas vou tentar seguir os seus conselhos”</i>	
Descrição de sinais e sintomas	Não demonstrado	Aproximadamente 50% de respostas adequadas (Avaliação do ensino)	Aproximadamente 50% de respostas adequadas (Avaliação do ensino)	

Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Vou arranjar um entretém para não estar sempre a pensar nos problemas”</i>	
Descrição das ações da medicação	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre o regime Medicamentoso
Descrição dos efeitos secundários da medicação	Não demonstrado	<i>“Isso é muito complicado para mim, basta saber para o que servem”</i>	Mantém pouca abertura à aprendizagem	
Descrição da administração correta da medicação	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Demonstra afeto adequado	<i>“A minha filha não me respeita, ela pensa que o marido que tem a vai ajudar mas está enganada, eu só quero o bem dela mas ela não percebe”</i>	<i>“Os meus netos são tudo para mim e sei que eles também gostam muito de mim”</i>	<i>“cuidar dos meus netinhos é tudo o que eu queria e eles também devem estar com saudades minhas que eu sei”</i>	
Relata sono adequado	Não demonstrado	<i>“Desde que vim cá para o hospital durmo mais, também à quantidade comprimidos que me dão, há noites que durmo a noite toda”</i>	Relata sono adequado	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Demonstra concentração	Não demonstrado	Ao fim de algum tempo a doente manifesta cansaço	Ao fim de algum tempo a doente manifesta cansaço	
Mantém um peso estável	Não (refere ter perdido 5Kg) Peso 48kg	48kg	48kg	
Relata capacidade para realizar tarefas diárias	Não demonstrado	<i>“Tenho de ir para a minha casinha que agora os gaiatos vão começar a escola e eles não têm onde ficar quando saem, eu que tomo conta deles”</i>	<i>“cuidar dos meus netinhos é tudo o que eu queria e eles também devem estar com saudades minhas que eu sei”</i> <i>“...voltar aos meus bordados, tenho de lhe mostrar uma toalha linda que fiz”</i>	
Relata apetite normal	<i>“Eu tenho muito pouco apetite, não</i>	Não relata	<i>“Já como melhor mas muitas vezes é</i>	

	<i>me apetece comer”</i>		<i>por obrigação”</i>	
Fala em ritmo moderado	Discurso lento com demora da resposta ao diálogo	Discurso lento com demora da resposta ao diálogo	Observado	
Demonstra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Relata melhor humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	
Identifica os percursos da depressão	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Estes problemas todos que lhe disse foi um grande encontrão mas vou tentar seguir os seus conselhos”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Relata melhora da libido	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, com energia	
Ausência de ideia suicida	Ideação suicida com plano estruturado <i>“Só não o fiz pelos meus netos”</i>	Mantém ideação, sem elaborar planos	<i>“Eu já não penso nessas coisas, quero voltar para a minha casinha para voltar a estar com os meus netinhos que eles precisam de mim”</i>	
Aceitação do estado de saúde	<i>“Isto é uma doença muito má, e eu sei que estou doente o meu marido e as minhas filhas é que não acreditam em mim e dizem que estou maluca”</i>	Observado	Observado	
Melhoria da esperança	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	
Envolvimento social	Não demonstrado	Interage com os profissionais de saúde quando abordada	Observado (Interage com os outros doentes e profissionais de saúde)	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstrado	<i>“Se eu lhes digo alguma coisa ainda é pior, dizem logo que a culpa é minha”</i>	<i>“Tenho de falar com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	
Melhoria da autoestima	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	

Processa as informações	Não demonstrado	Observado em parte	Observado em parte	
Pesa alternativas ao tomar decisões	Não demonstrado	<i>“Tenho medo de lhe dizer alguma coisa porque ela pode ficar chateada comigo, é minha filha”</i>	<i>“Tenho de falar com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	
Expressão de orientação futura positiva	Não demonstrado	<i>“Eu já não sirvo para nada Sr. Enfermeiro”</i>	<i>“Espero que as coisas sejam diferentes e que eles percebam que eu já não dou conta de tudo sozinha”</i>	Desesperança
Expressão de vontade viver	<i>“Só não o fiz pelos meus netos”</i>	Mantém ideiação, sem elaborar planos	<i>“Eu já não penso nessas coisas, quero voltar para a minha casinha para voltar a estar com os meus netinhos que eles precisam de mim”</i>	
Expressão de razões para viver	<i>“Só não o fiz pelos meus netos”</i>	<i>“Os filhos estão criados e não lhes consigo dar juízo por isso agora tenho de ajudar os pequenos”</i>	<i>“cuidar dos meus netinhos é tudo o que eu queria e eles também devem estar com saudades minhas que eu sei”</i>	
Expressão de prazer de viver	Não demonstrado	Não demonstrado	Não demonstrado	
Fixação de metas	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Vou arranjar um entretenimento para não estar sempre a pensar nos problemas”</i>	
Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Aceitação do estado de saúde	<i>“Isto é uma doença muito má, e eu sei que estou doente o meu marido e as minhas filhas é que não acreditam em mim e dizem que estou maluca”</i>	Observado	Observado	Força de Vontade
Melhoria da esperança	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	

Envolvimento social	Não demonstrado	Interage com os profissionais de saúde quando abordada	Observado (Interage com os outros doentes e profissionais de saúde)	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstrado	<i>“Se eu lhes digo alguma coisa ainda é pior, dizem logo que a culpa é minha”</i>	<i>“Tenho de falar com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	
Melhoria da autoestima	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Mostra concentração	Não demonstrado	Ao fim de algum tempo a doente manifesta cansaço	Ao fim de algum tempo a doente manifesta cansaço	Hipoatividade
Mostra que cuida da higiene pessoal adequadamente	Com ajuda	Com ajuda	Observado	
Mostra nível adequado de energia	Baixa energia vital	Baixa energia vital	Doente com energia adequada, mais independente no autocuidado	
Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Interação com membros do grupo	Isola-se no quarto	Interage com os profissionais de saúde quando abordada	Observado (Interage com os outros doentes e profissionais de saúde)	
Participação em atividades de lazer	Não demonstrado	A doente recusa quando solicitada	A doente recusa quando solicitada	Isolamento Social
Desempenho de atividades como voluntária	Não demonstrado	Não demonstrado	Não demonstrado	
Expressão de determinação em viver	<i>“Só não o fiz pelos meus netos”</i>	Mantém ideação, sem elaborar planos	<i>“Eu já não penso nessas coisas, quero voltar para a minha casinha para voltar a estar com os meus netinhos que eles precisam de mim”</i>	Vontade de Viver
Expressão de esperança	Não demonstrado	<i>“Eu já não sirvo para nada Sr. Enfermeiro”</i>	<i>“Espero que as coisas sejam diferentes e que eles entendam que eu já não dou conta de tudo sozinha”</i>	
Usa estratégias	Não demonstrado	<i>“Se eu lhes digo</i>	<i>“Tenho de falar</i>	

para compensar os problemas		<i>alguma coisa ainda é pior, dizem logo que a culpa é minha”</i>	<i>com a filha para ela perceber que eu não lhe posso dar mais dinheiro, mas que continuo a ser mãe dela e ela tem de perceber”</i>	
Usa estratégias para intensificar a saúde	Não demonstrado	Apenas quando solicitada manifesta as suas queixas	Procura os enfermeiros sempre que apresenta dor ou apresenta alguma queixa	

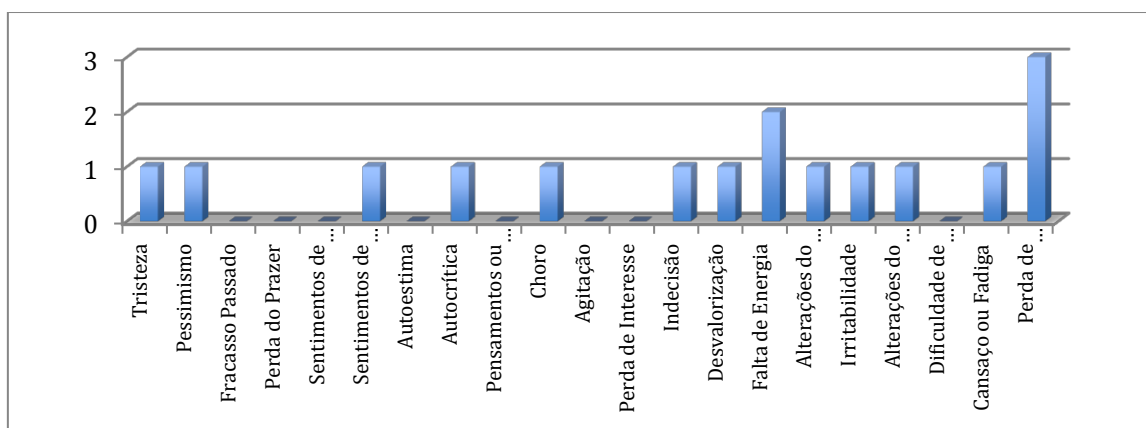


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. R.C. Avaliação Final (Score 16 – Depressão Ligeira)

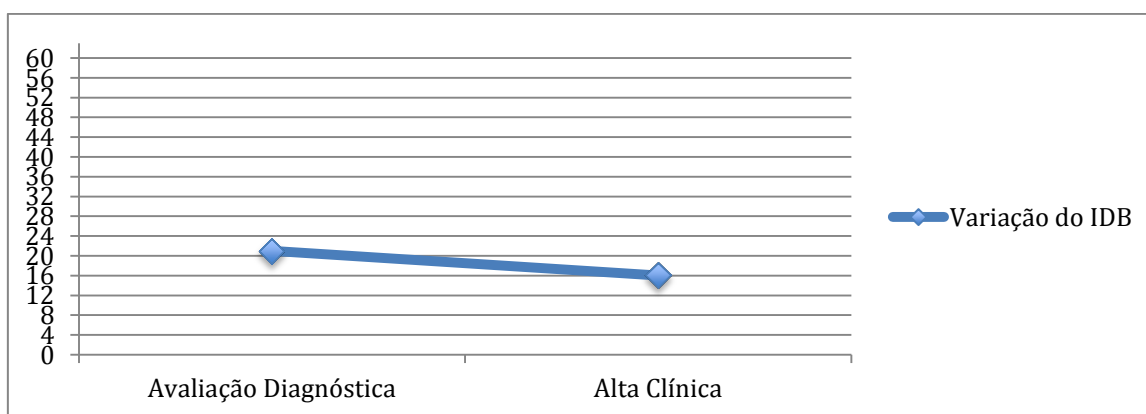


Figura – Variação do Índice de Beck ao longo do internamento no DPSM da Sr.^a R.C.

ANEXO XV

CASO CLÍNICO III

ETAPA DIAGNÓSTICA

NOME	C.C.
IDADE	45 anos
GÉNERO	Feminino
OCUPAÇÃO	Reformada por invalidez há cerca de 3 anos por doença bipolar (Ex-operária fabril)
ESCOLARIDADE	7º Ano
ESTADO CIVIL	Casada
INTERNAMENTOS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none">Internamento no DPSM, por 2 vezes, o último internamento há cerca de 2 anos com o diagnóstico de síndrome depressivo. O outro internamento foi há cerca de 8 anos por realizar tentativa de suicídio por intoxicação voluntária com fármacos
DIAGNÓSTICO ACTUAL	Síndrome Depressivo (Internamento voluntário de 10/09/2015 a 15/09/2015)
APD	<ul style="list-style-type: none">Doença bipolarDislipidémia medicada com pravastatina 20mg ao jantarHérnia discal na região lombarFumadora (20 cigarros/dia)
AFD	<ul style="list-style-type: none">Mãe, hipertensão arterial

TERAPÊUTICA DO INTERNAMENTO:

Medicamento	Via Administração	Dosagem	Posologia
Topiramato	Oral	100mg	9h-13h-19h
Lorazepam	Oral	1mg	9h-13h-19h
Risperidona	Oral	2mg	19h
Mirtazapina	Oral	15mg	19h
Venlafaxina	Oral	150mg	9h
Flurazepam	Oral	30mg	SOS (se insónia)

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

A Sra. C.C. deu entrada no DPSM do HESE cerca das 12h15m proveniente do serviço de consulta externa, acompanhada pelo marido, com o diagnóstico de internamento de síndrome depressivo em doente com doença bipolar. Refere sentir-se mais deprimida nas últimas semanas, com dificuldade em realizar as tarefas domésticas, a concentrar-se, com choro fácil, ansiedade e agitação que a própria doente relata:

“de manhã até ando mais ou menos mas tenho passado as tardes a chorar, às vezes sem razão nenhuma. Sinto-me agitada”.

Vive na Amieira com o marido (Valdemar de 48 anos) e a filha (Mónica de 14 anos). Afirma que tem mais um filho (David de 25 anos) que até há alguns anos vivia consigo mas agora:

“ele foi tirar o curso de hotelaria para o Algarve e ficou lá a trabalhar”.

Quando lhe é pedido para descrever a relação que apresenta com o marido e com os filhos a doente refere que:

“damo-nos bem, o meu marido já me conhece e sempre que pode também está lá para me ajudar, mas tem de trabalhar. O David é muito bom menino e faz-me falta, tenho pena que ele tenha de estar tão longe”.

A restante rede de apoio social da doente é constituída pela sua mãe (Mariana de 71 anos), à qual a doente atribui um papel de relevo, e pelo seu pai (Gonçalo de 75 anos) sobre o qual a doente refere:

“ele também me ajuda mas não é tanto como a minha mãe, é um bocado mais distante e gosta de fazer outras coisas”.

Nega ter outras relações de amizade devido a episódios que ocorreram no passado, marcando o modo como se relaciona com as pessoas que não são da sua família:

“É que eu já apanhei muitas decepções na vida com as pessoas! Falam do que não devem!”.

Quando interrogada sobre como considera a sua infância a doente menciona que:

“Normal, brincava, ia à escola, não aconteceu nada que me prejudicasse mais tarde”.

Quanto a sua situação laboral a Sra. C.C. afirma que está reformada mas gostava de ter algum tipo de ocupação para além da lida da casa:

“gostava de ter alguma coisa para me entreter, que me ocupasse o tempo e que pudesse ser útil alguém”.

Como expectativas futuras refere que pretende:

“ter a doença controlada como nestes últimos dois anos. Por isso vim aqui para o hospital a ver se arrebito. A minha Mónica tá quase a começar a escola e tenho de estar capaz de a ajudar”.

Como preocupações a doente manifesta:

“preocupa-me muito que a doença comece agravar com idade e que eu deixe de ser capaz de fazer as coisas e torno-me um peso para a minha família”.

Quanto à apresentação e à postura, a Sra. C.C. apresenta um aspeto cuidado e limpo (sem halitose; unhas curtas e limpas; cabelo preto, escovado e aparentemente limpo; vestuário cuidado e adequado), a idade que aparenta é igual à sua idade real. Apresenta ligeira descoloração cutânea da face sugestiva de défice de melanina. A doente revela preocupação com a sua aparência física demonstrando interesse na manutenção de um peso equilibrado e numa dieta saudável:

“Ando no nutricionista já há algum tempo, consegui perder uns quilinhos, mas também corto à boca. Não como muita carne é mais peixe, verduras e doces nem vê-los...Mais ou menos três vezes por semana é habitual dar uma caminhada com a minha mãe ao fim do dia. Ultimamente tenho andado pior e já não tenho ido! Gosto muito, faz-me sentir bem e sempre me distraio”.

Apresenta uma postura retraída, fechada sobre si mesmo, procurando o isolamento dos outros doentes. Opta por ler os livros disponibilizados na biblioteca do serviço contudo, quando abordada pelos profissionais de saúde revela-se cordial e afável, ou seja, com bom contato interpessoal. A sua morfologia corporal é mesomorfa.

Apresenta um fáceis entristecido. A mímica facial é condizente com as emoções que manifesta, embora denote pouca expressividade. Quanto à motricidade não se verificaram hipocinesias contudo, apresentou-se inquieta ao longo da entrevista.

O contato da doente com o enfermeiro é simpático e atento, demonstrando gratidão com a presença e com as intervenções terapêuticas realizadas em conjunto. O discurso não apresenta alterações da cadência, mas acentua as palavras quando aborda assuntos que lhe são prazerosos ou pessoas que lhe são significativas:

“A minha MÃE é o meu grande apoio! Esteve sempre presente na minha vida e é a minha grande amiga...a minha MÃE sempre que preciso é a primeira a aparecer”

O volume é adequado e a qualidade do discurso emocional.

A Sra. C.C. manteve a clareza, lucidez e continuidade de consciência no tempo, espaço e pessoa. Tem plena consciência de si, da sua identidade, do local onde se encontra e das pessoas que a envolvem. Durante a entrevista manteve a sua capacidade de atenção e flexibilidade.

Verifica-se quanto à vontade uma vivência de inibição da vontade quando pensa em socializar ou quando refere incapacidade para realizar as tarefas domésticas:

“o meu marido também começou a notar porque eu geralmente com a ajuda da minha mãe tenho sempre as coisas organizadas lá em casa e agora estas últimas semanas já não consigo”.

Não manifesta alterações ao nível dos impulsos de 3º e de 2º nível contudo, ao nível dos impulsos somático sensoriais relata que:

“Custa-me muito dormir! Acordo muitas vezes durante a noite ou passam horas até conseguir adormecer”.

Apresenta o humor deprimido e diminuição da energia vital. Refere anedonia quando expressa dificuldade em sentir prazer com a prática de atividades lúdicas, seja dar caminhadas ao final da tarde com a sua mãe, ou visitar o filho no Algarve:

“costumávamos ir visitá-lo, de vez em quando, ao Algarve. Ele por causa do trabalho não consegue cá vir, mas agora não temos ido. Parece que já não tenho aquele desejo! Mas tenho saudades dele!”.

A Sra. C.C. refere tristeza relativamente à sua vida, exibindo irritabilidade quando questionada sobre se tem relações de amizade e lhe é pedido para as caracterizar. Menciona também crises de ansiedade com alguma frequência sem que nenhum evento desencadeante ocorra:

“Às vezes estou ali a ver televisão e começo com aquele aperto no peito, aquela falta de ar! Parece que me vai dar qualquer coisa”.

Revela como estratégias compensatórias a fuga aos eventos stressantes ou a toma de fármacos que tem prescritos pelo seu médico psiquiatra.

Durante a entrevista não foram observadas alterações da forma, do conteúdo do pensamento, da representação e memória. A doente manifesta dificuldade em concentrar-se:

“Às vezes estou a ler e ao fim de cinco minutos tenho de parar que já não consigo ler nada”.

Durante a realização da entrevista não se observou nenhuma dificuldade em concentrar-se nas informações fornecidas sobre a doença e estratégias compensatórias para controlo da ansiedade.

No final foi aplicado o Inventário da Depressão de Beck II para validação dos dados recolhidos e avaliar a intensidade da sintomatologia.

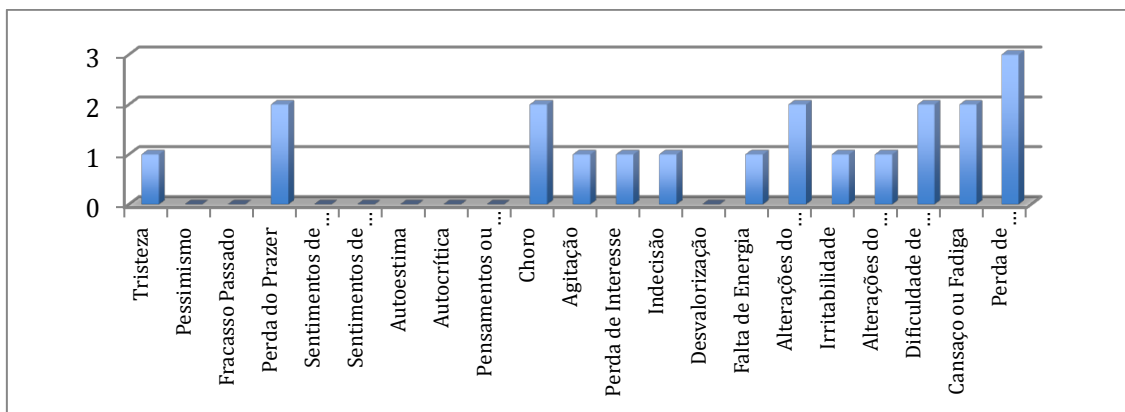


Figura – Inventário Depressão de Beck II Sra. C.C. Avaliação Inicial (Score 20 – Depressão Moderada)

ETAPA DO PLANEAMENTO

Os juízos de diagnósticos de enfermagem estabelecidos e identificados, após a validação com o inventário de autorrelato preenchido pela doente, com necessidade de intervenção são:

SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Juízos Diagnóstico de Enfermagem (CIPE versão 2)	Intervenções (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Agitação Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma, direta e segura • Comunicar as regras, as expectativas comportamentais apropriadas, considerando nível de funcionamento cognitivo e capacidade de autocontrole do doente • Elogiar tentativas de autocontrole • Prevenção de quedas • Identificar ameaças à segurança no ambiente • Remover ameaças à segurança do ambiente • Incremento do sono • Supervisão • Execução de técnica de relaxamento muscular (TRMPJ) • Controle farmacológico • Presença 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra concentração • Mostra interesse pelo que a cerca • Mostra nível de energia adequado • Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e segura • Oferecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (Psicoeducação) • Compreender a perspetiva da doente sobre a situação temida • Ouvir atentamente • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza a intensidade da ansiedade • Usa técnicas de relaxamento • Relata um sono adequado • Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade • Relata duração aumentada do tempo entre episódios

	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a doente a identificar situações precipitadoras de ansiedade • Orientar a doente quanto ao uso de técnicas de relaxamento (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relata duração diminuída dos episódios • Reduz estímulos ambientais quando ansiosa
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar barreiras à assertividade (ex. Condição médica, socialização feminina) • Ajudar a doente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade (RPD) • Distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão-passividade (Psicoeducação) • Ajudar a identificar direitos, responsabilidades e normas (Psicoeducação) • Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais (RPD) • Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos • Orientar a doente sobre estratégias para a prática de comportamento assertivo • Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis • Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relacionado com a mudança comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrenta os problemas • Expressa sentimentos e emoções livremente • Demonstra estratégias para gerir a raiva • Usa estratégias de enfrentamento eficazes • Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes • Comunica de forma assertiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino do processo de doença • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia (Folheto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre a medicação prescrita • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia (Folheto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição dos efeitos secundários da medicação • Descrição da administração correta da medicação
Depressão Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o humor, regularmente à medida que evolui o tratamento • Administrar questionários de autorrelato (inventário de Beck II) • Estimular a atividade física (participação no passeio terapêutico) • Monitorizar a capacidade de autocuidado • Monitorizar o funcionamento cognitivo • Usar linguagem simples e adequada durante as interações • Usar auxiliares de memória e indicadores visuais • Reforçar as informações 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra afeto adequado • Relata sono adequado • Demonstra concentração • Mantém um peso estável • Relata capacidade para realizar tarefas diárias • Relata apetite normal • Fala em ritmo moderado • Demonstra interesse pelo que a cerca • Relata melhor humor • Identifica os percursos

	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar informações gradualmente e de forma objetiva • Solicitar à doente que repita a informação • Melhoria do enfrentamento (Treino Assertivo) • Apoio na tomada de decisão • Suporte emocional • Redução da ansiedade • Oferecer estimulação ambiental pelo contacto com os múltiplos funcionários • Conversar com a doente • Auxiliar a doente a manter um ciclo de sono/vigília • Monitorizar e registar o padrão de sono da doente e quantidade de horas dormidas • Explicar a importância de um sono adequado durante a doença • Determinar o efeito dos medicamentos da doente sobre o padrão de sono • Orientar a doente quanto à forma de realizar relaxamento muscular progressivo (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • da depressão • Relata melhora da libido • Ausência de ideia suicida • Aceitação do estado de saúde • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Processa as informações • Pesa alternativas ao tomar decisões
Força de Vontade Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima • Auxiliar a doente a encontrar fontes de motivação • Auxiliar a doente a identificar o impacto da doença no autoconceito • Auxiliar a doente a identificar prioridades de vida • Suporte emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia • Aceitação do estado de saúde • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Presença • Instilação de esperança • Terapia ocupacional • Aumento da socialização (Atividades lúdicas) • Promoção do exercício (Passeio terapêutico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades como voluntária

Relativamente às alterações do apetite manifestadas, estas devem-se ao facto de a doente afirmar “*tenho comido um pouquinho mais*”, uma vez que, não apresenta alterações significativas do peso e tem presente as premissas para uma alimentação saudável, considero que o mesmo não constitui um problema.

ETAPA DA INTERVENÇÃO

A etapa da intervenção insere-se dentro do contexto da entrevista de ajuda onde é explorada a problemática de vida da doente, procurando que esta se distancie o suficiente para ter outra perspetiva de modo a alterar o seu processo de pensamento,

fazendo emergir soluções, com o auxílio do enfermeiro, que tenham um impacto positivo na sua vida. Dentro do contexto da entrevista de ajuda, para além dos instrumentos terapêuticos abaixo descritos, foram identificados (e trabalhados de forma a minimizar consequências para a saúde mental da doente) fatores de risco para a depressão como:

- Humor instável
- Comportamento antissocial com pessoas externas à família
- Irritabilidade
- Separação do filho que vive no Algarve

PSICOEDUCAÇÃO:

Foi realizado o ensino sobre a depressão e ansiedade fornecendo informações sobre:

- Sintomatologia
- Períodos de crise
- Etiologia
- Fatores de *stress* indutores
- Terapêutica prescrita à doente e importância da adesão ao regime terapêutico
- Aspectos nutricionais
- A importância do exercício físico como fator protetor da saúde mental
- Esclarecimento sobre o impacto e estigma social da doença e desmistificação de ideias pré-concebidas
- A importância de relações sociais saudáveis

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue para leitura os folhetos “controle da ansiedade” (ANEXO XII) e “o que é a depressão” (ANEXO XI).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual a doente respondeu:

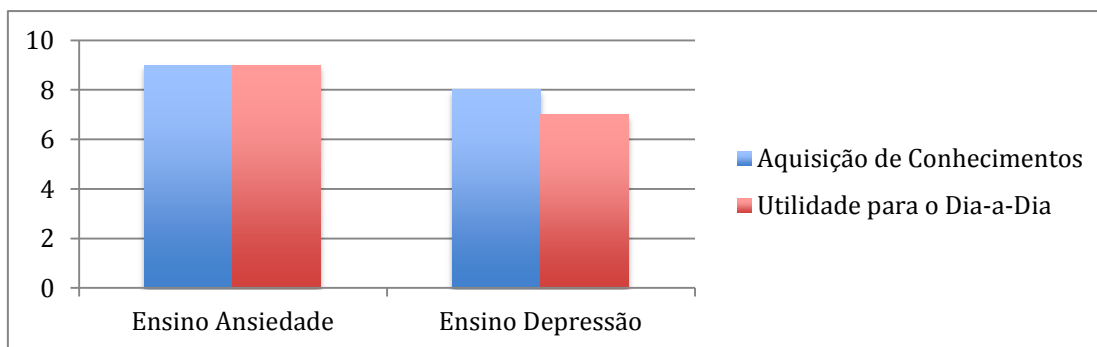


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Depressão e Ansiedade

TREINO ASSERTIVO:

1ª FASE

Foi realizada a TRMPJ na qual participou com agrado, referindo sentir-se mais relaxada e menos ansiosa. Foi realizada a avaliação da sessão de relaxamento através de um formulário (ANEXO VII) que avalia o nível de relaxamento atingido e a variação da frequência cardíaca do início para o final da sessão:

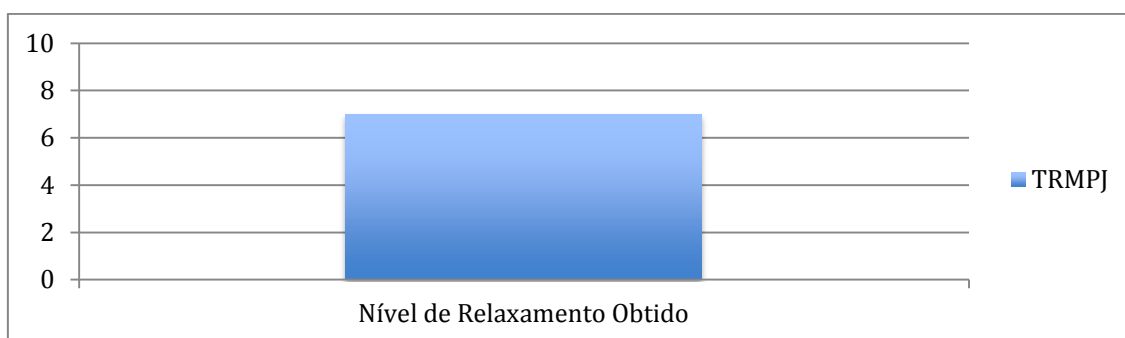


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (1ª sessão)

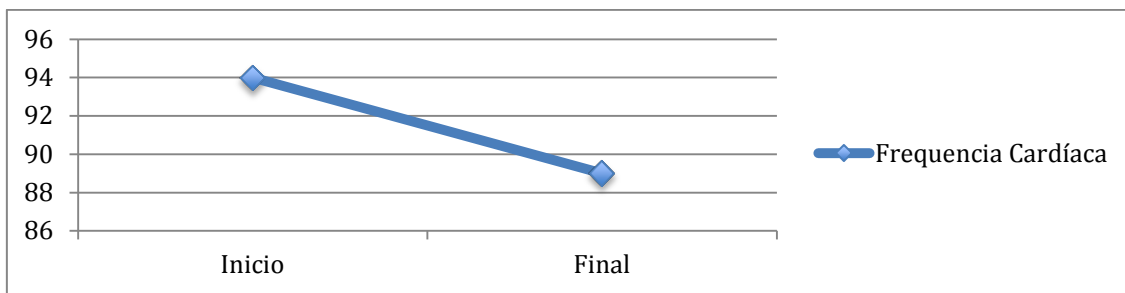


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (1ª sessão)

A doente durante o período de internamento realizou a TRMPJ mais 4 vezes, 2 das quais com os enfermeiros do SI do DPSM, não existindo dados de avaliação objetiva. No âmbito do programa de reabilitação foi realizada mais 2 vezes e durante o desenrolar da última sessão denotou-se que a doente já apresentava mais experiência na realização da técnica. Referindo já ter tido conhecimento destas técnicas anteriormente e que pratica frequentemente para a poder realizar de forma independente. Os dados da avaliação destas intervenções são:

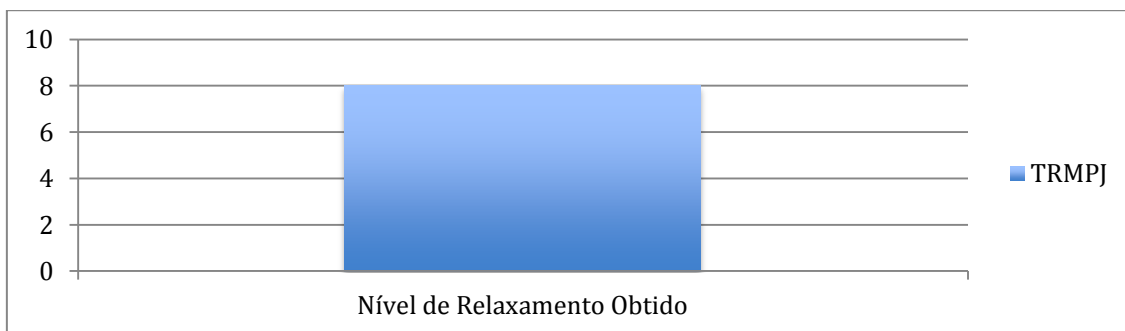


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (2ª sessão)

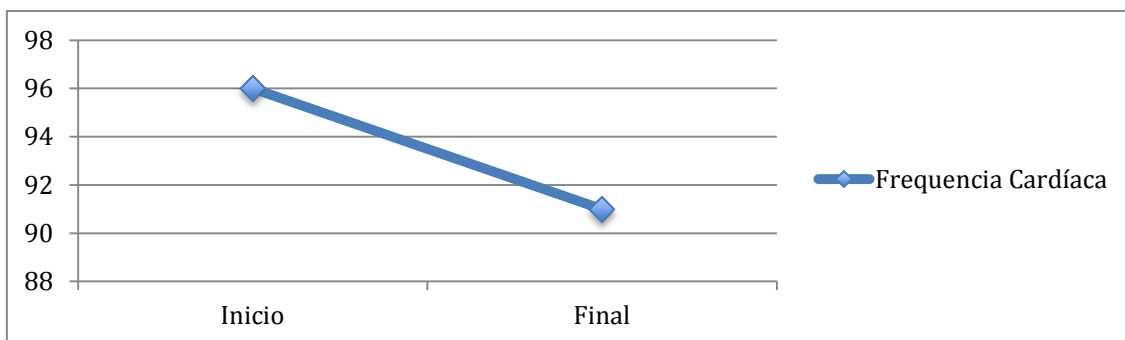


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (2ª sessão)

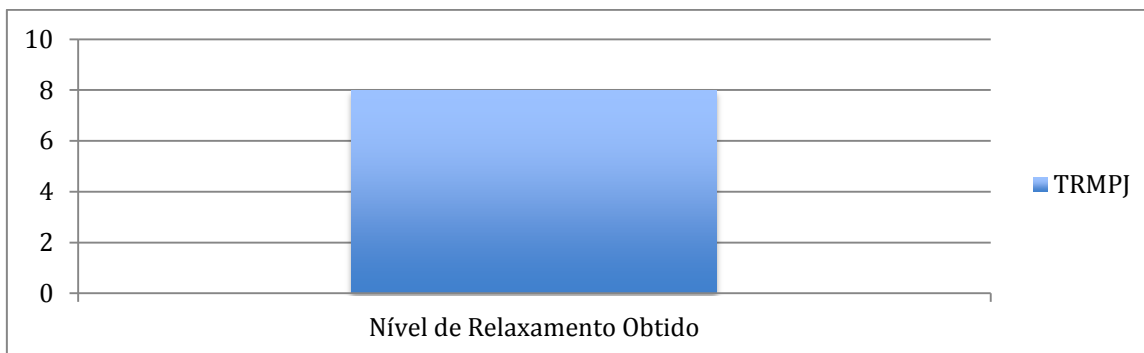


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (3ª sessão)

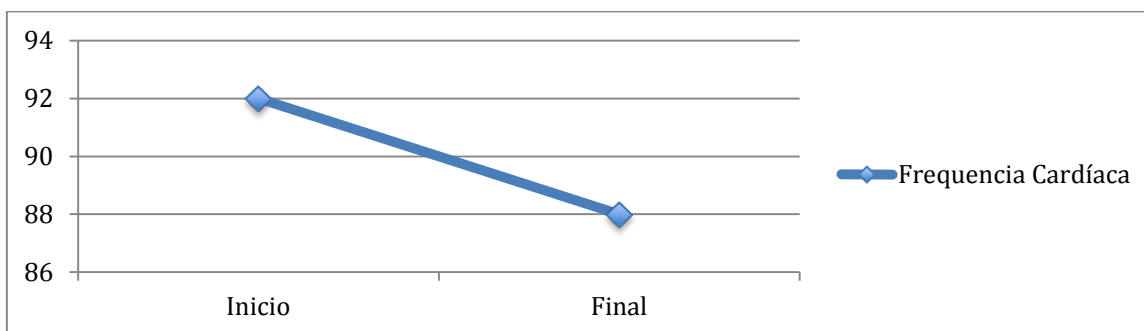


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (3ª sessão)

2ªFASE

Foi realizado o ensino sobre a comportamento assertivo (ANEXO VIII) fornecendo informações sobre:

- O que são comportamentos comunicacionais agressivos, passivos e assertivos e as diferenças entre cada um deles, bem como as suas consequências
- As formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada um deles
- Direitos assertivos
- Estratégias para a assertividade
- Apresentação de vídeos a demonstrar cada um dos comportamentos
- Participação em jogos: com frases e imagens que representam cada um dos diferentes comportamentos comunicacionais para a doente selecionar o correto

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas

questões sobre o assunto debatido ao que respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue para leitura o folheto “comunicar com assertividade” (ANEXO IX).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual respondeu:

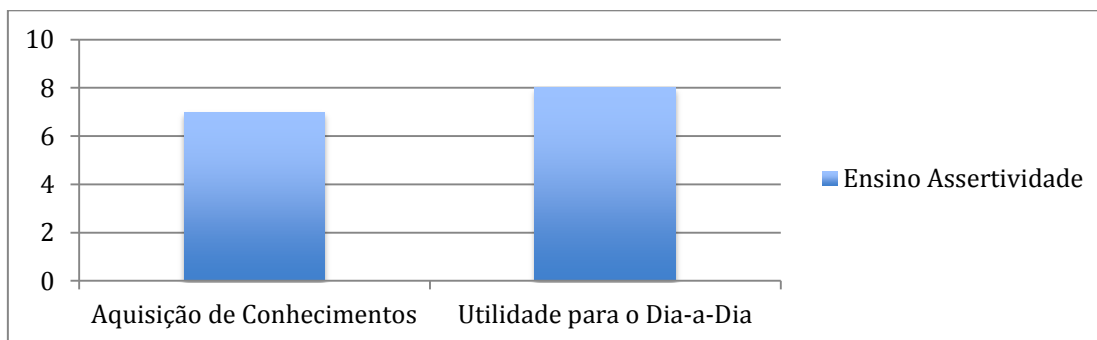


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Comportamento Assertivo

3ª e 4ª FASE

A doente preencheu o RPD (ANEXO IV) onde referiu a seguinte situação:

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
“Estou em casa sozinha e começo a pensar que estou sempre triste, sem vontade para nada, só me apetece chorar! Não consigo fazer as coisas que tenho para fazer. Se não fosse a minha mãe a ajudar-me não sei como havia de ser...já tive de me reformar pelo mesmo motivo e é muito triste viver assim. Depois com isto tudo o marido chateia-se comigo e brigamos...mas o normal”	1) <u>“Um dia o meu marido cansa-se disto tudo e deixa-me”</u> 2) “Não sei como vai ser o dia em que não possa contar com a ajuda da minha mãe”	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedade 	1) “Para já não é verdadeiro que ele nunca me disse nada e até me ajuda muito. No caso de ser verdade fico sozinha. Depende de mim também tentar mudar as minhas reações e não lhe responder mal quando ele me diz as coisas” 2) “Faz parte da vida e eu sei que um dia vai ser assim. Eu não me consigo	1) 50% 2) 50% <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza

			<p><i>imaginar sem ela ao meu lado. Tenho de me habituar à ideia porque um dia também vou ser eu...”</i></p> <p><i>Resposta: “Tenho de pensar que as coisas estão bem, que ele gosta de mim e parar de pensar estas coisas que às tantas nem são verdade. A minha cabeça não para de pensar”</i></p>	
--	--	--	--	--

Foi realizado ensaio comportamental desta situação que a doente apresentou, evidenciando alguma dificuldade ao nível do envio da mensagem dada a pouca expressividade corporal e evitar o contato visual. Foi aconselhada a treinar outros tipos de situações que lhe sejam angustiantes frente ao espelho de forma a trabalhar as respostas adaptativas. Quando a doente conseguiu representar a resposta adaptativa de forma adequada foi realizado o reforço positivo. Pela análise da entrevista de avaliação diagnóstica é possível perceber que a doente apresenta um défice de habilidades sociais e seria vantajoso o treino de mais situações. Dado o tempo de internamento reduzido no DPSM não foi possível, pelo que esta informação foi registada para acesso dos enfermeiros do serviço de Consulta Externa.

ETAPA DA AVALIAÇÃO

A avaliação foi realizada através da observação da doente, do diálogo terapêutico nas entrevistas de ajuda e da colheita de informação do processo de enfermagem. Assim, através do quadro que se segue é possível verificar os ganhos de evolução em saúde que a doente obteve com o internamento no DPSM e com a aplicação do programa de reabilitação. No dia da alta da doente (15/09/2015) foi novamente aplicado o IDB para verificar a evolução da intensidade da sintomatologia

da depressão e se os resultados obtidos através do autorrelato validavam os ganhos obtidos resultantes da análise do enfermeiro.

Indicadores (NOC)	Resultados de Evolução Clínica			Melhorias Obtidas ao Nível da/o:
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	
Mostra concentração	Demonstrado <i>“Às vezes estou a ler e ao fim de 5 minutos tenho de parar que já não consigo ler nada”</i>	Demonstra (Avaliação do Ensino)	Demonstrado	Agitação
Mostra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	
Mostra nível de energia adequado	Não demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	
Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	
Monitoriza a intensidade da ansiedade	Não monitoriza	Não monitoriza	Não Monitoriza <i>“Eu não consigo perceber a diferença, fico-me a sentir muito mal”</i>	Ansiedade
Usa técnicas de relaxamento	Não realiza	Realiza com o enfermeiro	Realiza	
Relata um sono adequado	Não relata <i>“Custa-me muito dormir, ou acordo muitas vezes durante a noite, ou passo horas até conseguir adormecer”</i>	Não relata	<i>“Tenho sempre dificuldade em dormir, mas tenho pedido aos enfermeiros o comprimido à noite mesmo antes de me deitar e tenho conseguido descansar a noite toda”</i>	
Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade	Não relata <i>“Estou ali a ver TV e começo com aquele aperto no peito, aquela falta de ar. Parece que me vai dar qualquer coisa!”</i>	Não relata	Relata menor intensidade na manifestação física <i>“Tenho andado mais calma desde que cá estou não me tenho sentido muito ansiosa, nem ando com</i>	

			<i>aquele mal-estar</i>	
Relata duração aumentada do tempo entre episódios	Não relata	<i>“Sim aí à uns 2 dias que não me acontece nenhuma crise e lá em casa era quase todos os dias da parte da tarde”</i>	Relata <i>“Tenho andado mais calma com tem visto enfermeiro”</i>	
Relata duração diminuída dos episódios	Não relata	<i>“Aqui sempre que acontece alguma coisa os enfermeiros dão-me medicamentos fazem terapias, ou conversamos. Há outras formas de resolver o problema...”</i>	Relata	Ansiedade
Reduz estímulos ambientais quando ansiosa	<i>“Quando isso acontece vou me deitar e fico ali a ver se me passa.”</i>	Reduz (Vai para o quarto)	Reduz (Vai para o quarto)	
Enfrenta os problemas	Não enfrenta	<i>“Já pensei em falar com o meu marido a ver o que ele me diz, mas depois tenho medo da resposta que ele me possa dar”</i>	<i>“Falei com o Valdemar e ele ajudou-me a ficar mais calma, tranquilizou-me um bocadinho”</i>	Comportamento Assertivo
Expressa sentimentos e emoções livremente	<i>“Sabe que o meu maior medo é perder a minha mãe e o Valdemar. Com a idade eu vou depender cada vez mais dos meus filhos e do meu marido. Tenho muito medo disso, é muito triste”</i>	<i>“Tenho tantas saudades do meu David, gosto muito dele...faz-me cá tanta falta ele está sempre a puxar-me para cima”</i>	Expressa sentimentos e emoções livremente	
Demonstra estratégias para gerir a raiva	Não demonstra	<i>“Já muita gente me desiluiu e eu prefero evitá-las”</i>	<i>“Eu uma coisa que ganhei consciência é que não vale a pena guardar as coisas para nós e se queremos respostas temos de ir ter com as pessoas”</i>	
Usa estratégias de enfrentamento eficazes	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Quando o marido me disser alguma coisa vou tentar não lhe responder logo”</i>	

			<i>torto e dizer-lhe...Hoje não estou bem! Não consegui! A ver se ele me entende”</i>	
Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes	<i>“Quando isso acontece vou me deitar e fico ali a ver se me passa.”</i>	Reduz (Vai para o quarto)	Reduz (Vai para o quarto)	
Comunica de forma assertiva	Não demonstra (Comunica de forma passiva)	Observado (Ensaio comportamental)	Relata relação mais efetiva com o marido	Comportamento Assertivo
Descrição do processo de doença	Descreve processo de doença	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre a saúde
Descrição dos fatores de risco	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição de sinais e sintomas	Descreve sinais e sintomas	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença	<i>“Eu sempre gostei de dar caminhadas e faço-o muitas vezes com a minha mãe”</i>	<i>“Eu procuro gostar de mim e por isso é que vou à nutricionista, para me sentir bem comigo, pelo menos fisicamente”</i>	Descreve medidas	
Descrição das ações da medicação	Descreve ação da terapêutica	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento do Regime Medicamentoso
Descrição dos efeitos secundários da medicação	Não descreve	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição da administração correta da medicação	Descreve administração correta da terapêutica	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Demonstra afeto adequado	<i>“Não me posso queixar que pelo menos a minha família faz muito por mim e eu não me esqueço disso e agradeço, gosto muito deles”</i>	<i>“Tenho tantas saudades do meu David, gosto muito dele...faz-me cá tanta falta ele está sempre a puxar-me para cima”</i>	Demonstra	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Relata sono adequado	Não relata <i>“Custa-me muito dormir, ou acordo muitas vezes durante a noite, ou passo horas até</i>	Não relata	<i>“Tenho sempre dificuldade em dormir, mas tenho pedido aos enfermeiros o comprimido à noite mesmo antes</i>	

	<i>conseguir adormecer”</i>		<i>de me deitar e tenho conseguido descansar a noite toda”</i>	
Demonstra concentração	Demonstrado <i>“Às vezes estou a ler e ao fim de 5 minutos tenho de parar que já não consigo ler nada”</i>	Demonstra (Avaliação do Ensino)	Demonstrado	
Mantém um peso estável	55Kg	55Kg	56Kg	
Relata capacidade para realizar tarefas diárias	Não relata	<i>“em casa sei que tenho sempre a ajuda da minha mãe, mas também já me vou sentido com mais vontade”</i>	<i>“Está na hora de eu voltar para casa Sr. Enfermeiro faço lá falta e a Mónica precisa de mim agora que tá aí a escola a começar”</i>	
Relata apetite normal	<i>“Não tenho problemas com o comer, nunca deixei de comer, cumprio é aquelas regras que a nutricionista me deu”</i>	Relata (Alimenta-se de 2/3 à totalidade da refeição, preferencialmente peixe)	Relata (Alimenta-se de 2/3 à totalidade da refeição, preferencialmente peixe)	
Fala em ritmo moderado	Observado	Observado	Observado	
Demonstra interesse pelo que a cerca	Não demonstra	Demonstrado	Demonstrado	
Relata Melhor Humor	<i>“isto é da doença mas eu sinto-me tão em baixo que passava todas as tardes a chorar em casa”</i>	<i>“Desta vez parece que está a ser mais difícil passar o barranco mas eu já sei que isto é mesmo assim, são fases”</i>	<i>“contínuo a sentir-me em baixo, triste, mas tenho saudades de casa e estar aqui ainda me faz sentir pior”</i>	
Identifica os percursos da depressão	Não identifica	<i>“não posso passar os dias deitada no sofá ou fechar-me em casa sem querer ver ninguém”</i>	Identifica	
Relata melhora da libido	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, sem energia	<i>“Ainda à uma semana nem queria ouvir falar dessas coisas mas agora já começo a sentir desejo, sabe tenho de voltar a casa”</i>	
Ausência de ideia suicida	<i>“Isso foi uma vez sem exemplo, uma</i>	Ausência de ideação suicida	Ausência de ideação suicida	

Depressão
(Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)

	<i>parvoeira, sei que não o devia ter feito não é solução. Aprendi a minha lição”</i>			
Aceitação do estado de saúde	<i>“tenho esta doença há muitos anos sei que isto vai ser assim o resto da vida. Tenho fases que ando em baixo outras que tenho energia a mais, o meu médico diz que nessas fases fico com a mania das limpezas”</i>	Reconhece a doença	Reconhece a doença	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	
Envolvimento social	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (interage com os outros doentes)	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não enfrenta	<i>“Já pensei em falar com o meu marido a ver o que ele me diz, mas depois tenho medo da resposta que ele me possa dar”</i>	<i>“Falei com o Valdemar e ele ajudou-me a ficar mais calma, tranquilizou-me um bocadinho”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Processa as informações	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Pesa alternativas ao tomar decisões	<i>“Isso foi uma vez sem exemplo, uma parvoeira, sei que não o devia ter feito não é solução. Aprendi a minha lição”</i>	<i>“Já pensei em falar com o meu marido a ver o que ele me diz, mas depois tenho medo da resposta que ele me possa dar”</i>	<i>“Está na hora de eu voltar para casa Sr. Enfermeiro faço lá falta e a Mónica precisa de mim agora que tá aí a escola a começar”</i>	
Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	Força de Vontade
Aceitação do estado de saúde	<i>“Eu já tenho esta doença à muitos anos sei que isto vai ser assim o resto da vida. Tenho fases que ando em baixo outras que tenho energia a mais, o meu médico diz que nessas fases</i>	Reconhece a doença	Reconhece a doença	

	<i>fico com a mania das limpezas”</i>			
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	
Envolvimento social	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (interage com os outros doentes)	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não enfrenta	“Já pensei em falar com o meu marido a ver o que ele me diz, mas depois tenho medo da resposta que ele me possa dar”	“Falei com o Valdemar e ele ajudou-me a dicar mais calma, tranquilizou-me um bocadinho”	Isolamento Social
Interação com membros do grupo	Não interage	Observado (interage com os outros doentes)	Observado (interage com os outros doentes)	
Participação em atividades de lazer	Não participa	Participa no passeio terapêutico	Participa no passeio terapêutico e jogos lúdicos	
Desempenho de atividades como voluntário	Não participa como voluntária	Participa no passeio terapêutico	Participa no passeio terapêutico e jogos lúdicos	

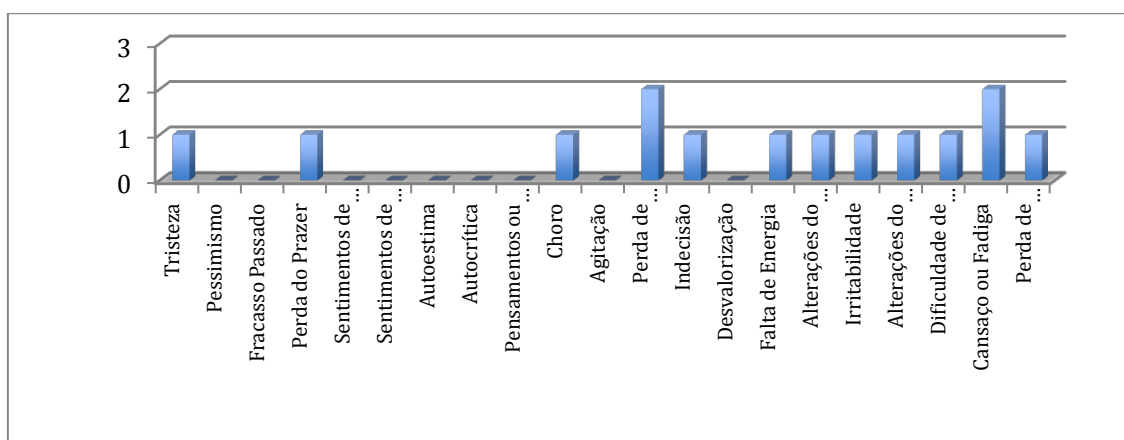


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. C.C. Avaliação Final (Score 14 – Depressão Ligeira)

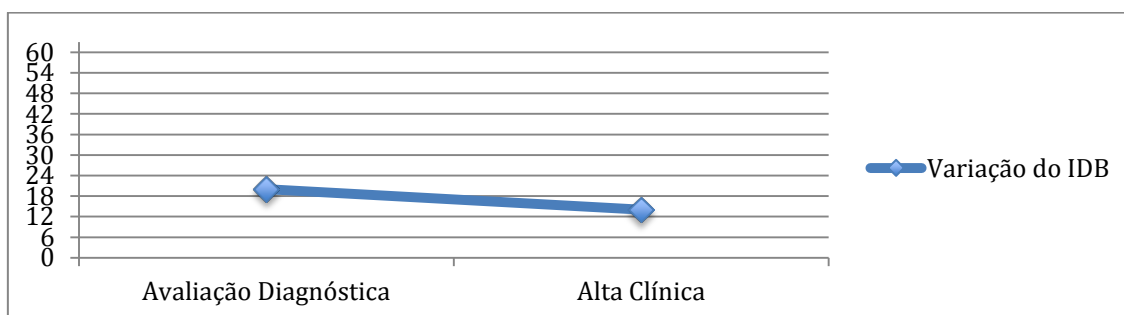


Figura – Variação do Índice de Beck durante os dias de internamento no DPSM da Sr.ª C.C.

ANEXO XVI

CASO CLÍNICO V

ETAPA DIAGNÓSTICA

NOME	J.M.
IDADE	45 anos
GÉNERO	Feminino
OCUPAÇÃO	Desempregada (a realizar formação em hotelaria)
ESCOLARIDADE	12º Ano
ESTADO CIVIL	União de facto
INTERNAMENTOS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none">• Internamento no DPSM há cerca de 1 ano por síndrome depressivo com intoxicação voluntária com fármacos
DIAGNÓSTICO ACTUAL	Síndrome Depressivo com intoxicação voluntária com fármacos (Internamento voluntário de 18/09/2015 a 23/09/2015)
APD	<ul style="list-style-type: none">• Infecções urinárias de repetição• Realizou 5 tentativas de suicídio com intoxicação voluntária com fármacos
AFD	<ul style="list-style-type: none">• Mãe, síndrome depressivo• Pai, neoplasia do estômago• Irmã, síndrome depressivo

TERAPÊUTICA DO INTERNAMENTO:

Medicamento	Via Administração	Dosagem	Posologia
Diazepam	Oral	5mg	9h-13h-19h
Venlafaxina	Oral	75mg	9h-19h
Flurazepam	Oral	30mg	23h
Trazadona	Oral	100mg	23h

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

A Sra. J.M. vive em união de facto com o atual companheiro (Luís 40 anos), tem uma filha (Neusa de 23 anos) que não reside consigo, mas vive na cidade de Évora. Deu entrada no DPSM cerca das 18h30m do dia 18/09/2015 proveniente do SU acompanhada por AO e pelo companheiro, com o diagnóstico de internamento de síndrome depressivo com intoxicação voluntária com fármacos.

Refere que é a mais nova de 10 irmãos e que a teve uma infância muito complicada:

“A minha mãe era vítima de maus tratos pelo meu pai, ele batia-lhe”.

Após a morte do pai os irmãos foram separados por instituições de acolhimento porque:

“a minha mãe começou a andar com outros homens e não queria saber de nós”.

Faz referência que entre os 7 e os 15 anos de idade viveu numa instituição religiosa de acolhimento de menores, idade com que saiu indo viver novamente com a mãe e com dois irmãos, mas a falta de atenção e carinho por parte desta manteve-se. Atualmente a mãe (91 anos) e reside num lar.

A Sra. J.M menciona que anos mais tarde partilhou casa com um irmão do qual a sua filha também é filha e refere que após várias tentativas de fuga desta relação não conseguiu e acabou por ser violada o ano passado. A doente descreve o irmão como uma pessoa perturbada:

“ele já esteve preso, mete-se na droga e na bebida! É doente e precisa de se curar. A culpa foi toda dele eu não me sinto responsável por nada do que aconteceu”.

Relativamente à relação com a filha afirma que:

“ela é muito imatura e quis que ela saísse de casa a ver se crescia e se aprende que a vida não é só facilidades. Mas estou sempre na retaguarda a apoiá-la”.

Atualmente a filha encontra-se desempregada e estuda para ser admitida no ensino superior. Refere que o atual companheiro é a sua referência:

“ele dá-me muita força e ajuda-me muito! Mesmo a mãe dele também me ajuda muito”.

A relação com os restantes irmãos não é próxima e desde do momento em que a filha saiu de casa deteriorou-se:

“eles não perceberam o que eu quis fazer e acusam-me de ser igual à minha mãe e de não querer saber da minha filha. O que não é verdade, eu estou sempre por trás a apoiá-la”.

Relativamente às suas expectativas em relação ao internamento refere que:

“Acho que aqui estar vai ajudar-me a sentir mais segura e acalmar-me um pouco desta aflição”.

Em relação ao futuro:

“Quero que isto tenha um desfecho e que ele seja castigado pelo que me fez”.

Durante a entrevista afirma que a toma da terapêutica prescrita em ambulatório ocorre de forma irregular:

“dá-me muito sono e às vezes não consigo fazer as coisas e não a tomo nesses dias”.

Quanto à apresentação e à postura, a Sra. J.M. apresenta um aspeto cuidado e limpo (sem halitose; unhas curtas e limpas; cabelo preto, escovado e aparentemente limpo), a idade que aparenta é igual à sua idade real. Quanto à postura, é retraída, fechada sobre si mesmo, não se isola do contato com os outros doentes mas revela-se pouco comunicativa com os mesmos. Quando abordada pelos profissionais de saúde revela-se cordial e afável. A sua morfologia corporal é mesomorfa.

A doente apresenta um fáceis entristecido e apresentou-se chorosa durante a entrevista. A sua mímica facial é condizente com as emoções que manifesta. Quanto à motricidade não se verificaram hipercinésias ou hipocinésias.

O contato da doente com o enfermeiro foi simpático e atento. Desviando-o olhar quando abordava assuntos que fossem mais sensíveis para si e procurando olhar olhos-nos-olhos quando necessita de aprovação ou apoio emocional. Apresenta um discurso sem alterações da cadência e da inteligibilidade, o volume é adequado e a qualidade do discurso emocional.

A Sra. J.M. manteve a clareza, lucidez e continuidade de consciência no tempo, espaço e pessoa. Tem plena consciência de si, da sua identidade, do local onde se encontra e das pessoas que a envolvem. Durante a entrevista manteve a sua capacidade de atenção e reflexibilidade.

Verifica-se quanto à vontade uma hipobulia quando pensa em socializar. Não manifesta alterações ao nível dos impulsos de 3º nível contudo, deteta-se perturbação dos impulsos de 2º nível (conservação da vida) quando já por cinco vezes realizou tentativas de suicídio através da intoxicação voluntária com fármacos e ao nível dos impulsos somático sensoriais, quando refere incapacidade para se alimentar.

Apresenta o humor deprimido e diminuição da energia vital. Denota medo relativamente ao facto de poder ser vítima de agressões físicas por parte do irmão:

“tenho medo de andar na rua, ele anda sempre com uma arma branca”.

Apresenta labilidade emocional durante a entrevista, ao que refere “*sou muito emocional*”. A doente nega falta de capacidade de sentir prazer relativamente a atividades lúdicas que lhe sejam agradáveis.

Expressa rigidez afetiva quando se refere à sua relação com a mãe, considerando a falta de carinho e atenção desta para consigo durante a sua infância.

A Sra. J.M. mostra tristeza relativamente à sua vida e sente-se muito ansiosa pela aproximação do julgamento:

“o meu irmão violou-me há 1 ano atrás e agora tá a chegar a data do julgamento”.

Refere ainda que tem crises de ansiedade com frequência, sempre que pensa neste assunto ou que tem de ir a tribunal e que não sabe o que fazer nessas situações para além de tomar a terapêutica prescrita.

Relativamente aos afetos a doente refere que sente aversão e ódio pelo irmão:

“nem no julgamento o quero ver à minha frente! O que ele me fez não tem perdão! Odeio-o”.

Durante a entrevista não foram observadas alterações da forma mas quanto ao conteúdo do pensamento, o mesmo é polarizado em relação ao aproximar do julgamento e a ansiedade que isso lhe causa. Não foram observadas alterações da representação, memória ou da senso-percepção. Relativamente à ideação suicida a doente refere que:

“Eu não me queria matar, queria era esquecer este assunto. Fiz isto porque tenho medo do que me possa acontecer a mim e ao meu companheiro, nunca quis morrer”.

No final da entrevista foi aplicado o Inventário da Depressão de Beck II para validação dos dados recolhidos e avaliar a intensidade da sintomatologia.

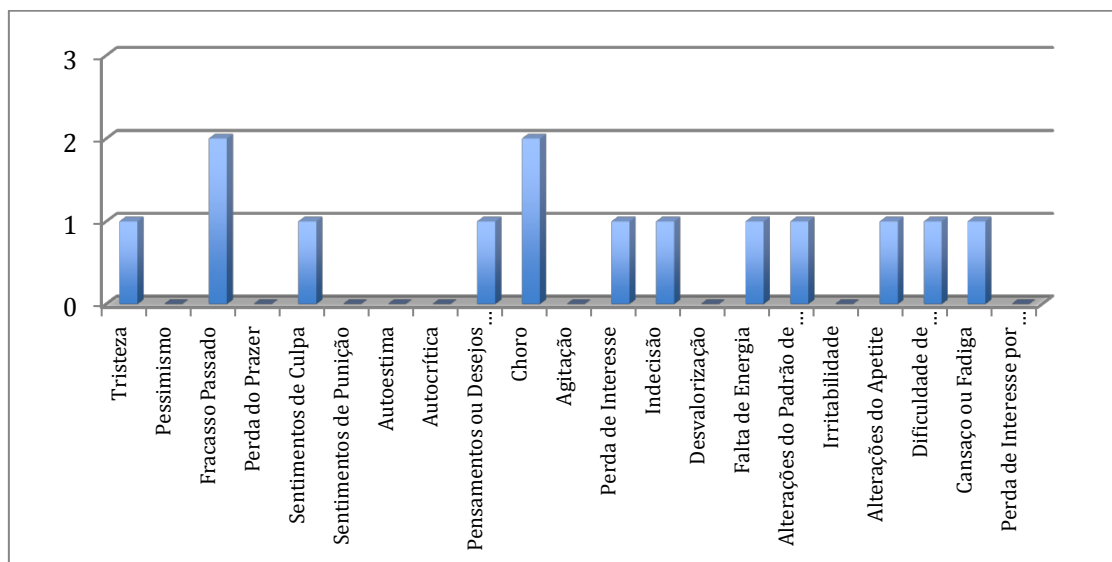


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. J.M. Avaliação Inicial (Score 14 – Depressão Ligeira)

ETAPA DO PLANEAMENTO

Os juízos de diagnósticos de enfermagem estabelecidos e identificados, após a validação com o inventário de autorrelato preenchido pela doente, com necessidade de intervenção são:

SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Juízos Diagnóstico de Enfermagem (CIPE versão 2)	Intervenções (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e segura • Oferecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (Psicoeducação) • Compreender a perspetiva da doente sobre a situação temida • Ouvir atentamente • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos • Ajudar a doente a identificar situações precipitadoras de ansiedade • Orientar a doente quanto ao uso de técnicas de relaxamento (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza a intensidade da ansiedade • Usa técnicas de relaxamento • Relata um sono adequado • Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade • Relata duração aumentada do tempo entre episódios • Relata duração diminuída dos episódios • Reduz estímulos ambientais quando ansiosa
Comportamento Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar e monitorizar a ingestão diária de alimentos e líquidos • Evitar disfarçar medicamentos nos alimentos • Controlo do peso • Consultar o nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária à obtenção e/ou manutenção do peso alvo • Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição à doente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém uma ótima ingestão calórica diária • Mantém o padrão alimentar recomendado • Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar barreiras à assertividade (ex. Condição médica, socialização feminina) • Ajudar a doente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade • Distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão-passividade • Ajudar a identificar direitos, responsabilidades e normas • Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais • Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos • Orientar a doente sobre estratégias para a prática de comportamento assertivo • Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis • Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relacionado com a mudança 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrenta os problemas • Expressa sentimentos e emoções livremente • Demonstra estratégias para gerir a raiva • Usa estratégias de enfrentamento eficazes • Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes • Comunica de forma assertiva

	comportamental	
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino do processo de doença • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre a medicação prescrita • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição dos efeitos secundários da medicação • Descrição da administração correta da medicação
Depressão Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o humor, regularmente à medida que evolui o tratamento • Administrar questionários de autorrelato (inventário de Beck II) • Estimular a atividade física (participação no passeio terapêutico) • Monitorizar a capacidade de autocuidado • Monitorizar o funcionamento cognitivo • Usar linguagem simples e adequada durante as interações • Usar auxiliares de memória e indicadores visuais • Reforçar as informações • Apresentar informações gradualmente e de forma objetiva • Solicitar à doente que repita a informação • Melhorar do enfrentamento (Treino Assertivo, modelação comportamental) • Apoio na tomada de decisão • Suporte emocional • Redução da ansiedade • Oferecer estimulação ambiental pelo contacto com os múltiplos funcionários • Conversar com a doente • Auxiliar a doente a manter um ciclo de sono/vigília • Monitorizar e registar o padrão de sono do doente e quantidade de horas dormidas • Explicar a importância de um sono adequado durante a doença • Determinar o efeito dos medicamentos do doente sobre o padrão de sono • Orientar a doente a evitar alimentos e bebidas, à hora de dormir, que interfiram no sono • Auxiliar a doente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado • Orientar a doente quanto à forma de realizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra afeto adequado • Relata sono adequado • Demonstra concentração • Mantém um peso estável • Relata capacidade para realizar tarefas diárias • Relata apetite normal • Fala em ritmo moderado • Demonstra interesse pelo que a cerca • Relata melhor humor • Identifica os percursos da depressão • Relata melhora da libido • Ausência de ideia suicida • Aceitação do estado de saúde • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Processa as informações • Pesa alternativas ao tomar decisões

	relaxamento muscular progressivo (TRMPJ)	
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Presença • Instalação de esperança • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades como voluntária
Vontade Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a presença e o grau de risco suicida • Orientar a doente em estratégias de enfrentamento • Interagir com a doente para transmitir atenção e abertura e oferecer a oportunidade para a doente falar sobre os seus sentimentos • Presença • Determinar os sistemas de apoio na comunidade • Determinar a presença e a qualidade de apoio familiar • Identificar estratégias usuais de enfrentamento • Vigiar a toma da medicação • Evitar a discussão repetida de histórias suicidas anteriores, manter a discussão atualizada e voltada para o futuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de determinação em viver • Expressão de esperança • Usa estratégias para compensar os problemas • Usa estratégias para intensificar a saúde

ETAPA DA INTERVENÇÃO

A etapa da intervenção insere-se dentro do contexto da entrevista de ajuda onde é explorada a problemática de vida da doente, procurando que esta se distancie o suficiente para ter outra perspetiva de modo a alterar o seu processo de pensamento, fazendo emergir soluções, com o auxílio do enfermeiro, que tenham um impacto positivo na sua vida. Dentro do contexto da entrevista de ajuda, para além dos instrumentos terapêuticos abaixo descritos, foram identificados (e trabalhados de forma a minimizar consequências para a saúde mental da doente) fatores de risco para a depressão como:

- Conflitos familiares e pouca comunicação na família, mais especificamente com os irmãos da doente
- Separação de familiares, relativamente aos irmãos e à filha da doente
- Impulsividade na tomada de decisão para a intoxicação medicamentosa (5x)
- Vítima de maus tratos
- Vinculação pobre com os pais na infância

PSICOEDUCAÇÃO:

Foi realizado o ensino sobre a depressão e ansiedade fornecendo informações sobre:

- Sintomatologia
- Períodos de crise
- Etiologia
- Fatores de *stress* indutores
- Terapêutica prescrita à doente e importância da adesão ao regime terapêutico
- Aspectos nutricionais
- A importância do exercício físico como factor protetor da saúde mental
- Esclarecimento sobre o impacto, estigma social da doença e desmistificação de ideias pré-concebidas
- A importância de relações sociais saudáveis

Foi realizado o ensino sobre a importância de uma alimentação saudável procurando e produzindo informações sobre:

- Identificar as preferências alimentares da doente
- A importância de uma alimentação saudável e equilibrada
- Reconhecer os alimentos saudáveis
- Reconhecer os alimentos ricos em açúcares, gorduras e alimentos processados como alimentos pouco saudáveis
- A importância da ingestão hídrica
- A importância de manter um peso corporal adequado e equilibrado, realizando 5 a 6 refeições diárias

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue para leitura os folhetos “controle da ansiedade” (ANEXO XII) e “o que é a depressão” (ANEXO XI).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual respondeu:

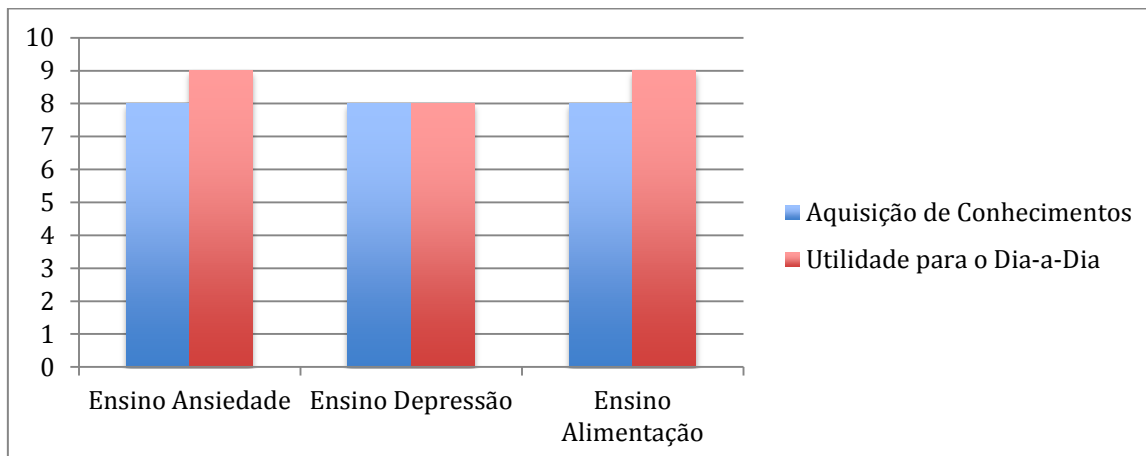


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Depressão, Ansiedade e Alimentação Saudável

TREINO ASSERTIVO:

1ª FASE

Foi realizada a TRMPJ na qual a doente participou com agrado, referindo sentir-se mais relaxada e menos ansiosa. Foi realizada a avaliação da sessão de relaxamento através de um formulário (ANEXO VII) que avalia o nível de relaxamento atingido e a variação da frequência cardíaca do início para o final da sessão:

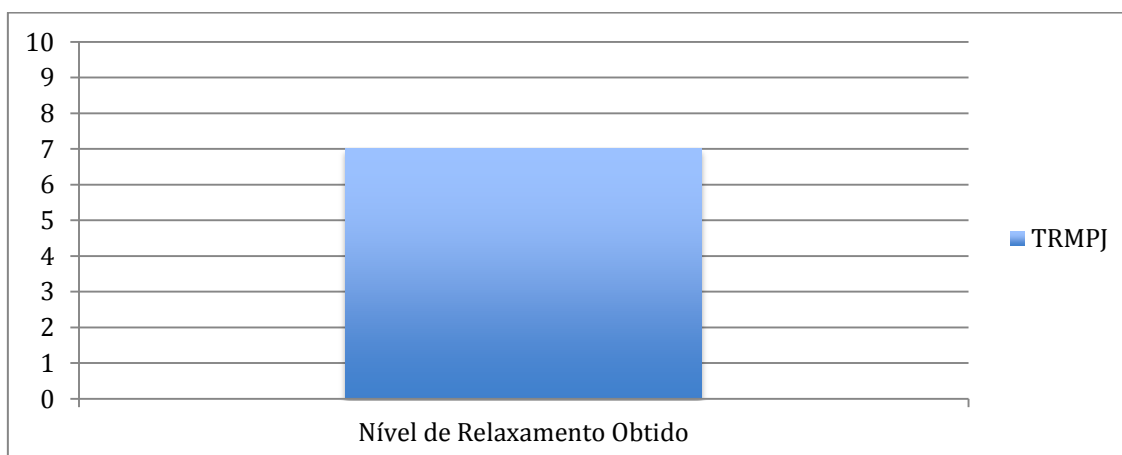


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (1ª sessão)

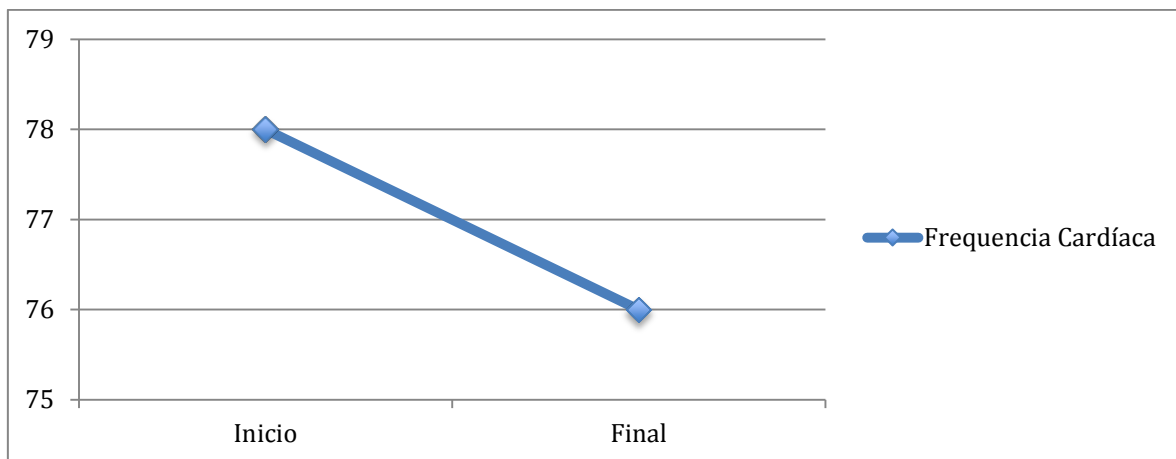


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (1ª sessão)

A doente durante o período de internamento realizou a TRMPJ mais 3 vezes, 2 das quais com os enfermeiros do SI do DPSM, não existindo dados de avaliação objectiva. No âmbito do programa de reabilitação psicossocial foi realizada novamente e durante o desenrolar da sessão denotou-se que já apresentava mais prática na realização da técnica. Os dados da avaliação desta intervenção são:

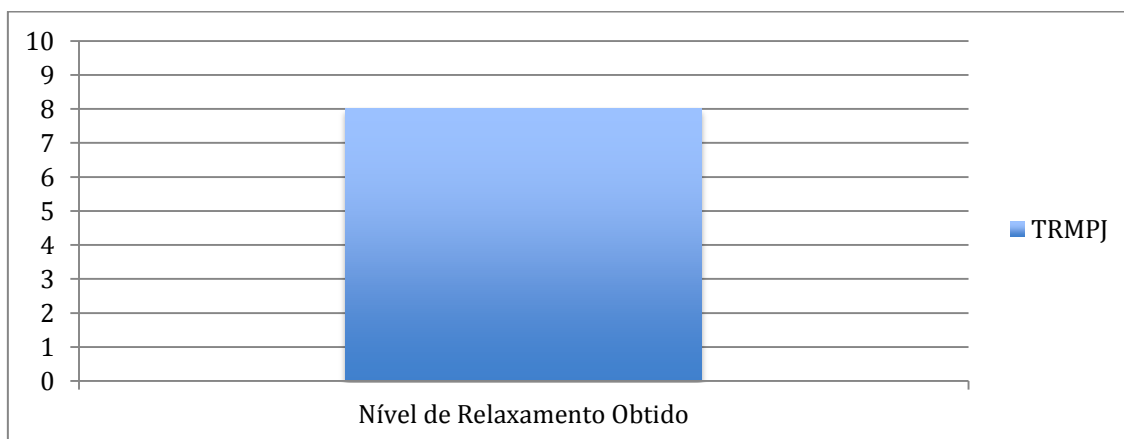


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (2ª sessão)

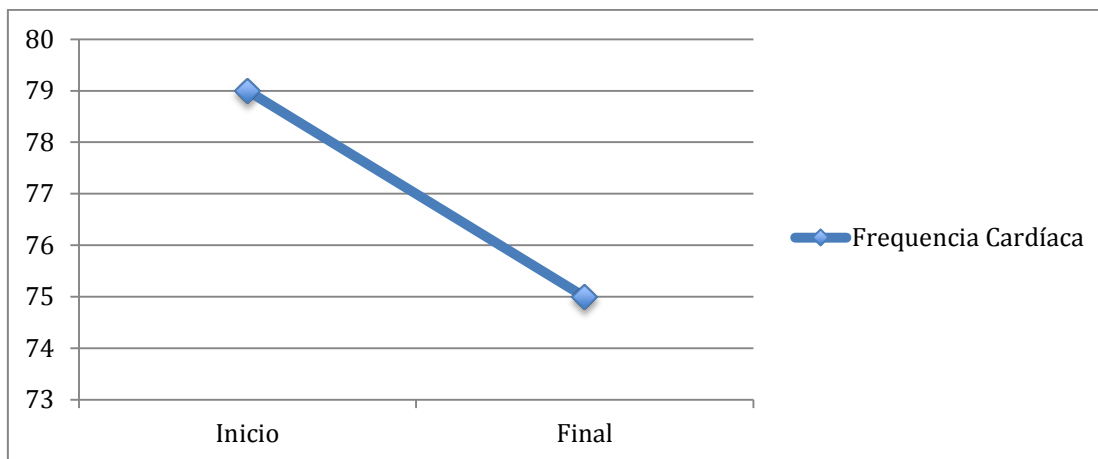


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (2ª sessão)

2ªFASE

Foi realizado o ensino sobre a comportamento assertivo (ANEXO VIII) fornecendo informações sobre:

- O que são comportamentos comunicacionais agressivos, passivos e assertivos e as diferenças entre cada um deles, bem como as suas consequências
- As formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada um deles
- Direitos assertivos
- Estratégias para a assertividade
- Apresentação de vídeos a demonstrar cada um dos comportamentos
- Participação em jogos: com frases e imagens que representam cada um dos diferentes comportamentos comunicacionais para a doente selecionar o correto

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue para leitura o folheto “comunicar com assertividade” (ANEXO IX).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual a doente respondeu:

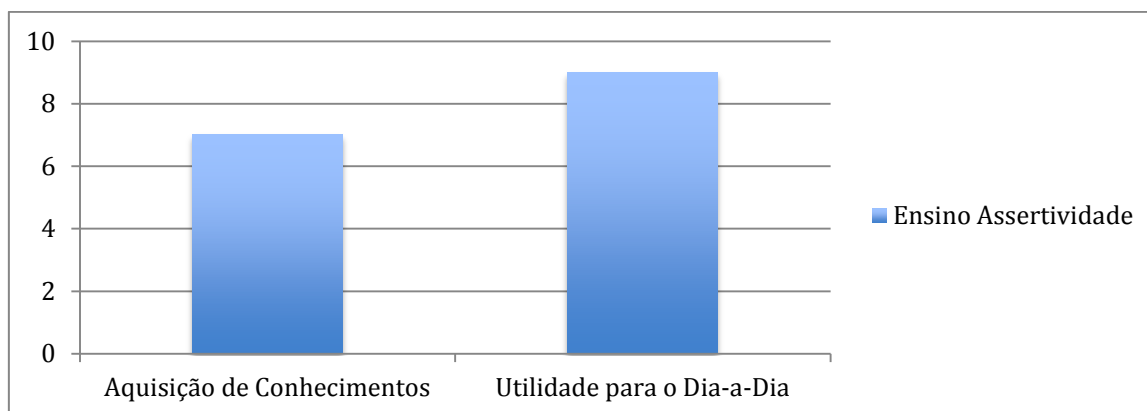


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Comportamento Assertivo

3ª e 4ª FASE

A doente preencheu o RPD (ANEXO IV) onde referiu a seguinte situação:

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
<p>“Não consigo parar de pensar no julgamento, em ver novamente o meu irmão e na reação que posso ter. Não lhe quero mostrar sinais de fraqueza e quero estar calma o suficiente para dizer tudo que aconteceu, mas se só de pensar fico num estado destes! Nem quero imaginar quando for a sério”</p>	<p>1) <u>“Fico tão ansiosa quando penso nisso que só me apetece desaparecer”</u></p> <p>2) “Fazê-lo pagar por tudo que me fez! Ser eu a fazer justiça, mas tenho medo dele”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedade 	<p>1) “Não sei porque fico assim! Não devia porque lá no tribunal ele não me vai fazer mal, mas é mais forte que eu. O pior que podia acontecer era ele não ser culpado do que me fez, porque ele depois vai-se querer vingar de mim, da Neusa e do Luís”</p> <p>2) “Sou muito piegas nunca ia ser capaz, mas às vezes gostava. O pior que podia acontecer era ir presa e pagava eu o mal que ele me fez.”</p> <p>Resposta: “Entrar calmamente na sala e</p>	<p>1) 90%</p> <p>2) 10%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raiva • Ansiedade

			<i>nem olhar para ele e mostrar-lhe que não tenho medo e que vou ali para fazer justiça. Depois contar tudo o que aconteceu sem me sentir intimidada por ele lá estar. É tudo o que quero”</i>	
--	--	--	--	--

Foi realizado ensaio comportamental desta situação que a doente apresentou, com reforço para a comunicação verbal e não-verbal, uma vez que, evidenciou alguma dificuldade ao nível do envio da mensagem por apresentar a voz trémula e revelar ansiedade na sua comunicação. No final de 4 simulações a doente apresenta um comportamento satisfatório. Foi aconselhada a treinar este e outro tipo de situações que lhe sejam angustiantes frente ao espelho de forma a trabalhar as respostas adaptativas. Quando conseguiu representar a resposta adaptativa de forma adequada foi realizado o reforço positivo. Pela análise da entrevista de avaliação diagnóstica é possível perceber que apresenta um défice de habilidades sociais (comportamento tendencialmente passivo) e seria vantajoso o treino de mais situações mas dado o tempo de internamento reduzido no DPSM não foi possível, pelo que esta informação foi registada para acesso dos enfermeiros do serviço de Consulta Externa.

ETAPA DA AVALIAÇÃO

A avaliação foi realizada através da observação da doente, do diálogo terapêutico nas entrevistas de ajuda e da colheita de informação do processo de enfermagem. Assim, através do quadro que se segue é possível verificar os ganhos em saúde que a doente obteve com o internamento no DPSM e com a aplicação do programa de reabilitação psicossocial. No dia da alta da doente (23/09/2015) foi novamente aplicado o IDB para verificar a evolução da intensidade da sintomatologia da depressão e se os resultados obtidos através do autorrelato no IDB validavam os ganhos obtidos resultantes da análise do enfermeiro.

Indicadores (NOC)	Resultados de Evolução Clínica			Melhorias Obtidas ao Nível da/o:
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	
Monitoriza a intensidade da ansiedade	Não monitoriza	<i>“ainda ontem comecei a pensar no julgamento e fiquei logo com ansiedade...um 6”</i>	Monitoriza	Ansiedade
Usa técnicas de relaxamento	Não realiza	Realiza com o enfermeiro	Realiza com o enfermeiro	
Relata um sono adequado	Não relata <i>“Acordo muitas vezes aflita com sonhos sobre o julgamento”</i>	<i>“Sim já tenho dormido melhor enfermeiro, mesmo que acorde durante a noite consigo voltar adormecer e lá em casa já não dormia mais”</i>	Observado	
Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade	Não relata	Não relata	<i>“Os últimos 3 dias tenho estado mais calma, não tenho aquela impressão que o mundo vai desabar”</i>	
Relata duração aumentada do tempo entre episódios	<i>“É a toda a hora enfermeiro não me consigo esquecer do julgamento e que ele nos venha fazer mal”</i>	<i>“Ando melhor do que em casa mas à sempre uma altura do dia em que parece que as coisas não vão resultar”</i>	<i>“Os últimos 3 dias tenho estado mais calma, não tenho com aquela impressão que o mundo vai desabar”</i>	
Relata duração diminuída dos episódios	<i>“depois de tomar os medicamentos fico mais calma mas é passado muito tempo”</i>	<i>“O relaxamento ajuda-me a descontraír parece que o mal-estar me abala”</i>	Observado	
Reduz estímulos ambientais quando ansiosa	Não reduz estímulos ambientais	Procura a varanda (Sala de Fumo)	Observado	Comportamento Alimentar
Mantém uma óptima ingestão calórica diária	Alimenta-se de ½ da dieta e realiza 4 refeições por dia	Alimenta-se da totalidade da dieta e realiza 5 refeições por dia	Alimenta-se da totalidade da dieta e realiza 5 refeições por dia	
Mantém o padrão alimentar recomendado	Não demonstrado	Observado	Observado	
Identifica estados emocionais que afectam a ingestão de alimentos	<i>“percebo que quando ando mais nervosa parece que fujo da comida”</i>	Observado	Observado	Comportamento Assertivo
Enfrenta os problemas	<i>“Ao início senti-me culpada, mas depois compreendi que ele é que é o responsável por</i>	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Sinto-me mais forte para enfrentá-lo, obrigado por tudo”</i>	

	<i>todo o mal que me fez, pelo medo que me meteu e com a ajuda de outras pessoas resolvi mete-lo em tribunal”</i>			
Expressa sentimentos e emoções livremente	<i>“Eu sou uma pessoa de muito afeto e às vezes sofro um bocado com isso porque as pessoas não me respeitam”</i>	<i>“Foi muito triste dizer à minha filha para sair de casa, custou-me muito, sofri muito, mas ela agora sabe que é para o bem dela”</i>	<i>“Foi uma sensação horrível, senti-me tratada como uma trapo e depois foi a angústia com que fiquei, mas vai-se fazer justiça”</i>	Comportamento Assertivo
Demonstra estratégias para gerir a raiva	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Eu já pensei falar com o meu advogado e perguntar-lhe se era possível não ter que o ver no julgamento. Ele enerva-me e nestes casos disseram-me que era possível, tanto que das vezes que lá fui ele não estava na mesma sala”</i>	
Usa estratégias de enfrentamento eficazes	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	Observado	
Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes	Não demonstrado	Procura a varanda (Sala de Fumo)	Observado	
Comunica de forma assertiva	Adopta comportamentos comunicacionais passivos	Observado (Ensaio comportamental)	Comportamento comunicacional mais assertivo. Faz referencia ao “Eu” manifestando a sua vontade. Postura corporal ereta e aberta	
Descrição do processo de doença	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre a Saúde
Descrição dos fatores de risco	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição de sinais e sintomas	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	

Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	<i>“Vou tentar ler mais sobre o relaxamento. Enfermeiro é uma grande ajuda para me acalmar e assim pode ser que não precise de tantos medicamentos”</i>	
Descrição da ação da medicação	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
Descrição dos efeitos secundários da medicação	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição da administração correta da medicação	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Demonstra afeto adequado	Relata afeto adequado pela filha e companheiro <i>“ele dá-me muita força e ajuda-me muito e mesmo a mãe dele também me ajuda muito”</i>	Observado (na visita com a filha e companheiro) <i>“Foi muito triste dizer à minha filha para sair de casa, custou-me muito, sofri muito, mas ela agora sabe que é para o bem dela”</i>	Observado	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Relata sono adequado	Não relata <i>“Acordo muitas vezes aflita com sonhos sobre o julgamento”</i>	<i>“Sim já tenho dormido melhor enfermeiro, mesmo que acorde durante a noite consigo voltar adormecer e lá em casa já não dormia mais”</i>	Observado	
Demonstra concentração	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Mantém um peso estável	57kg	57kg	57kg	
Relata capacidade para realizar tarefas diárias	<i>“dá-me muito sono e às vezes não consigo fazer as coisas”</i>	<i>“Estou melhor, mas não sei se já estou preparada para enfrentar a vida lá fora”</i>	<i>“Sim já me sinto capaz de voltar ao meu curso e fazer as minhas voltas, isto foi uma recaída”</i>	
Relata apetite normal	Não demonstrado <i>“percebo que quando ando mais</i>	<i>“Tenho andado com mais fome é verdade é daquilo que lhe disse sabe,</i>	Observado	

	<i>nervosa parece que fujo da comida</i>	<i>ando mais calma como melhor. Quando estou nervosa parece que nada me passa</i>		
Fala em ritmo moderado	Observado	Observado	Observado	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insônia)
Demonstra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Observado	Observado (Cria laços com os outros doentes e participa nas atividades que ocorrem na sala de convívio)	
Relata melhor humor	<i>“Estou triste e preocupada com o que pode acontecer”</i>	<i>“Sabe o que é viver sempre com medo que aconteça alguma coisa? Estar na rua com medo que ele apareça, como é que posso estar alegre e de bem com a vida?”</i>	Humor tendencialmente eutímico <i>“O aproximar do julgamento é que me descompensou mas eu tenho fé que vai correr tudo bem, vai-se fazer justiça e depois posso estar descansada e seguir a minha vida”</i>	
Identifica os precursores da depressão	<i>“A vida que tive quando era gaiata e o que o meu irmão me fez passar”</i>	Observado	Observado	
Relata melhora da libido	Com desejo, sem energia	<i>“Eu nunca perdi o desejo, só ali depois do que aconteceu é que não conseguia, mas desde que estou com o Luís está tudo bem a esse nível”</i>	Com desejo, com energia	
Ausência de ideia suicida	<i>“Não me queria matar, queria era esquecer este assunto. Fiz isto porque tenho medo do que me possa acontecer a mim e ao meu companheiro, nunca quis morrer”</i>	<i>“Não posso fazer isto! Esta já foi a quinta vez que me fazem lavagens ao estômago, estou-me a destruir! E tenho de cá estar para ajudar a minha filha na vida dela”</i>	Observado	
Aceitação do estado de saúde	<i>“Já ando assim há muito tempo e sei que isto é uma</i>	Observado	Observado	

	<i>doença que precisa de ser tratada, ando nas consultas de psiquiatria e tenho um psicólogo”</i>			
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor tendencialmente eutímico	
Envolvimento social	Não se isola, mas não interage. Só quando abordada pelos profissionais de saúde é que procura ajuda	Interage com os outros doentes e profissionais de saúde	Interage com os outros doentes e profissionais de saúde	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstrado	Observado (Ensaio comportamental)	Observado	
Processa as informações	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Pesa alternativas ao tomar decisões	<i>“Não posso fazer isto! Esta já foi a quinta vez que me fazem lavagens ao estômago, estou-me a destruir! E tenho de cá estar para ajudar a minha filha na vida dela”</i>	<i>“Sou muito piegas nunca ia ser capaz, mas às vezes gostava. O pior que podia acontecer era ir presa e pagava eu o mal que ele me fez.”</i>	<i>“Eu já pensei falar com o meu advogado e perguntar-lhe se era possível não ter que o ver no julgamento. Ele enerva-me e nestes casos disseram-me que era possível, tanto que das vezes que lá fui ele não estava na mesma sala”</i>	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia)
Interação com membros do grupo	Não se isola, mas não interage. Só quando abordada pelos profissionais de saúde é que procura ajuda	Interage com os outros doentes e profissionais de saúde	Interage com os outros doentes e profissionais de saúde	
Participação em atividades de lazer	Não demonstrado	Passeio terapêutico e participa quando convidada nos jogos realizados na sala de convívio	Observado	Isolamento Social
Desempenho de atividades como voluntária	Não demonstrado	Quando convidada a participar	Observado como voluntária	
Expressão de determinação em viver	<i>“Não me queria matar, queria era esquecer este assunto. Fiz isto porque tenho</i>	<i>“Não posso fazer isto! Esta já foi a quinta vez que me fazem lavagens ao estômago, estou-</i>	<i>“vai-se fazer justiça e depois posso estar descansada e seguir a minha</i>	Vontade de Viver

	<i>medo do que me possa acontecer a mim e ao meu companheiro, nunca quis morrer</i>	<i>me a destruir! E tenho de cá estar para ajudar a minha filha na vida dela</i>	<i>vida</i>	
Expressão de esperança	Não demonstrado	<i>“Ás vezes quero acreditar que vai correr bem mas tenho medo que ele fique solto”</i>	<i>“O aproximar do julgamento é que me descompensou mas eu tenho fé que vai correr tudo bem, vai-se fazer justiça e depois posso estar descansada e seguir a minha vida”</i>	Vontade de Viver
Usa estratégias para compensar os problemas	Não demonstra	Observado (Ensaio comportamental)	Observado <i>“Eu já pensei falar com o meu advogado e perguntar-lhe se era possível não ter que o ver no julgamento. Ele enerva-me e nestes casos disseram-me que era possível, tanto que das vezes que lá fui ele não estava na mesma sala”</i>	
Usa estratégias para intensificar a saúde	<i>“Já ando assim há muito tempo e sei que isto é uma doença que precisa de ser tratada, ando nas consultas de psiquiatria e tenho um psicólogo”</i>	Procura os enfermeiros quando apresenta alguma queixa ou necessita de apoio	Observado	

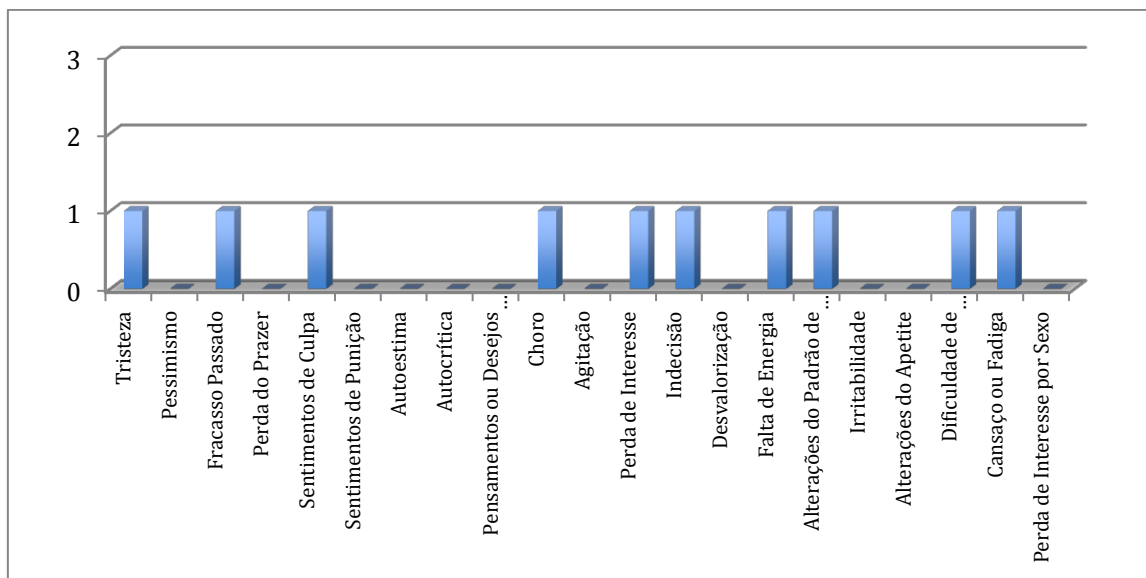


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. J.M. Avaliação Final (Score 10 – Depressão Mínima)

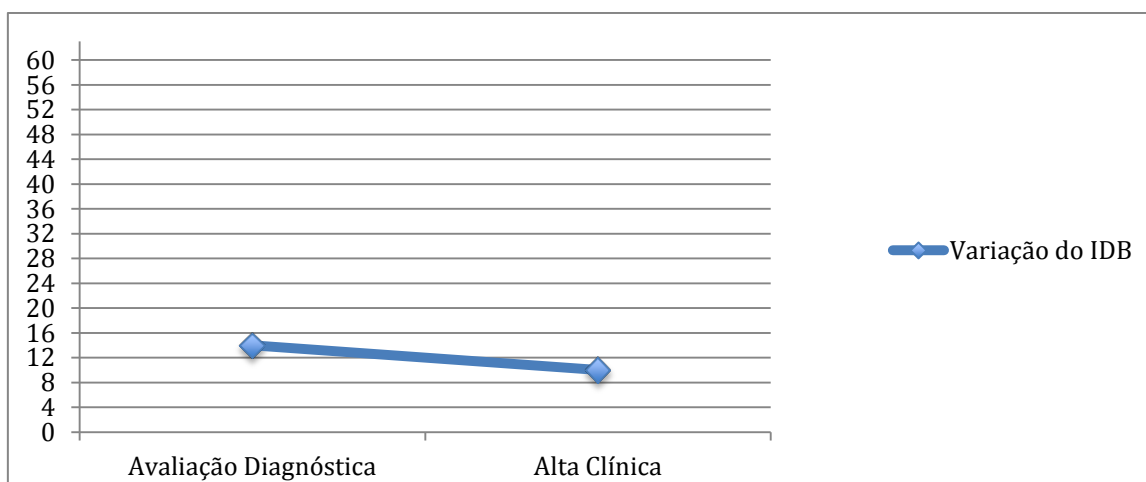


Figura – Variação do Índice de Beck ao longo do internamento no DPSM da Sr.ª J.M.

ANEXO XVII

CASO CLÍNICO VI

ETAPA DIAGNÓSTICA

NOME	F.C.
IDADE	42 anos
GÊNERO	Feminino
OCUPAÇÃO	AO num lar de idosos há 4 meses
ESCOLARIDADE	6º Ano
ESTADO CIVIL	Divorciada há cerca de 2 anos
INTERNAMENTOS ANTERIORES	<ul style="list-style-type: none">Sem história de internamentos anteriores no DPSM
DIAGNÓSTICO ACTUAL	Síndrome Depressivo com intoxicação voluntária com fármacos (Internamento voluntário de 20/09/2015 a 25/09/2015)
APD	<ul style="list-style-type: none">Diabetes Mellitus Tipo II (Refere não controlar os valores das glicémias nem se preocupar com a patologia)Apendicectomia (não sabe especificar o ano)
AFD	<ul style="list-style-type: none">Mãe, hipertensão arterialPai, neoplasia da bexiga em programa de QT e RT

TERAPÊUTICA DO INTERNAMENTO:

Medicamento	Via Administração	Dosagem	Posologia
Oxazepam	Oral	15mg	9h-13h-19h
Quetiapina	Oral	25mg	9h-13h-19h
Pantoprazol	Oral	20mg	7h
Venlafaxina	Oral	75mg	19h
Captopril	Sublingual	25mg	SOS (se TA >180/100mmHg)
Insulina Atracpid	Subcutânea	(4UI) 181 < BMT < 240 (8UI) 241 < BMT < 300 (12UI) 301 < BMT < 360 (16UI) BMT > 361 mg/dl (2f de Glicose 20cc 30%) BMT < 40 mg/dl	Após realizar BMT 9h-13h-19h-23h

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA:

A Sr.^a F.C. é divorciada há 2 anos e tem um filho (João Miguel de 13 anos de idade). Refere que o motivo do divórcio foi:

“ele andou metido com outra durante 5 anos! Até que eu descobri e ele resolveu deixar-me porque queria era ficar com ela”.

Reside em Borba sozinha numa casa alugada. Há 4 meses conseguiu emprego num lar de idosos e refere:

“tenho contrato até julho, mas depois tenho medo que me metam na rua por causa disto”.

Deu entrada no DPSM cerca da 14h do dia 20/09/2015 proveniente do SU acompanhada por AO, com o diagnóstico de internamento de síndrome depressivo com intoxicação voluntária com fármacos. Recorreu ao SU porque:

“O Francisco (amigo/ex-namorado) estranhou ninguém saber de mim e foi lá de manhã bater-me à porta. Viu as caixas dos comprimidos e levou-me para a urgência”.

Refere que desde do divórcio tem passado por dificuldades financeiras, não consegue ajudar economicamente na educação do seu filho e que este a mando do ex-marido apresenta comportamentos agressivos para consigo:

“Se não me dás o dinheiro eu não vou mais aí a tua casa! Nem quero saber mais de ti”.

Refere que na altura do divórcio foi o próprio filho que optou por ficar a viver com o pai porque:

“ele sabe que o pai lhe pode dar o que eu não posso”.

Afirma que a sua situação económica é muito frágil vivendo com o ordenado mínimo que não chega para as despesas mensais referindo:

“costumo almoçar lá no lar e para jantar trago umas sandes para casa! É o que posso comer”.

Refere que já desde da época do divórcio era seguida nas consultas de psiquiatria em Lisboa mas deixou de poder continuar a frequentar porque não tinha recursos financeiros. Passando a ser a médica de família a realizar o acompanhamento e a passar as receitas da medicação que o psiquiatra lhe prescreveu.

A Sr.^a F.C. menciona já ter tido 2 relações amorosas desde do divórcio que não foram bem sucedidas. A primeira com o Sr. Francisco que a doente refere:

“ele não era homem para mim. Nunca tinha dinheiro e depois gosta muito de beber e eu não quero essa vida”.

Indica apresentar o humor deprimido, diminuição da energia vital, dificuldade em concentrar-se e sentimentos de desvalorização desde do divórcio, mas que agora o ex-

namorado (João de 41 anos) teve esta atitude para com ela e refere não ter aguentado mais:

“ele apostou com um amigo que conseguia estar comigo! Eu depois descobri essa aposta e nessa noite tomei os comprimidos”,

Quando questionada se tinha confrontado o Sr. João com o assunto refere:

“não lhe consegui dizer nada, preferi fazer as coisas assim e acabar com o sofrimento”.

Relativamente à sua rede de apoio social a doente refere o pai (Alberto de 79 anos) e a mãe (Isabel de 70 anos) contudo:

“eles não me podem ajudar, também passam por dificuldades e depois disto que eu fiz a minha mãe está muito desiludida comigo! Passa os dias a chorar e eu não tenho coragem de lhe pedir ajuda. A casa deles é muito pequena para nós os três e preciso de ter um espaço só para mim, onde possa receber as pessoas”.

Refere ainda uma amiga (Sr.^a Ilda) da qual menciona:

“ela é que me ajuda muitas vezes! Dá-me comida e já me chegou a pagar a água e a luz”.

Como expectativas futuras a doente pretende:

“gostava que a minha vida melhorasse, mas não me sinto com forças para continuar a viver”.

Em relação ao internamento afirma:

“lá fora as coisas não iam correr bem e assim pelo menos enquanto aqui estou posso me tratar e tenho pessoas que me podem ajudar”.

Quanto à apresentação e à postura, a Sr.^a F.C. apresenta um aspeto cuidado e limpo (sem halitose; unhas curtas e limpas; cabelo preto comprimido, escovado e aparentemente limpo), a idade que aparenta é a sua idade real. Quanto à postura, é retraída, fechada sobre si mesmo, procurando o isolamento dos outros doentes internados e profissionais de saúde ao refugiar-se no quarto (onde passa longos períodos de deitada). Revela-se pouco disponível para o diálogo, mas quando abordada revela-se cordial e afável. A sua morfologia corporal é mesomorfa.

Apresenta um fáceis entristecido e mostrou-se com labilidade emocional e choro fácil durante o decorrer da entrevista. A sua mímica facial é condizente com as emoções

que manifesta. Quanto à motricidade não se verificam hipercinésias contudo, apresenta lentidão motora com andar arrastado e refere algum desequilíbrio.

O contato com o enfermeiro foi simpático e atento. Apresenta um discurso hipofônico e a qualidade do discurso pessimista:

“Sinto que não sou nada nem ninguém. O meu mundo desabou, sou uma infeliz e a minha vida é só problemas”.

Manteve a clareza, lucidez e continuidade de consciência no tempo, espaço e pessoa. Tem plena consciência de si, da sua identidade, do local onde se encontra e das pessoas que a envolvem. Durante a entrevista manteve capacidade de atenção e flexibilidade.

Verifica-se uma hipobulia quando a doente pensa em socializar, em alimentar-se e fazer as tarefas domésticas:

“chegava do lar e deitava-me no sofá com a fotografia do meu filho. Já não conseguia fazer nada em casa, nem sequer vontade de comer já tinha”.

Não manifesta alterações ao nível dos impulsos de 3º nível contudo, deteta-se perturbação dos impulsos de 2º nível (conservação da vida) quando a doente realizou a tentativa de suicídio. Ao nível dos impulsos somático sensoriais, manifesta-se quando a doente refere falta de sentimentos de amor e pertença do seu filho para si:

“Não faço falta ao meu filho às coisas que ele me diz. Viraram-no contra mim e ele ofende-me. Mas ele de 15 em 15 dias fica um fim-de-semana comigo e é diferente quando somos só os dois”

E ainda quando refere dificuldade em dormir:

“passo as noites acordada não consigo pregar olho”.

Apresenta o humor deprimido e diminuição da energia vital. Revela medo do que será a sua vida após a alta referindo que a sua situação económica é muito débil e que o ex-marido a pressiona ao pedir-lhe dinheiro para as despesas de educação do filho:

“Ele não me deixa em paz! Quer que eu lhe dê dinheiro que não tenho. No lar ganho o ordenado mínimo e tenho de pagar a renda, a água, a luz! Mesmo assim chego ao meio do mês e não tenho de comer. Mas ele ameaça-me que me mete em tribunal”.

Apresenta desconfiança nas pessoas que a rodeiam revelando dificuldades no estabelecimento de relações sociais efetivas:

“só vejo as pessoas a aproximarem-se de mim para me enganarem ou por interesse”.

Refere que tem crises de ansiedade com muita frequência e que não sabe o que fazer para além de tomar a terapêutica prescrita:

“parece que o mundo tá a cair, não sei o que é aquilo! É muito mau e acontecia-me quase todos os dias em qualquer lado”.

Durante a entrevista não foram observadas alterações da forma mas quanto ao conteúdo do pensamento o mesmo é polarizado em relação à traição amorosa que conduziu ao agravamento emocional e à falta de recursos financeiros. Não foram observadas alterações da representação, memória ou da senso-percepção. Relativamente à ideação suicida a doente apresenta um discurso contraditório:

“Não faço falta ao meu filho às coisas que ele me diz. Só ainda não o tinha feito porque o meu filho precisa de mim...já me tinha dado na cabeça beber lixívia mas achei melhor não...Naquele momento só me queria matar. Fiquei depois à noite a pensar porque o tinha feito”,

Demonstra ainda desesperança:

“não consigo pensar em nada! Só de olhos fechados é que me sinto melhor. Mas o meu futuro vai ser a mesma miséria que era a minha vida até aqui, sinto-me desesperada”.

No final da entrevista foi aplicado o Inventário da Depressão de Beck II para validação dos dados recolhidos e avaliar a intensidade da sintomatologia.

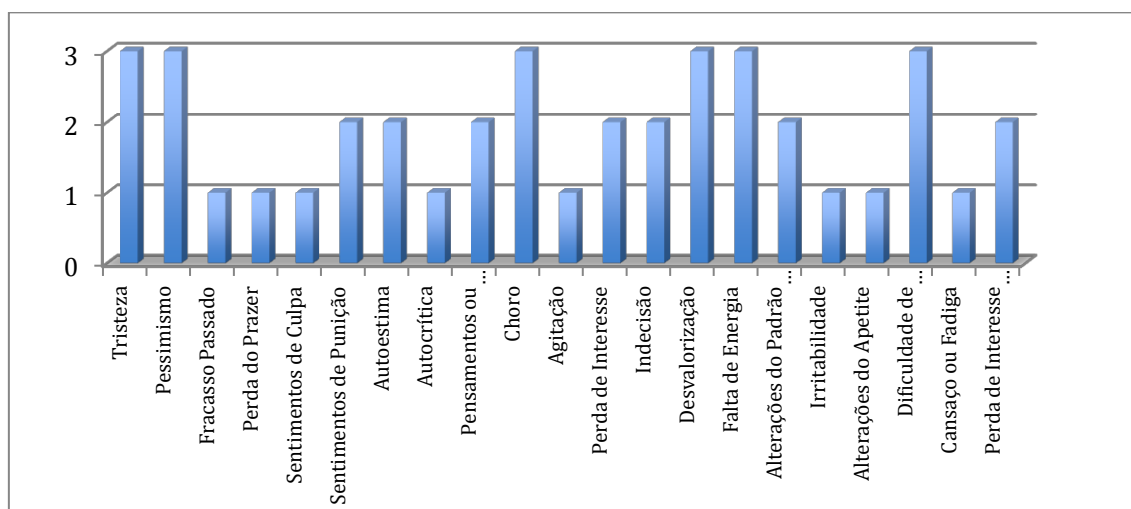


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. F.C. Avaliação Inicial (Score 40 – Depressão Grave)

ETAPA DO PLANEAMENTO

Os juízos de diagnósticos de enfermagem estabelecidos e identificados, após a validação com o inventário de autorrelato preenchido pela doente, com necessidade de intervenção são:

SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Juízos Diagnóstico de Enfermagem (CIPE versão 2)	Intervenções (NIC)	Resultados Esperados (NOC)
Agitação Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar uma abordagem calma, direta e segura • Comunicar as regras, as expectativas comportamentais apropriadas, considerando nível de funcionamento cognitivo e capacidade de autocontrole da doente • Elogiar tentativas de autocontrole • Prevenção de quedas • Identificar ameaças à segurança no ambiente • Remover ameaças à segurança do ambiente • Incremento do sono • Supervisão • Execução de técnica de relaxamento muscular (TRMPJ) • Controle farmacológico • Presença 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra concentração • Mostra interesse pelo que a cerca • Mostra nível de energia adequado • Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia
Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e segura • Oferecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (Psicoeducação) • Compreender a perspetiva da doente sobre a situação temida • Ouvir atentamente • Criar uma atmosfera que facilite a confiança • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos • Ajudar a doente a identificar situações precipitadoras de ansiedade • Orientar a doente quanto ao uso de técnicas de relaxamento (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa técnicas de relaxamento • Relata um sono adequado • Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade • Relata duração aumentada do tempo entre episódios • Relata duração diminuída dos episódios • Reduz estímulos ambientais quando ansiosa
Apoio Social Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar dados sobre a resposta psicológica à situação e sobre a disponibilidade do sistema de apoio • Determinar adequação das redes sociais existentes • Identificar o grau de apoio financeiro da família • Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso • Encorajar a doente a participar em atividades sociais e comunitárias 	<ul style="list-style-type: none"> • Relata contatos sociais de apoio • Relata ambiente social estável • Relata existência de rede social de assistência • Relata existência de pessoas capazes de ajudar se necessário • Evidência desejo de procurar ajuda de outros
Autoestima Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar as declarações da doente em relação à autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizações de autoaceitação

	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a doente a identificar os seus pontos positivos • Encorajar o contato olhos-nos-olhos na comunicação com os outros (Treino Assertivo) • Reforçar os pontos positivos que a doente identifica • Evitar críticas negativas • Investigar os sucessos anteriores • Facilitar atividades que aumentem a autoestima • Elogiar o progresso da doente em relação às metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de uma postura erecta • Manutenção do contato olhos-nos-olhos • Aceitação da crítica construtiva • Desejo de confrontar os outros • Sentimentos de auto-valorização • Manutenção da higiene • Descrição de sucesso na realização de tarefas
Comportamento Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar e monitorizar a ingestão diária de alimentos e líquidos • Evitar disfarçar medicamentos nos alimentos • Controlo do peso • Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição à doente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém uma ótima ingestão calórica diária • Mantém o padrão alimentar recomendado • Identifica estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos
Comportamento Assertivo Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar barreiras à assertividade (ex. Condição médica, socialização feminina) • Ajudar a doente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade • Distinguir entre comportamentos de afirmação, agressão e agressão-passividade • Ajudar a identificar direitos, responsabilidades e normas • Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais • Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos • Orientar a doente sobre estratégias para a prática de comportamento assertivo • Facilitar oportunidades para a prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis • Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relacionado com a mudança comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrenta os problemas • Expressa sentimentos e emoções livremente • Demonstra estratégias para gerir a raiva • Usa estratégias de enfrentamento eficazes • Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes • Comunica de forma assertiva
Conhecimento sobre a Saúde Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino do processo de doença • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de doença • Descrição dos fatores de risco • Descrição de sinais e sintomas • Descrição de medidas para minimizar a progressão da doença
Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre a medicação prescrita • Educação para a saúde • Ouvir atentamente • Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das ações da medicação • Descrição dos efeitos secundários da medicação • Descrição da administração correta da

		medicação
Coping Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Melhora do enfrentamento (Ensaio Comportamental; Modelação) Controle do humor Aumento da autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> Procura informações sobre a doença e o tratamento Emprega comportamentos para reduzir o <i>stress</i> Usa estratégias eficazes de enfrentamento Relata redução do <i>stress</i> Verbaliza necessidade de auxílio
Depressão Atual	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o humor, regularmente à medida que evolui o tratamento Administrar questionários de autorrelato (inventário de Beck II) Estimular a atividade física (participação no passeio terapêutico) Monitorizar a capacidade de autocuidado Auxiliar no autocuidado, conforme necessidade Monitorizar o funcionamento cognitivo Usar linguagem simples e adequada durante as interações Usar auxiliares de memória e indicadores visuais Reforçar as informações Apresentar informações gradualmente e de forma objetiva Solicitar à doente que repita a informação Melhora do enfrentamento (Treino Assertivo) Apoio na tomada de decisão Suporte emocional Redução da ansiedade Oferecer estimulação ambiental pelo contacto com os múltiplos funcionários Conversar com a doente Auxiliar a doente a manter um ciclo de sono/vigília Monitorizar e registar o padrão de sono do doente e quantidade de horas dormidas Explicar a importância de um sono adequado durante a doença Determinar o efeito dos medicamentos do doente sobre o padrão de sono Auxiliar a doente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado Orientar a doente quanto à forma de realizar relaxamento muscular progressivo (TRMPJ) 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstra afeto adequado Relata sono adequado Demonstra concentração Mantém um peso estável Relata capacidade para realizar tarefas diárias Relata apetite normal Fala em ritmo moderado Demonstra interesse pelo que a cerca Relata melhor humor Identifica os percursos da depressão Relata melhora da libido Ausência de ideia suicida Aceitação do estado de saúde Melhoria da esperança Equilíbrio do humor Envolvimento social Melhoria da capacidade enfrentamento Melhoria da autoestima Processa as informações Pesa alternativas ao tomar decisões
Desesperança Atual	<ul style="list-style-type: none"> Suporte emocional Instilação de esperança Presença Incremento do sono Aumento da socialização Promoção do exercício 	<ul style="list-style-type: none"> Expressão de orientação futura positiva Expressão de vontade viver Expressão de razões para viver

	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de prazer de viver • Fixação de metas
Força de Vontade Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima • Auxiliar a doente a encontrar fontes de motivação • Auxiliar a doente a identificar o impacto da doença no autoconceito • Auxiliar a doente a identificar prioridades de vida • Suporte emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia • Aceitação do estado de saúde • Melhoria da esperança • Equilíbrio do humor • Envolvimento social • Melhoria da capacidade enfrentamento • Melhoria da autoestima
Hipoatividade Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o compromisso da doente com a aprendizagem e uso de uma postura correta • Orientar a doente sobre a forma de usar a postura e a mecânica corporal para prevenir a fadiga, a tensão e as lesões • Promoção do exercício (Passeio Terapêutico) • Técnicas de relaxamento muscular progressivo para alívio da tensão muscular (TRMPJ) • Elogiar o desempenho, quando adequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra concentração • Mostra que cuida da higiene pessoal adequadamente • Mostra nível adequado de energia • Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia
Isolamento Social Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional • Presença • Instilação de esperança • Terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação com membros do grupo • Participação em atividades de lazer • Desempenho de atividades como voluntária
Vontade de Viver Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a presença e o grau de risco suicida • Orientar a doente em estratégias de enfrentamento • Interagir com a doente para transmitir atenção e abertura e oferecer a oportunidade para a doente falar sobre os seus sentimentos • Presença • Determinar os sistemas de apoio na comunidade • Determinar a presença e a qualidade de apoio familiar • Identificar estratégias usuais de enfrentamento • Vigiar a toma da medicação • Evitar a discussão repetida de histórias suicidas anteriores, manter a discussão atualizada e voltada para o futuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão de determinação em viver • Expressão de esperança • Usa estratégias para compensar os problemas • Usa estratégias para intensificar a saúde

ETAPA DA INTERVENÇÃO

A etapa da intervenção insere-se dentro do contexto da entrevista de ajuda onde é explorada a problemática de vida da doente, procurando que esta se distancie o suficiente para ter outra perspectiva de modo a alterar o seu processo de pensamento, fazendo emergir soluções, com o auxílio do enfermeiro, que tenham um impacto positivo na sua vida. Dentro do contexto da entrevista de ajuda, para além dos instrumentos terapêuticos abaixo descritos, foram identificados (e trabalhados de forma a minimizar consequências para a saúde mental da doente) fatores de risco para a depressão que aumentam o risco de recidiva como:

- Desemprego e baixos recursos financeiros – encaminhado a situação para a assistente social do serviço
- Conflitos familiares e relações ambivalentes com amigos e familiares, em especial com o ex-marido e o filho
- Mudança constante de residência

PSICOEDUCAÇÃO:

Foi realizado o ensino sobre a depressão e ansiedade fornecendo informações sobre:

- Sintomatologia
- Períodos de crise
- Etiologia
- Fatores de *stress* indutores
- Terapêutica prescrita à doente e importância da adesão ao regime terapêutico
- Aspectos nutricionais
- A importância do exercício físico como fator protetor da saúde mental
- Esclarecimento sobre o impacto e estigma social da doença e desmistificação de ideias pré-concebidas
- A importância de relações sociais saudáveis

Foi realizado ensino sobre a diabetes fornecendo informações sobre:

- O que é a diabetes

- As complicações resultantes da diabetes (renais, oftalmológicas, cardiovasculares, neurológicas, etc.)
- O que é a hipo e a hiperglicemia e as suas complicações
- A importância da atividade física
- A necessidade de acompanhamento médico e de enfermagem na consulta de diabetes nos cuidados de saúde primários
- A importância de avaliação e controle das glicémias (aquisição da máquina de BMT na consulta da diabetes nos cuidados de saúde primários)

Foi realizado o ensino sobre a importância de uma alimentação saudável procurando e produzindo informações sobre:

- Identificar as preferências alimentares da doente
- A importância de uma alimentação saudável e equilibrada tendo em conta os APD de diabetes mellitus
- Reconhecer os alimentos saudáveis
- Reconhecer os alimentos ricos em açúcares, gorduras e alimentos processados como alimentos pouco saudáveis
- A importância da ingestão hídrica
- A importância de manter um peso corporal adequado e equilibrado, realizando 6 refeições diárias

Durante as sessões de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final de cada sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue para leitura os folhetos “controle da ansiedade” (ANEXO XII) e “o que é a depressão” (ANEXO XI).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual respondeu:

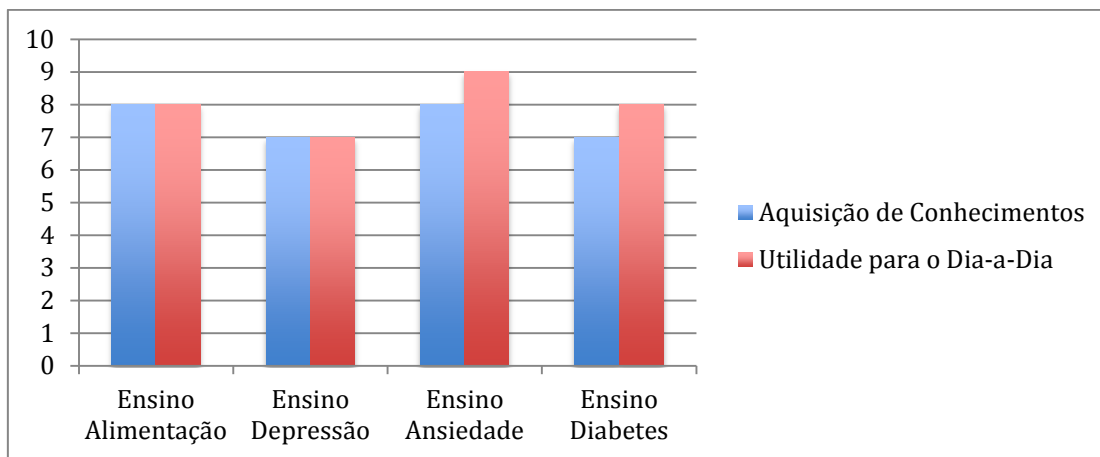


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Depressão, Ansiedade, Alimentação Saudável e Diabetes

TREINO ASSERTIVO:

1ª FASE

Foi realizada a TRMPJ na qual a doente participou com agrado, referindo sentir-se mais relaxada e menos ansiosa. Foi realizada a avaliação da sessão de relaxamento através de um formulário (ANEXO VII) que avalia o nível de relaxamento atingido e a variação da frequência cardíaca do início para o final da sessão:

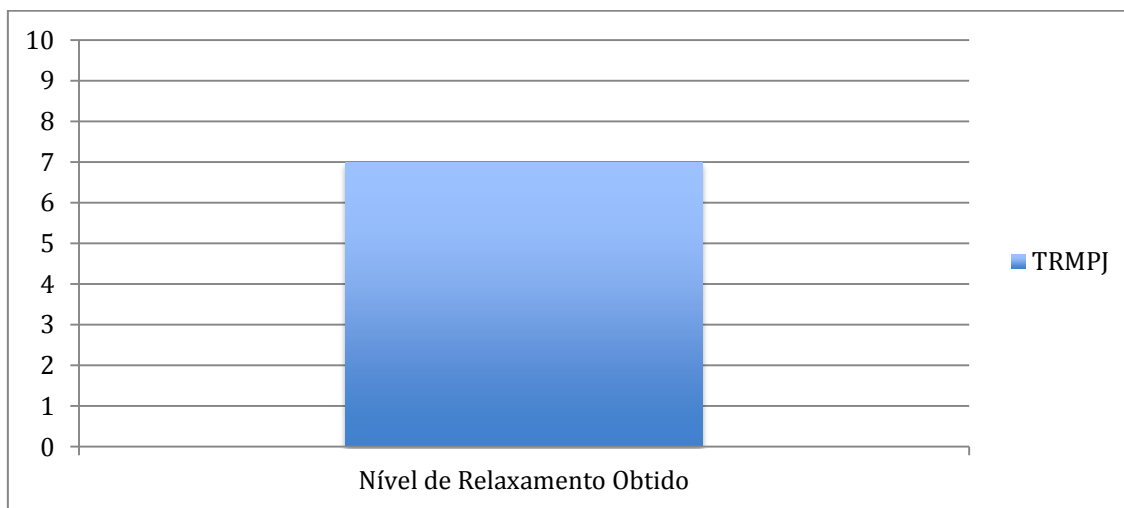


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (1ª sessão)

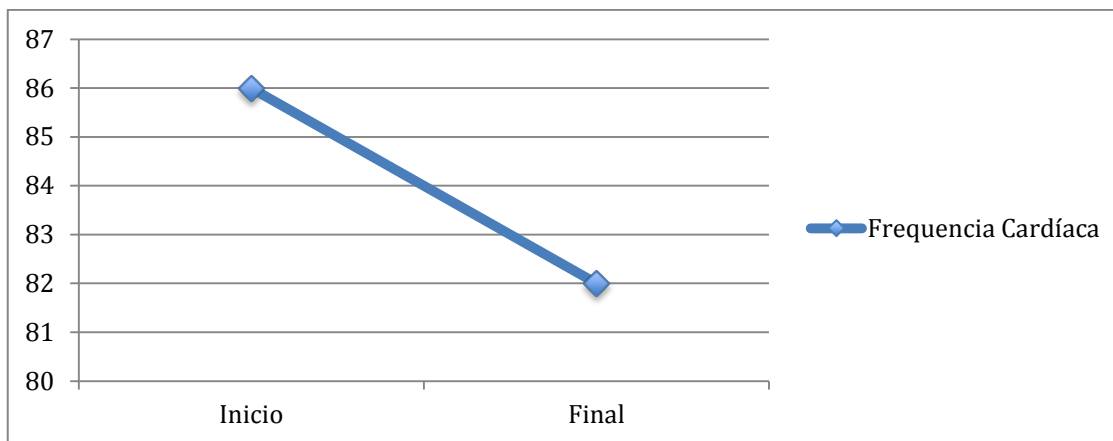


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (1ª sessão)

Durante o período de internamento realizou a TRMPJ mais 3 vezes, 2 das quais com os enfermeiro do SI do DPSM, não existindo dados de avaliação objetiva. No âmbito do programa de reabilitação psicossocial foi realizada novamente e durante o desenrolar da sessão denotou-se que já apresentava mais prática na realização da técnica, referindo praticar à noite no seu quarto. Os dados da avaliação desta intervenção são:

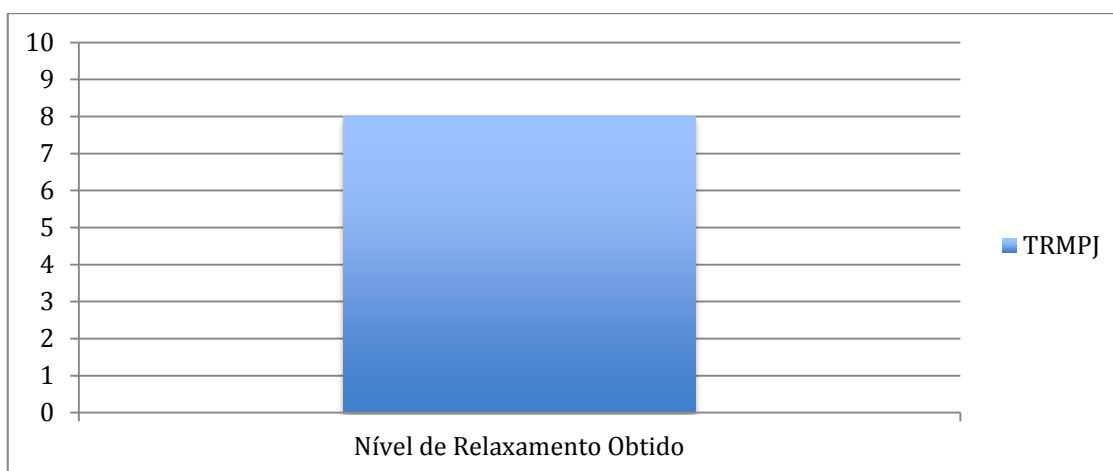


Figura – Avaliação do nível de relaxamento atingido com a TRMPJ (2ª sessão)

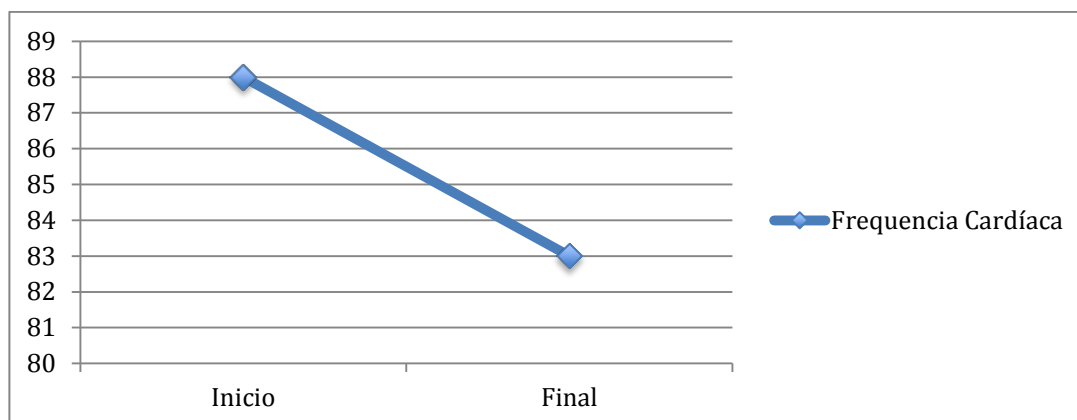


Figura – Avaliação da variação da FC com o relaxamento atingido (2ª sessão)

2ªFASE

Foi realizado o ensino sobre a comportamento assertivo (ANEXO VIII) fornecendo informações sobre:

- O que são comportamentos comunicacionais agressivos, passivos e assertivos e as diferenças entre cada um deles, bem como as suas consequências
- As formas de comunicação verbal e não-verbal associadas a cada um deles
- Direitos assertivos
- Estratégias para a assertividade
- Apresentação de vídeos a demonstrar cada um dos comportamentos
- Participação em jogos: com frases e imagens que representam cada um dos diferentes comportamentos comunicacionais para a doente selecionar o correto

Durante a sessão de ensino a doente não revelou sinais de fadiga e agradeceu a atenção dispensada pelo enfermeiro. Foram realizadas no final da sessão algumas questões sobre o assunto debatido ao que respondeu adequadamente demonstrando concentração e capacidade de memorização. Foi entregue para leitura o folheto “comunicar com assertividade” (ANEXO IX).

Quanto à avaliação da psicoeducação foi entregue um formulário (ANEXO X) que coloca 2 questões que se referem à qualidade formativa da sessão e à pertinência da informação, ao qual respondeu:

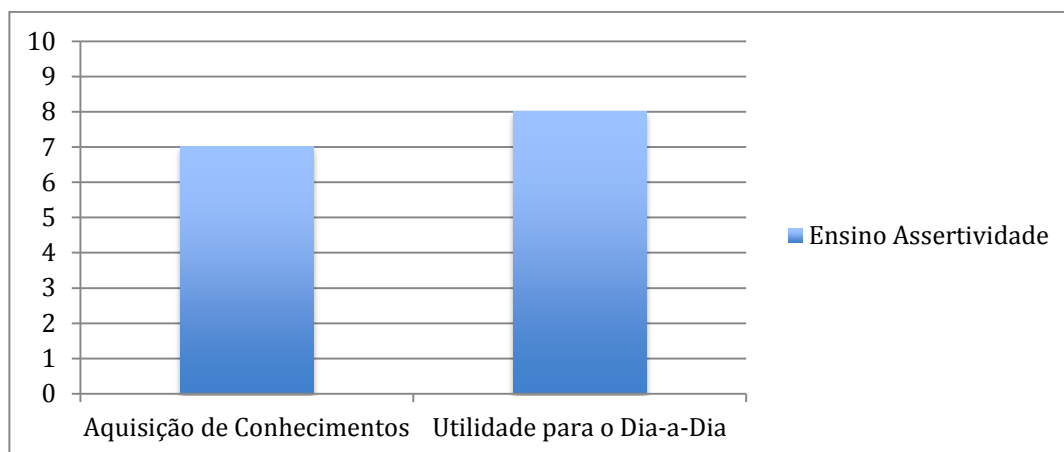


Figura – Avaliação da Psicoeducação sobre Comportamento Assertivo

3ª e 4ª FASE

A doente preencheu o RPD (ANEXO IV) onde referiu a seguinte situação:

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
“Como é que vou conseguir encarar as minhas colegas e os donos do lar onde trabalho depois de sair daqui”	1) “Não ir mais trabalhar para o lar” 2) “ <u>Pedir a uma colega minha para falar com os donos do lar antes de eu voltar</u> ”	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Vergonha • Tristeza 	1) “Eu não posso fazer isso porque se já ando mal de dinheiro se largasse o trabalho o que ia ser de mim. Eu sei que as pessoas vão comentar e não vão entender. Eu queria dar uma explicação aos donos do lar para eles entenderem o meu lado, senão no Verão acaba o contrato e despedem-me” 2) “Eu lembrei-me disso mas acho que nenhum delas vai aceitar fazer isso, com um assunto destes. Mesmo assim depois os donos também devem querer falar comigo. Tenho de ser eu a falar com eles” Resposta: “Falar com	1) 0% 2) 0% <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Vergonha

			<i>os donos e explicar que estou doente, que não aguentava mais a pressão que tinha sobre mim e que agora só me quero é tratar e não lhes vou falhar mais vezes”</i>	
--	--	--	--	--

Foi realizado ensaio comportamental desta situação que a doente apresentou, evidenciando alguma dificuldade ao nível do envio da mensagem dada a pouca expressividade corporal, evitar o contato visual e o fluxo verbal lentificado. Foi aconselhada a treinar outros tipos de situações que lhe sejam angustiantes frente ao espelho de forma a trabalhar as respostas adaptativas. Quando conseguiu representar a resposta adaptativa de forma adequada foi realizado o reforço positivo. Pela análise da entrevista de avaliação diagnóstica é possível perceber que a doente apresenta um défice de habilidades sociais e seria vantajoso o treino de mais situações mas dado o tempo de internamento reduzido no DPSM não foi possível, pelo que esta informação foi registada para acesso dos enfermeiros do serviço de Consulta Externa.

ETAPA DA AVALIAÇÃO

A avaliação foi realizada através da observação da doente, do diálogo terapêutico nas entrevistas de ajuda e da colheita de informação do processo de enfermagem. Assim, através do quadro que se segue é possível verificar os ganhos de evolução em saúde que a doente obteve com o internamento no DPSM e com a aplicação do programa de reabilitação psicossocial. No dia da alta da doente (25/09/2015) foi novamente aplicado o IDB para verificar a evolução da intensidade da sintomatologia da depressão e se os resultados obtidos através do autorrelato no IDB validavam os ganhos obtidos resultantes da análise do enfermeiro.

Indicadores (NOC)	Resultados de Evolução Clínica			Melhorias Obtidas ao Nível da/o:
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	
Mostra concentração	Demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	Agitação
Mostra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Observado	Observado	
Mostra nível de energia adequado	Baixa energia vital	Baixa energia vital	Observado	

Mostra capacidade para realizar tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Monitoriza a intensidade da ansiedade	Não demonstrado	<i>“Noto que não estou tão ansiosa, tenho os meus momentos mas sinto que me consigo controlar melhor”</i>	<i>“Desde há 2 dias que tenho andado mais calma, triste, mas mais calma”</i>	Ansiedade
Usa técnicas de relaxamento	Não demonstrado	Realiza com os enfermeiros	Realiza com os enfermeiros	
			<i>“Tenho praticado como me disse para fazer, já consigo fazer os passos todos mas sozinha não resulta tanto”</i>	
Relata um sono adequado	Não demonstrado <i>“Passo as noites acordada, não consigo pregar olho”</i>	<i>“tenho evitado dormir durante o dia e assim quando me deito à noite já consigo descansar mais um bocadinho, mas continuo acordar muitas vezes”</i>	<i>“Tenho conseguido dormir aí umas 5h por noite”</i>	
Relata ausência de manifestações físicas de ansiedade	<i>“parece que o mundo tá a cair, não sei o que é aquilo é muito mau e acontecia-me quase todos os dias em qualquer lado”</i>	<i>“É diferente já não fico com apeto no coração mas sinto-me apreensiva com o que vai acontecer”</i>	<i>“Desde da última vez que lhe disse não senti mais vez nenhuma”</i>	
Relata duração aumentada do tempo entre episódios	<i>“aconteciam-me quase todos os dias em qualquer lado”</i>	<i>“Já me acontece menos vezes do que nos dias antes de vir para cá”</i>	<i>“Desde há 2 dias que tenho andado mais calma, triste, mas mais calma”</i>	
Relata duração diminuída dos episódios	Não demonstrado	<i>“Noto que não estou tão ansiosa, tenho os meus momentos mas sinto que me consigo controlar melhor”</i>	Observado	
Reduz estímulos ambientais quando ansiosa	<i>“deitava-me no sofá com a fotografia do meu filho”</i>	Isola-se no quarto quando mais stressada	Observado	Apoio Social
Relata contatos sociais de apoio	<i>“ela é que me ajuda muita vez, dá-me comida e já me chegou a pagar a água e a</i>	<i>“Falei com a Assistente Social ela disse que comida é a única coisa que me</i>	<i>“Já tenho a morada de onde posso ir buscar as coisas”</i>	

	<i>luz”</i>	<i>consegue dar, já é uma ajuda”</i>		
Relata ambiente social estável	Não relata	Não relata	Não relata	
Relata existência de rede social de assistência	Não relata	Não relata	<i>“Com esta ajuda que vou ter pode ser que o dinheiro já chegue para eu pagar as minhas despesas e é menos essa preocupação que tenho”</i>	
Relata existência de pessoas capazes de ajudar se necessário	<i>“eles não me podem ajudar que também passam por dificuldades”</i>	<i>“Falei com a Assistente Social ela disse que comida é a única coisa que me consegue dar, já é uma ajuda”</i>	Observado	
Evidência desejo de procurar ajuda de outros	<i>“Se fosse possível falar com alguma assistente social a ver se me pode ajudar de alguma maneira”</i>	<i>“Eu vou à minha médica de família para ser vista por causa dos diabetes e para me darem a máquina para os medir”</i>	Observado	Autoestima
Verbalizações de autoaceitação	<i>“Sinto que não sou nada nem ninguém. O meu mundo desabou, sou uma infeliz e a minha vida é só problemas”</i>	<i>“O que quer que lhe diga se fosse importante as pessoas não me faziam o que fazem”</i>	<i>“Vou tentar não deixar que me pisem mais, encontrar-me comigo e mudar a minha vida, não quero passar mais tempo afastada do meu filho”</i>	
Manutenção de uma postura ereta	Postura retraída	Postura retraída	Observado	
Manutenção do contato olhos-nos-olhos	Não demonstrado	Observado (Treino assertivo)	Observado	
Aceitação da crítica construtiva	Apresenta uma postura passiva “encolhe os ombros” perante a crítica	Não demonstrado	<i>“sei que isso é para o meu bem...começar a pensar por mim e não pelo que os outros dizem”</i>	
Desejo de confrontar os outros	Apresenta uma postura passiva. Relata que deixa os outros decidirem por si	<i>“Falar com o meu filho não é fácil porque o pai quando o deixa em minha casa já lhe fez a cabeça”</i>	<i>“preciso que o Luís me explique porque me fez isto, se não queria porque é que não me disse”</i>	
Sentimentos de auto-valorização	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Sou uma boa funcionária mas deixei os meus</i>	

			<i>patrões desamparados e não sei se me perdoam</i>	
Manutenção da higiene	Observado	Observado	Observado	
Descrição de sucesso na realização de tarefas	Não demonstrado	<i>“É bom treinar a conversa com os meus patrões, ajuda-me a sentir mais tranquila saber o que lhe vou dizer”</i>	<i>“Tenho praticado como me disse para fazer, já consigo fazer os passos todos mas sozinha não resulta tanto”</i>	
Mantém uma ótima ingestão calórica diária	Alimenta-se de ½ da dieta. Faz 4 refeições diárias	Alimenta-se de 2/3 da dieta. Faz 5 refeições diárias	Alimenta-se de 2/3 da dieta. Faz 5 refeições diárias	
Mantém o padrão alimentar recomendado	Não demonstrado	Observado	Observado	
Identifica estados emocionais que afectam a ingestão de alimentos	<i>“Eu não comia às vezes por não ter de comer mas estes últimos dias foi mesmo porque não era capaz, estava angustiada”</i>	Observado	Observado	Comportamento Alimentar
Enfrenta os problemas	Apresenta uma postura passiva. Relata que deixa os outros decidirem por si	<i>“Falar com o meu filho não é fácil porque o pai quando o deixa em minha casa já lhe fez a cabeça”</i>	<i>“preciso que o Luís me explique porque me fez isto, se não queria porque é que não me disse”</i>	
Expressa sentimentos e emoções livremente	<i>“Sinto que não sou nada nem ninguém. O meu mundo desabou, sou uma infeliz e a minha vida é só problemas”</i>	<i>“Estou muito magoada com as pessoas, elas só se querem aproveitar de mim e isso faz sentir triste e sem valor”</i>	Observado	
Demonstra estratégias para gerir a raiva	Não demonstrado	<i>“Quando descobri que ele fez a aposta a primeira coisa que me apetecia era esganá-lo por me trair desta maneira, mas depois prejudiquei-me foi a mim”</i>	<i>“Não posso guardar os sentimentos negativos para mim e por isso é que quero falar com o Luís”</i>	Comportamento Assertivo
Usa estratégias de enfrentamento eficazes	Não demonstrado	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“Eu preciso que o Luís me explique porque me fez isto, se não queria porque é que não me disse”</i>	

Demonstra autoconhecimento e afasta-se de situações excessivamente stressantes	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino de comportamento assertivo)	<i>“Não vou arranjar confusões vou tentar mostrar o meu lado e se a conversa descambar vou-me embora que preocupações já eu tenho que cheguem”</i>	
Comunica de forma assertiva	Apresenta uma postura passiva e discurso lentificado	Observado (Ensaio comportamental)	Apresenta postura ereta e discurso mais fluído	
Descrição do processo de doença	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre a Saúde
Descrição dos fatores de risco	<i>“Isto começou com o divórcio fiquei logo de rastos...a situação com o meu filho também não ajuda”</i>	<i>“É desesperante uma pessoa querer pagar as contas e chega a meio do mês já não tem dinheiro para nada e tem de andar a viver da caridade dos outros”</i>	Observado	
Descrição de sinais e sintomas	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição das ações da medicação	Observado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	Conhecimento sobre o Regime Terapêutico
Descrição dos efeitos secundários da medicação	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Descrição da administração correta da medicação	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Procura informações sobre a doença e o tratamento	Não demonstrado	Realiza questões ao longo do Ensino	Observado	Coping
Emprega comportamentos para reduzir o stress	Não demonstrado	<i>“vou para o meu quarto e fico com os meus pensamentos”</i>	<i>“Não vou arranjar confusões vou tentar mostrar o meu lado e se a conversa descambar vou-me embora que preocupações já eu tenho que cheguem”</i>	

Usa estratégias eficazes de enfrentamento	Apresenta uma postura passiva. Relata que deixa os outros decidirem por si	<i>“Falar com o meu filho não é fácil porque o pai quando o deixa em minha casa já lhe fez a cabeça”</i>	<i>“preciso que o Luís me explique porque me fez isto, se não queria porque é que não me disse”</i>	
Relata redução do stress	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Desde há 2 dias que tenho andado mais calma, triste, mas mais calma”</i>	
Verbaliza necessidade de auxílio	<i>“Se fosse possível falar com alguma assistente social a ver se me pode ajudar de alguma maneira”</i>	<i>“vou à minha médica de família para ser vista por causa dos diabetes e para me darem a máquina para os medir”</i>	Observado	
Expressão de orientação futura positiva	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Vou tentar não deixar que me pisem mais, encontrar-me comigo e mudar a minha vida, não quero passar mais tempo afastada do meu filho”</i>	Desesperança
Expressão de vontade de viver	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Ele precisa de mim bem e para isso não posso tomar comprimidos para me matar porque sei que estou a dar mais força ao pai dele”</i>	
Expressão de razões para viver	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Tenho de lutar por mim e pelo meu filho, para nos dar aos dois uma vida melhor”</i>	
Expressão de prazer de viver	<i>“O meu mundo desabou, sou uma infeliz e a minha vida é só problemas”</i>	<i>“Como é que posso ser feliz com a vida que tenho? Não vejo saídas é só complicações”</i>	<i>“Já passei por coisas piores é um acumular de muito tempo, tenho de me mentalizar que ainda posso ser feliz”</i>	
Fixação de metas	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“O que mais quero é ser feliz e ter o meu filho comigo”</i>	
Demonstra afeto adequado	<i>“Não faço falta ao meu filho às coisas que ele me diz. Viraram-no contra mim e ele ofende-me”</i>	<i>“O meu filho é tudo para mim ele é que não entende o quanto eu o amo”</i>	Observado	Depressão (Sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração,

Relata sono adequado	Não demonstrado	<i>“tenho evitado dormir durante o dia e assim quando me deito à noite já consigo descansar mais um bocadinho, mas continuo acordar muitas vezes”</i>	<i>“Tenho conseguido dormir aí umas 5h por noite”</i>	perda de apetite e insónia)
Demonstra concentração	Observado	Observado	Observado	
Mantém um peso estável	55kg	55Kg	55kg	
Relata capacidade para realizar tarefas diárias	Não relata	Não relata	<i>“Também não posso cá ficar mais tempo, tenho de voltar e começar a tratar da minha vida”</i>	
Relata apetite normal	<i>“nem sequer vontade de comer já tinha”</i>	Não relata	<i>“Já consigo comer melhor, isto de ter refeição a horas certas também ajuda”</i>	
Fala em ritmo moderado	Apresenta uma postura passiva e discurso lentificado	Observado (Ensaio comportamental)	Apresenta postura ereta e discurso mais fluído	
Demonstra interesse pelo que a cerca	Não demonstrado	Observado	Observado	
Relata melhor humor	<i>“O meu mundo desabou, sou uma infeliz e a minha vida é só problemas”</i>	<i>“Como é que posso ser feliz com a vida que tenho? Não vejo saídas é só complicações”</i>	<i>“Desde há 2 dias que tenho andado mais calma, triste, mas mais calma”</i>	
Identifica os percursos da depressão	<i>“Isto começou com o divórcio fiquei logo de rastos...a situação com o meu filho também não ajuda”</i>	Observado	Observado	
Relata melhora da libido	<i>“Não tenho cabeça para essas coisas, é só patadas que me dão”</i>	Sem desejo, sem energia	Sem desejo, com energia	
Ausência de ideia suicida	Mantém ideação e faz referência a planos (ingestão de lítio)	Mantém ideação e sem referência a planos	<i>“Ele precisa de mim bem e para isso não posso tomar comprimidos para me matar porque sei que estou a dar mais força ao pai dele”</i>	

Aceitação do estado de saúde	<i>“Só posso estar doente da cabeça, nunca me senti assim é um desespero”</i>	Observado	Observado	
Melhoria da esperança	<i>“gostava que a minha vida melhorasse mas não me sinto com forças para continuar a viver”</i>	Não demonstrado	<i>“Vou tentar não deixar que me pisem mais, encontrar-me comigo e mudar a minha vida, não quero passar mais tempo afastada do meu filho”</i>	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	
Envolvimento social	Isola-se grande parte do turno no quarto	Isola-se no quarto quando mais stressada	Interage com os outros doentes	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstrado	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“preciso que o Luís me explique porque me fez isto, se não queria porque é que não me disse”</i>	
Melhoria da autoestima	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Processa as informações	Não demonstrado	Observado (Avaliação do ensino)	Observado	
Pesa alternativas ao tomar decisões	Não demonstrado	<i>“não posso fazer isso porque se já ando mal de dinheiro se largasse o trabalho o que ia ser de mim. Eu queria dar uma explicação aos donos do lar para eles entenderem o meu lado”</i>	<i>“Não vou arranjar confusões vou tentar mostrar o meu lado e se a conversa descambar vou-me embora que preocupações já eu tenho que cheguem”</i>	Força de Vontade
Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Aceitação do estado de saúde	<i>“Só posso estar doente da cabeça, nunca me senti assim é um desespero”</i>	Observado	Observado	
Melhoria da esperança	<i>“gostava que a minha vida melhorasse mas não me sinto com forças para continuar a viver”</i>	Não demonstrado	<i>“Vou tentar não deixar que me pisem mais, encontrar-me comigo e mudar a minha vida, não</i>	

			<i>quero passar mais tempo afastada do meu filho</i>	
Equilíbrio do humor	Humor deprimido	Humor deprimido	Humor deprimido	
Envolvimento social	Isola-se grande parte do turno no quarto	Isola-se no quarto quando mais stressada	Interage com os outros doentes	
Melhoria da capacidade enfrentamento	Não demonstrado	Observado (Ensaio comportamental)	<i>“preciso que o Luís me explique porque me fez isto, se não queria porque é que não me disse”</i>	
Melhoria da autoestima	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Mostra concentração	Demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	Hipoatividade
Mostra que cuida da higiene pessoal adequadamente	Demonstrado	Demonstrado	Demonstrado	
Mostra nível adequado de energia	Baixa energia vital	Baixa energia vital	Observado	
Mostra capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia	Não demonstrado	Não demonstrado	Observado	
Interação com membros do grupo	Isola-se grande parte do turno no quarto	Isola-se no quarto quando mais stressada	Interage com os outros doentes	
Participação em atividades de lazer	Não demonstrado	Passeio terapêutico	Passeio terapêutico	Isolamento social
Desempenho de atividades como voluntária	Não demonstrado	Não demonstrado	Participa voluntariamente no passeio terapêutico	
			<i>“Tenho praticado como me disse para fazer, já consigo fazer os passos todos mas sozinha não resulta tanto” (TRMPJ)</i>	
Expressão de determinação em viver	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Ele precisa de mim bem e para isso não posso tomar comprimidos para me matar porque sei que estou a dar mais força ao pai dele”</i>	Vontade de Viver
Expressão de esperança	Não demonstrado	Não demonstrado	<i>“Vou tentar não deixar que me</i>	

			<i>pisem mais, encontrar-me comigo e mudar a minha vida, não quero passar mais tempo afastada do meu filho</i>	
Usa estratégias para compensar os problemas	Não demonstrado	Observado (Ensaio comportamental)	Observado <i>“Quando me sentir melhor tenho de procurar outro emprego para ganhar mais algum nas folgas”</i>	
Usa estratégias para intensificar a saúde	Não demonstrado	<i>“Eu vou à minha médica de família para ser vista por causa dos diabetes e para me darem a máquina para os medir”</i>	Procura os enfermeiros quando apresenta alguma queixa ou necessita de apoio	

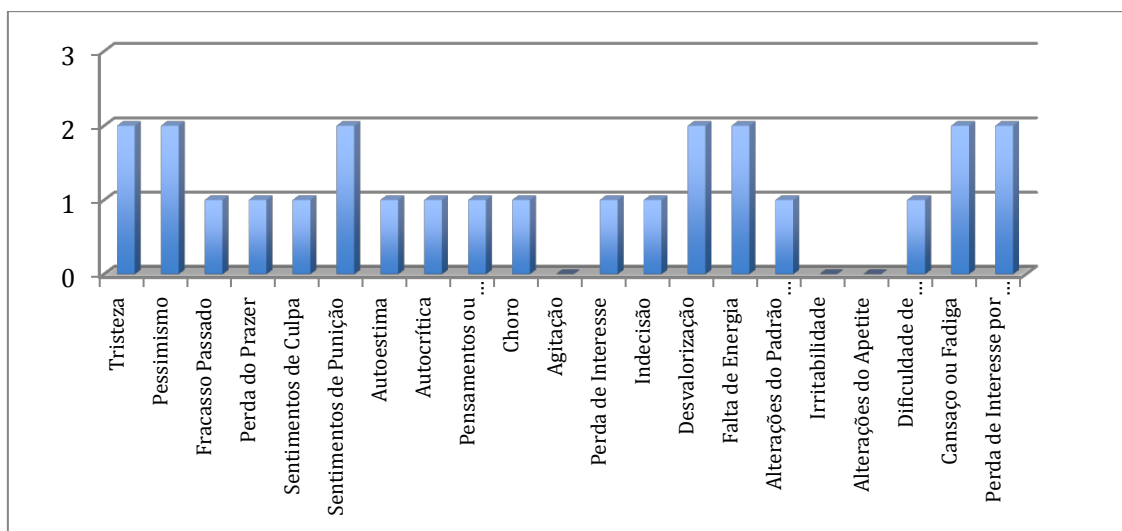


Figura – Inventário Depressão de Beck II. Sra. F.C. Avaliação Final (Score 25 – Depressão Moderada)

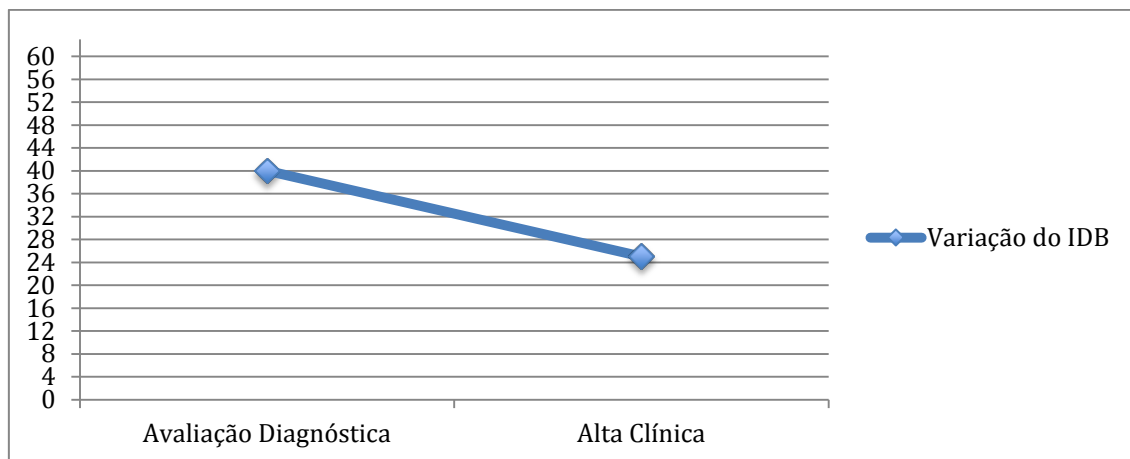


Figura – Variação do Índice de Beck ao longo do internamento no DPSM da Sr.^a F.C.