



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**UMA FORMA DE CUIDAR DAS PESSOAS COM SINTOMATOLOGIA  
DEPRESSIVA**

Ana Paula Ferro Colaço

Orientador:

Professora-Coordenadora Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Évora

2012

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

UMA FORMA DE CUIDAR DAS PESSOAS COM SINTOMATOLOGIA  
DEPRESSIVA

Ana Paula Ferro Colaço

Orientador:

Professora-Coordenadora Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Évora

2012

A felicidade às vezes é uma bênção – mas geralmente é uma conquista.

O instante mágico do dia ajuda-nos a mudar, faz-nos ir em busca dos nossos sonhos.  
Vamos sofrer, vamos ter momentos difíceis, vamos enfrentar muitas decepções

E, no futuro, podemos olhar para trás com orgulho e fé.

Pobre de quem teve medo de correr riscos. Porque este talvez não se decepcione nunca,  
nem tenha decepções, nem sofra como aqueles que têm um sonho a seguir.

Paulo Coelho

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, mediante o seu empenho e colaboração, permitiram que a realização do presente trabalho fosse possível.

À minha orientadora, Professora Dulce Magalhães, pelo interesse, total disponibilidade e incentivo pessoal que sempre me dispensou, ao longo das diferentes fases de elaboração deste trabalho.

Ao Enfermeiro Carlos Caldeira e Professor Jorge Cravidão, pelo acolhimento e encorajamento que dispensaram no Ensino Clínico, bem como pelos valiosos esclarecimentos e sugestões, que sempre proporcionaram.

À equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (internamento) do Hospital Espírito Santo, EPE – Évora, pela forma como me acolheram.

Às minhas colegas e amigas, pela indispensável e imprescindível colaboração.

Quero, naturalmente agradecer a todos as pessoas envolvidas que, ao aceitarem participar neste projecto, o tornaram possível.

Aos meus familiares e amigos que me ouviram e me apoiaram nesta tarefa.

## UMA FORMA DE CUIDAR DAS PESSOAS COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

### *Objectivo:*

Relatar o desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica com base na problemática da pessoa com sintomatologia depressiva.

### *Método:*

Desenvolvimento de intervenções terapêuticas, recorrendo à observação, às entrevistas de diagnóstico como técnicas de colheita de dados e às técnicas de relação de ajuda, técnica de relaxamento e técnica de resolução de problemas, como intervenções.

### *Resultados:*

O desenvolvimento pessoal e clínico da autora expresso na capacidade reflexiva sobre as atitudes, postura e processo de avaliação diagnóstico no processo de cuidados com as pessoas com sintomatologia depressiva.

### *Conclusões:*

O desenvolvimento de competências psicoterapêuticas foi facilitador de intervenções terapêuticas com as pessoas com sintomatologia depressiva. Elas contribuíram para aliviar o seu sofrimento, libertação de tensões emocionais e vivências de experiências gratificantes.

### *Palavras-Chave:*

Enfermagem, sintomatologia depressiva, relação de ajuda, técnica de relaxamento, técnica de resolução de problemas.

## A WAY OF TAKING CARE OF PERSONS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

### *Objective:*

To report the development of skilled diagnostic assessment based on the problems of people with depressive symptoms.

### *Methods:*

To develop interventive therapeutic, using observation, interviews and diagnostic techniques as data collection techniques as well as aid relationship, relaxation techniques and finally, the problem solving technique.

### *Results:*

All the personal and professional skills acquired were developed using a self-conscious introspection, considering attitude, posture, actions and reactions, always taking into account my own skills and observational capacity.

### *Conclusions:*

The development of therapeutic interventions with the patient suffering of depressive symptoms contributed to alleviate their anguish, allowing to free themselves from emotional tensions and, at the same time live rewarding experiences. It is also important to focus on the development of psychotherapeutic skills.

### *Keywords:*

Nursing, depressive symptoms, relationship help, relaxation techniques, problem solving technique.

<b>ÍNDICE</b>		Pág.
0-	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	8
1-	<b>ANÁLISE DO CONTEXTO .....</b>	13
1.1-	Caracterização da unidade de internamento e de realização do Estágio....	13
1.2-	Caracterização geral da população/utentes.....	15
2-	<b>ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO.....</b>	18
3-	<b>DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	22
4-	<b>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....</b>	33
4.1-	Casos avaliados.....	34
4.1.1-	<u>Caso P</u> .....	34
4.1.2-	<u>Caso B</u> .....	40
4.1.3-	<u>Caso C</u> .....	44
4.1.4-	<u>Caso R</u> .....	48
5-	<b>CONCLUSÃO .....</b>	54
6-	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	56

## 0- INTRODUÇÃO

A verdadeira magnitude do impacto das doenças mentais só se tornou evidente quando foi reconhecida a enorme dimensão da incapacidade originada por estas doenças. A carga de perturbações mentais, tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Após vários estudos, hoje sabemos que das dez principais causas de incapacidade cinco são perturbações psiquiátricas (Plano Nacional de Saúde Mental 2007— 2016).

A Organização Mundial de Saúde já em 2009 certificava que os estudos, à data mais recentes, demonstravam que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. E divulgou que o número de pessoas que recorreram aos serviços públicos (168.389 pessoas em 2005) apenas uma pequena parte das que tinham problemas de saúde mental tinham acesso aos serviços públicos especializados dessa área. Assumindo que, apenas as pessoas com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde mental. O número de contactos (1,7% da população) é extremamente baixo em relação ao que seria de esperar (pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano). O relatório Saúde Mental em Portugal refere que os serviços de saúde mental, à data, sofriam de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. (Relatório organização mundial de saúde, 2009).

Numa avaliação externa desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde na Europa em 2010, os resultados mais significativos demonstraram uma evolução positiva ao nível da esperança média de vida e das mortalidades, por doença isquémica, por acidente rodoviário e cancro da mama, existindo, contudo, alguns indicadores que têm vindo a piorar, como é o caso da mortalidade por suicídio e do consumo de ansiolíticos e antidepressivos, (Plano Nacional de Saúde Mental 2011-2016).

Segundo Bento (2003) citado no Plano Nacional de Saúde 2007-2016, entre as pessoas com patologia psiquiátrica, a sintomatologia depressiva está presente em 21,5%



das consultas em ambulatório, 4,4% dos internamentos e 20,2% das idas ao serviço de urgência, prevendo-se um aumento significativo de pessoas a sofrer deste “mal”. Refere, ainda, que o fenómeno é mais experienciado pelas mulheres (3,2%) em relação aos homens (1,9%). Santos (2010), reportando-se aos estudos de Weissmanet (1996) Angstet et al. (2002), referencia a prevalência aproximadamente duas vezes mais para o sexo feminino no aparecimento de uma depressão; também Seligman (2006), referenciado por Apóstolo (2010:38), menciona que os estudos efectuados durante o século XX evidenciavam um rácio de 2 para 1, sendo a mulher mais afectada pela depressão. Pensa-se, que a justificação para tal situação poderá estar relacionada com o facto de as mulheres recorrerem mais aos serviços de saúde e terem mais facilidade em narrarem as suas preocupações. Seligman (2006) evidencia o papel social da mulher, o desamparo aprendido e a ruminação, como hipóteses para justificação de tais diferenças. O mesmo autor e também Beck (citado por Apóstolo, 2010:51) identificam na depressão quatro tipos de mudanças negativas: no pensamento, no humor, no comportamento e nas respostas físicas, podendo contudo considerar-se uma pessoa depressiva, aquela em que não estejam os quatro sintomas presentes. Numa situação clínica de depressão a pessoa apresenta queixas que variam em função da relevância que a mesma dá às sensações orgânicas, à sua história pessoal de doença, e ao valor atribuído a certas manifestações no meio sociocultural em que vive (Vaz Serra, 1994:15). A depressão é uma doença que aprisiona e é fonte das limitações existenciais, das limitações dos projectos futuros de desconforto e de sofrimento. O desconforto é também vivido pela perda da capacidade de decisão e de sentido da vida, processos que também se relacionam com alterações da identidade pessoal, no sentido de controlo de si, das limitações existenciais e dos projectos futuros, mas são, essencialmente, provocados pelo aprisionamento na doença (Apóstolo, 2010:112).

O desinvestimento sobre si próprio e sobre os outros traduzem-se em processos disruptivos do bem-estar necessário à complexidade da experiência de saúde. O desequilíbrio na saúde/doença e a hospitalização aumenta a vulnerabilidade da pessoa o que implica maior necessidade de ajuda para cuidar de bens essenciais que, normalmente, são desenvolvidos individualmente e de forma independente (Oliveira, e Lopes, 2010). Nestes processos de vida o cuidar pode ser um instrumento facilitador de bem – estar, no qual o enfermeiro intervém com a função de acompanhamento. Num processo de parceria conduz e orienta as pessoas nas suas experiências de saúde. Deste modo, o enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados. Nesta sequência, os cuidados

de enfermagem são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa, interessando-se por todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de *stress*, com o objectivo de lhes reduzir esses efeitos (Oliveira e Lopes, 2010).

O desenvolvimento dos cuidados tem como assunção que a saúde das pessoas é entendida como a harmonia entre o corpo, a alma e o espírito. Os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam e obter mais benefícios em saúde, seja a doença insidiosa ou crónica. Os enfermeiros sabem olhar e cuidar além do corpo, “ver” o homem como um ser trino que é constituído por um Espírito, Alma e Corpo, conseguem em parceria com o doente e a família empoderar, estimular e promover a saúde, reduzir ou, até mesmo, eliminar por completo a doença e ao mesmo tempo promover a independência do doente. Kolcaba (2001) sustenta que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros (Apóstolo, 2010: 21). Para Kolcaba (1991) o conforto abrange três domínios: tranquilidade (o estado de calma ou satisfação), alívio (o estado de ter um desconforto específico aliviado) e transcendência (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor). Destes três sentidos técnicos, surgem três espécies de necessidades de conforto: necessidade de tranquilidade, alívio e transcendência. As necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: físico (no domínio as sensações do corpo), espiritualidade (no domínio da conscientização interna do eu, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo, podendo também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior) ambiental (no domínio externo da experiência humana, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos) e social (no domínio das relações interpessoais, familiares e sociais) (Apóstolo, 2010:30).

No âmbito da problemática em causa o desconforto sentido pela pessoa com sintomatologia depressiva relaciona-se com alterações a nível emocional, cognitivo, motivacional, físico e vegetativo, quando examinados à luz da teoria de conforto de Kolcaba. As alterações, das pessoas com sintomatologia depressiva, já descritas, são responsáveis pela não satisfação de conforto, enquanto um modo de bem-estar, nos três estados (necessidades de alívio, necessidades de tranquilidade, necessidades de transcendência) e sentidos nos quatro contextos (físico; ambiental; sociocultural e espiritual) (Apóstolo, 2010: 98) e justificam as intervenções psicoterapêuticas

desenvolvidas no âmbito do processo de cuidados desenvolvido com as pessoas que se sentem deprimidas.

Na prática de cuidados de enfermagem a experiência surge como um dos saberes de referência e a formação fundamenta a reflexividade crítica sobre as práticas. No contexto clínico desenvolve-se a acção, a formação e reflecte-se a organização do trabalho de enfermagem (Serrano,2008). Foi neste sentido que a experiência que vivi em contexto clínico no âmbito do projecto de desenvolvimento de competências me permitiu o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimento tanto clínico como não clínico. São processos desta natureza que nos tornam competentes para responder às necessidades de cuidados, contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem e para a melhoria na resposta, com qualidade e segurança. Contudo, este percurso só é conseguido se forem criadas condições para que cada enfermeiro possa desenvolver as suas competências de forma ampla e plena. Na medida em que a certificação de competências só é reconhecida depois de um período de observação num processo de supervisão clínica numa dada área de acção, cuja validação das competências provém das intervenções dos enfermeiros dirigidas à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, aos grupos e à comunidade, tendo em conta as variáveis da formação, da investigação e do desenvolvimento clínico.

A conquista do enriquecimento da minha postura pessoal e formação profissional, de forma a adquirir mais confiança nos cuidados que desenvolvo na área clínica em que trabalho, gera uma melhor resposta. Conduz a resultados de qualidade e segurança compatíveis com uma prática especializada. Foi com este objectivo que frequentei o I Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Na sequência do exposto, o presente relatório baseia-se na análise da prática clínica de enfermagem, no âmbito do desenvolvimento de competências, durante o período de ensino clínico, que se prolongou de 21 Fevereiro a 8 de Julho 2011, no Hospital Espírito Santo E.P.E. de Évora, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (internamento). O relatório encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte (pontos 1e 2) apresento a unidade de internamento onde foi desenvolvido o projecto, as características do conselho onde se insere o departamento de psiquiatria e saúde mental, fazendo também referências às condições socio-demográficas da população, pela pertinência que elas representam no âmbito do adoecer mental. Ainda nesta primeira parte apresento a literatura científica que suportou as decisões que foram

tomadas relativamente às intervenções que foram desenvolvidas Apesar de reconhecer que a evidência científica não pode ser transportada directamente para a clínica ela não deixa de ser um importante aporte para uma decisão racional. Numa segunda parte apresento o percurso que desenvolvi com as pessoas com quem trabalhei. Nela está expresso o método que foi usado por comunhão de várias vontades (utente, enfermeira e supervisor), as decisões que tomei com elas, e os juízos clínicos que fui desenvolvendo num processo contínuo de avaliação diagnóstico. O processo de desenvolvimento de competências não aconteceria jamais se não tivesse havido uma reflexão crítica ao longo do processo de cuidados. Por isso também apresento as reflexões que me serviram de guia orientador na procura do sucesso das utentes mas também do meu como enfermeira especialista.

## 1-ANÁLISE DO CONTEXTO

### 1.1 - Caracterização da unidade de internamento e de realização do Estágio

O desejo e a disponibilidade para evoluir positivamente bem como a necessidade de desenvolver competências no âmbito do tratamento de pessoas com sintomatologia depressiva foram os principais motivos que me levaram a seleccionar o internamento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Espírito Santo, EPE– Évora. Paralelamente, por ser a instituição mais próxima da minha área de residência, considerando que mantenho em simultâneo a minha actividade profissional de enfermagem e por reconhecer na equipa de enfermagem profissionais que se empenham pelo cumprimento de boas práticas no contexto da sintomatologia depressiva. Fiz esta opção consciente de que a aprendizagem seria excelente, enriquecedora e extremamente formativa por observar que a equipa mantinha uma dinâmica proactiva, procurava desenvolver cuidados especializados, numa procura de sucesso, não só pessoal, como dos utentes

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital Espírito Santo, EPE – Évora recebe os doentes (pela urgência e consultas externas) do Distrito de Évora com e em função das diversas patologias psiquiátricas que as pessoas apresentam. Nesta diversidade as pessoas com depressão, doença bipolar e psicoses são aquelas que têm maior número de internamentos. Os dados fornecidos pelo departamento de estatística do Hospital Espírito Santo, EPE – Évora dizem-nos que, no ano transacto estiveram internados 21 doentes com diagnóstico de depressão, com idades compreendidas entre 25-65 anos, sendo o sexo feminino de maior incidência.

O internamento é um serviço misto, fechado<sup>1</sup>, composto de 23 camas, com 7 enfermarias de 3 camas e 2 quartos individuais com instalação sanitária privada. Os dois quartos e o amplo corredor do serviço têm sistema de vídeo vigilância para o gabinete de enfermagem e são ocupados pelos doentes que necessitem de uma maior

---

<sup>1</sup> As portas estão fechadas com sistema automático, são abertas através de códigos.

vigilância. O Serviço compreende uma área administrativa e as diferentes áreas de serviços comuns a qualquer unidade de internamento. Para além disso tem dois gabinetes polivalentes onde são realizadas as entrevistas ao doente/família, quatro gabinetes (da equipa médica; da equipa de enfermagem, do enfermeiro chefe e do director de serviço), um espaço destinado ao consumo do tabaco, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala polivalente, onde são realizadas diversas actividades, como reuniões, acções de formação, ensinamentos, técnicas de relaxamento e outras. Há também uma sala de terapia ocupacional, onde são realizadas actividades com doentes em contexto de internamento e de ambulatório e que está localizada externamente ao serviço.

Em termos humanos, a equipa multiprofissional do departamento de psiquiatria e saúde mental (internamento) é composta por dois psiquiatras (internamento), dez assistentes operacionais, duas assistentes sociais (em tempo parcial), uma terapeuta ocupacional, um enfermeiro chefe- especialista em saúde mental e psiquiatria, sete enfermeiros especialistas em Saúde mental e psiquiatria, seis enfermeiros graduados (três a frequentar o mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria) e dois enfermeiros sem graduação avançada. Neste contexto cada enfermeiro especialista, é co-responsável com os restantes enfermeiros pelo planeamento dos cuidados desenvolvidos a cada dois doentes. Todos os doentes com alta médica são encaminhados para as consultas de psiquiatria com carta de alta médica e de enfermagem. Esta acção facilita a continuidade de cuidados e permite o agendamento de uma consulta /visita domiciliária nos primeiros trinta dias após o internamento.

A nível interno existem semanalmente duas reuniões de serviço às quartas e sextas. Na reunião de quarta-feira são discutidos os casos clínicos do internamento, previsão de altas e possíveis encaminhamentos. Nesta, estão presentes o enfermeiro chefe, o director de serviço, o psiquiatra do internamento, enfermeiros de serviço, assistente social e terapeuta ocupacional. Observa-se que as informações fornecidas, pelos diferentes técnicos presentes, nestas reuniões servem para aprimorar os dados clínicos, facilitar a compreensão global da pessoa, auxiliando desta forma no planeamento de intervenções de enfermagem e proceder à programação das altas, atempadamente. Na reunião de sexta-feira, a ordem de trabalhos é mais abrangente, visto que são discutidos casos clínicos do ambulatório, previsão de internamentos, previsão de altas, são fornecidas informações de carácter geral pelo director do serviço (resultantes das reuniões onde esteve presente) e legislação e programas do Serviço

Nacional de Saúde possíveis de aderir. Estão presentes nestas reuniões os responsáveis das diversas áreas do departamento e outros elementos: enfermagem, médica, psicologia, assistente social, terapeuta ocupacional. Uma vez que o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental inclui o serviço de Internamento e Consultas Externas, este tipo de reuniões possibilita uma troca de informação do ambulatório para o internamento e vice-versa, proporcionando um conhecimento mais lato da população e, sobretudo, um acompanhamento dos doentes que oferecem uma maior insegurança e incerteza nas decisões dos projectos terapêuticos. Acresce ainda, o facto das informações logísticas transmitidas pelo director do serviço servirem de linhas orientadoras a ter em conta nos planos anuais do serviço.

Em síntese, pode dizer-se que o cuidar no serviço de psiquiatria, envolve um processo dinâmico de múltiplas interacções, serviço que, pelas suas características, é rico em experiências, em pessoas de diferentes áreas do conhecimento, em projectos que, postos em acção, intensificam as interacções e apelam à participação e integração nos mesmos. Tudo se centraliza no bem-estar, se projecta em função do mesmo e se articula no mesmo sentido. Paralelamente todos os cuidados respondem às necessidades do doente e família, constatando-se também que, a passagem de turno é considerado um momento de crescimento. Nela existe uma passagem de informação individualizada dos doentes e um sentido crítico pelos pares sobre as decisões tomadas. Estas reuniões também fornecem detalhes sobre a situação saúde / doença e rede social de apoio dos doentes de modo formal e informal. Para além disso a equipa também cria espaços de debate e de partilha de casos clínicos. Estes espaços enquadram-se no âmbito do plano de formação em serviço.

No que concerne às relações multiprofissionais, cada profissional aplica os seus conhecimentos e o seu desempenho de uma forma construtiva, com proveito para os utentes e para eles próprios sempre numa perspectiva multifacetada e em total interacção.

## 1.2- Caracterização geral da população/utentes

Declarada Património Mundial da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 1986, Évora é um município urbano, localizado no Alentejo Central, limitado a norte pelo município de Arraiolos, a

nordeste por Estremoz, a leste pelo Redondo, a sueste por Reguengos de Monsaraz, a sul por Portel, a sudoeste por Viana do Alentejo e a oeste por Montemor-o-Novo. Situando-se junto do eixo Lisboa – Madrid, Évora fica localizada no ponto de encontro de três grandes bacias hidrográficas – Tejo, Sado, Guadiana.

O concelho de Évora, capital do distrito, é o maior concelho em termos de área, ocupando um total de 1306,3 km<sup>2</sup>, é formado por 14 concelhos e incorpora um conjunto de 19 freguesias, encontrando-se estas divididas em freguesias urbanas e freguesias rurais, sendo 7 as freguesias com um cariz urbano e 12 as freguesias com um cariz rural. Acresce, ainda, referir que Évora é o principal pólo urbano da região, em termos populacionais e funcionais, tem uma área geográfica de 7.392 Km<sup>2</sup>, com uma população de cerca de 56 596 habitantes, (Censos 2011). Nos últimos decénios, o distrito tem vindo a assistir a um importante decréscimo da população residente, decréscimo esse que se deve sobretudo a um resultado naturalmente negativo promovido pelo grau de envelhecimento da população e, paralelamente, um decréscimo do número de nascimentos.

Pela sua dimensão, centralidade e visibilidade no contexto nacional, Évora emerge como o pólo com melhores condições para liderar a hierarquia do sistema urbano regional. Com efeito, a cidade assume claramente uma vocação patrimonial, cultural, universitária e de serviços, com qualidade ambiental, que procura potenciar toda a área envolvente à própria cidade. Em termos de educação, a população residente no concelho apresenta níveis de ensino favoráveis, quando comparado com o resto do distrito. De facto, a maioria apresenta como habilitações académicas o Ensino Secundário (26.16%), seguido do 1º Ciclo do Ensino Básico (25.82%) e do Ensino Superior, o qual apresenta uma percentagem muito significativa de efectivos (21.70%).

O ramo de actividade que ocupa cerca de metade da população do concelho de Évora é o dos serviços, nomeadamente a administração e demais serviços públicos, incluindo a educação e a saúde. A agricultura continua a ser uma actividade importante no concelho, ao nível da criação de riqueza, apesar de ser hoje um sector com reduzida ocupação de mão-de-obra, devido à forte mecanização e modernização registada nas últimas décadas. (Évora digital, 2012). Relativamente ao nível da taxa de desemprego no distrito, na última década, registou-se um ligeiro decréscimo, mas esta mantém-se ainda muito elevada face à média nacional e principalmente incisiva na população feminina.



Dentro deste contexto, entre as causas da depressão podem incluir-se factores sociais como a pobreza, a solidão, a diminuição de humor pós – parto ou perda de um ente querido, sendo também plausível a ausência de causas aparentes ou mesmo tratar-se de algo hereditário, dada a frequência de vários casos no mesmo seio familiar, o que sugere a endogenia. Contudo, é também notório que existem pessoas mais sensíveis à depressão e, conseqüentemente, mais expostas aos riscos como é o caso de indivíduos que já sofreram depressões anteriores, sendo pois reincidentes. Destacam-se ainda os que vivem com adversidades constantes, os que têm problemas de relacionamento com os outros e também as que sofrem de isolamento social, como os idosos, os marginalizados, as mães solteiras e desempregados, assim como os que abusam das drogas, do álcool e dos medicamentos.

Observa-se, ainda, que a população do distrito de Évora está exposta a vários riscos que podem contribuir para o despoletar da depressão, tais como o envelhecimento demográfico da região correlacionado com o aparecimento de doenças crónicas, relações íntimas de co morbilidade com a depressão, existência de uma alta taxa de desemprego e, ainda, o factor isolamento relacionado com o envelhecimento e decréscimo da população residente. Os factores enunciados constituem elementos de risco para o desenvolvimento da depressão exógena.

## **2- ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO**

Perante a necessidade de desenvolver competências de intervenções psicoterapêuticas e compreender melhor a relação existente entre a sintomatologia depressiva e as intervenções não farmacológicas decidi fazer pesquisa em base de dados. Observa-se que a evidência científica confirma que as técnicas relaxamento (incluindo imaginação conduzida, respiração profunda) podem ser utilizados como Intervenções de Enfermagem passíveis de ter benefícios no cuidar das pessoas com sintomatologia depressiva.

A pesquisa foi feita na base de dados EBSCO (*Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE With full Test; Medic latina*) sobre artigos científicos publicados em texto integral, entre Janeiro de 2002 e Setembro de 2011 Foram utilizadas como termos de pesquisa: *nursing, aid relationship, relaxation techniques, guided imagery, breathing techniques, depressive symptoms, problem solving*.

Como resultado da pesquisa obtive o estudo de Caryl D. Fulcher et al. (2006) com o título “*Colocando em Prática Evidencia: Intervenções para a depressão*” que apresenta evidências de intervenções de enfermagem farmacológica e não farmacológica, utilizadas com pacientes adultos com cancro e depressão.

Os estudos de Barsevick et al, 2002; Bennet & Badger, 2005; Dado te al, 2004; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Osborne et al, 2003; Pirl, 2004; Uitterhoeve et al, 2004; Williams & Dale, 2006, cuja população era constituída por doentes com diferentes tipos de cancro e sintomatologia depressiva, submetidos a intervenções psicoeducacionais e psicossociais na gestão de sintomas depressivos durante e após tratamento do cancro. As Intervenções psicoeducacionais e psicossociais incluíam terapia cognitivo-comportamental, educação do paciente, informações / aconselhamento, psicoterapia, terapia comportamental e intervenções de apoio.

Verificou-se que os resultados destas intervenções psicoeducacionais revelam uma redução nos sintomas depressivos em pacientes com cancro.

O estudo de caso de Ali, Uzma e Hasan, Shazia, (2010), destaca a importância da terapia de relaxamento na redução da ansiedade relacionada com sintomas de fadiga e dor que dificultam a vida profissional e social. Na terapia de relaxamento foram aplicadas a respiração profunda e visualização e as escalas de Ansiedade IPAT e escala de Depressão IPAT e foram aplicadas antes do início da terapia e, após doze sessões.

Os resultados mostraram diminuição drástica no nível de ansiedade e depressão. Paralelamente, a paciente descreveu que houve também redução da tensão muscular, dor, distúrbios do sono o que possibilitou o retorno à sua vida profissional e social. Ainda em relação à Terapia de relaxamento, incluindo técnicas que se focam em induzir um estado de relaxamento físico e mental, tais como o relaxamento muscular progressivo, com ou sem imaginação guiada, a hipnose e autogénico, Leubbert et al. numa meta-análise avaliou 15 estudos randomizados, controlados, realizados entre 1980-1995. Neste âmbito, verificou-se que o Treino de relaxamento foi encontrado como tendo um impacto significativo na redução do tratamento do cancro e efeitos colaterais, incluindo a estabilidade emocional (por exemplo, depressão, ansiedade, hostilidade). Num estudo com 56 pessoas com cancro avançado, o relaxamento muscular progressivo e a imaginação guiada foram ensinadas aos pacientes, observou-se uma redução na depressão em todos os três grupos de tratamento.

A pesquisa de Mei-Feng Lin, et. al. (2009) com o título “Momentos cruciais e as mudanças no Método *Bonny* de Imagens Guiadas e Música para os pacientes com depressão”, cujo objectivo foi explorar momentos cruciais e alterações do Método *Bonny* de Imagens Guiadas e Música, a partir da perspectiva dos pacientes com depressão. Estiveram envolvidos nove pacientes afectados, recrutados a partir de um centro médico no sul de Taiwan 2004-2005, sendo que cinco concluíram, com sucesso, as oito sessões com o Método *Bonny* de Imagens Guiadas e sessões de música. Cada sessão foi apoiada por 3-4 temas (Deixando de lado as barreiras, Ganhar novos insights, Avançar), e a sua análise também resultou em três momentos significativos: libertação do corpo-mente consciência, rigidez e inspiração, aceitação e transformação interior. Este estudo permitiu constatar que o uso do Método *Bonny* de Imagens Guiadas e

Música nos indivíduos deprimidos proporcionou autoconhecimento, permitiu-lhes ganhar o controlo sobre as suas emoções e conseguirem uma mudança real no comportamento, possibilitando-lhes uma melhoria do seu conforto e bem-estar geral. Informa-nos, ainda, que este método é geralmente bem aceite pelos pacientes e pode ser uma valiosa abordagem para o atendimento das pessoas com depressão, promovendo-lhes uma melhor qualidade de vida. Acrescenta que é importante que os enfermeiros ofereçam intervenções adjuvantes à medicação às pessoas com depressão, especialmente com necessidade de conforto e carinho. Este estudo apoia a viabilidade de incorporação do Método *Bonny* de imaginação conduzida e música para intervenções de enfermagem às pessoas com depressão.

Segundo Jorm et al (2009), mencionando Jorm (2000) refere que dados de vários países mostram que muitas pessoas têm atitudes negativas em relação à medicação psicotrópica, incluindo antidepressivos, pelo que urge a introdução da psicoeducação, nesta abordagem. Concordando com Maia (2009:126), esta intervenção permite identificar as necessidades da pessoa e explicar ao mesmo tempo a sintomatologia, pensamentos e comportamentos, constituindo simultaneamente a base para delinear e explicar o tratamento, descrevendo os métodos estratégicos de avaliação e intervenção, tendo sempre em conta os aspectos idiossincráticos da pessoa. Neste mesmo âmbito, uma pesquisa na comunidade australiana com jovens e seus pais comprovou que o treino de relaxamento era frequentemente avaliado como útil para a depressão (Jorm et al 2009). Similarmente nos estudos de Kolcaba (1997) e de Kolcaba & Fox (1999), referenciados por Apóstolo (2010:98), houve a revelação de resultados positivos nos vários estados e contextos de conforto, em relação ao uso de uma técnica de relaxamento: imaginação conduzida, ainda que tenha sido desenvolvida numa população feminina com cancro da mama submetidas a radioterapia. O mesmo autor salienta ainda os estudos de Jarvinen & Gold (1981); Mckinney et al. (1997a), Sloman (2002) e Campbell-Guillies (2004), cujos contributos da aplicação de técnicas de relaxamento, principalmente a imaginação conduzida, foram positivos quando aplicados a pessoas com depressão. Referencia-se, ainda, o estudo de Rossman (2000), que nos diz que a focalização da imaginação no sentido positivo pode originar um estado de tranquilidade, encorajamento, regularização do humor e alívio da dor, possibilitando restaurar o estado de saúde física e mental (Apóstolo 2010:88).

No seu estudo, Apóstolo (2010:177), alude que a Intervenção Autónoma de Enfermagem, *-imaginação conduzida-* poderá ser incluída no plano de cuidados das pessoas com sintomatologia depressiva, sendo que esta afirmação surgiu dos resultados alcançados nesse estudo, quando aplicou a técnica a doentes internados no serviço de psiquiatria, verificando efeitos benéficos, tais como o aumento do conforto, a diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e stress. O supracitado remete-nos para a inclusão das técnicas de relaxamento neste tipo de abordagem às pessoas com sintomatologia, uma vez que têm revelado efeitos positivos.

### **3- DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Mais do que o saber e saber-fazer o enfermeiro deve desenvolver o seu saber- ser e saber-estar, tanto consigo próprio como na relação com a pessoa, pois tais factos constituem a essência e os alicerces da relação terapêutica, imprescindíveis à prática do Cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria (Sequeira, 2006:15).

#### **Processo metodológico**

No contexto profissional, o enfermeiro especialista utiliza-se como instrumento terapêutico. Controla as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, em prol dessa relação terapêutica. Além disso, o enfermeiro promove e estabelece uma relação activa, pois os conhecimentos e capacidades terapêuticas proporcionam- lhe desenvolver vivências que lhe possibilitam na prática profissional recrutar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa assim como aumentar o *insight* sobre os seus problemas e a capacidade de encontrar novas formas de resolução. Na verdade, ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, assim como níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão ancorados num conjunto de competências clínicas especializadas, o enfermeiro em saúde mental e psiquiatria promove o envolvimento da pessoa ao longo de todo o processo terapêutico, proporciona a vivência de experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais, como a isso faz referência o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva que ela, bem

como as que os rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais” Hesbeen (1998:52). Por isso no cuidar da pessoa com sintomatologia depressiva, os objectivos terapêuticos foram procuradas individualmente através do reconhecimento das necessidades insatisfeitas. Os juízos clínicos foram desenvolvidos a partir do reconhecimento da insatisfação das necessidades tanto ao nível físico como ao nível emocional.

Em consequência dos juízos foram mobilizadas intervenções terapêuticas para capacitar as pessoas a determinarem as suas próprias metas, envolverem-se na sua própria vida, acreditar na capacidade própria para crescer, ter esperança e ajudar as pessoas a promover mudanças positivas no seu estilo de vida, e, por isso confortar.

Observado o desconforto a nível emocional, cognitivo, motivacional e físico, ao qual de Kolcaba faz referência segui as directrizes da prática clínica para o tratamento da pessoa com sintomatologia depressiva (*American Psychological Association* (APA), 2000; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, (NICE) 2004; *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice* (RANZCP) 2004) que para além de recomendarem antidepressivos, recomendam terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal, como intervenções potencialmente eficazes.

As pessoas que se sentem confortadas têm mais tendência em procurar comportamentos saudáveis internos e externos e, conseqüentemente, ganhos em saúde (Apóstolo, 2010:113), por isso foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas, tais como: relação de ajuda, as técnicas de relaxamento com a utilização da imaginação conduzida, da técnica da respiração simples e a técnica de resolução de problemas. Elas tiveram como resultado o alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico (no domínio da relação com o corpo), espiritual (no domínio da relação consigo própria), social (no domínio da relação com os outros). Procurei, no contacto com as pessoas, desenvolver habilidades, que as levassem a experienciar um viver confortável. O que significa sentir-se parte do mundo, capaz de fazer face às exigências da vida, superar as fragilidades e incapacidades.

A metodologia seguida foi suportada no desenvolvimento de entrevistas de ajuda com base na confiança, no respeito da dignidade da pessoa, na motivação, na

exploração das potencialidades e na promoção da autonomia, com o objectivo de contribuir para que estas pessoas experienciassem o seu processo de transição de uma forma mais confortável. Através da relação de ajuda enquanto instrumento terapêutico foi desenvolvida a capacidade dos intervenientes (pessoa com sintomatologia depressiva e enfermeira) entenderem a situação problemática, bem como os mecanismos para lidar com a mesma. Estes processos são também promotores de desenvolvimento pessoal e capacitam a pessoa para encontrar sentido para sua existência. De acordo com vários autores (Yager et al., 2006; Garner & Needleman, 1997, Pike, Loeb & Vitousek, 1996; Garner & Bemis, 1985), a relevância inicial do tratamento deve ser colocada na intervenção com a pessoa, sendo importante que o terapeuta estabeleça uma relação terapêutica de confiança, respeito, segurança e colaboração com a mesma, dado que esta influenciará posteriormente toda a exploração e tratamento dos problemas (Maia, 2009:115).

Para análise e identificação dos juízos clínicos utiliza-se a entrevista diagnóstica, uma entrevista semi – estruturada, por não ser inteiramente aberta, mas também por não ser conduzida por muitas questões pré estabelecidas. Colocam-se como linhas orientadoras os seguintes indicadores: aspecto, comportamento, atitude, apresentação, postura, morfologia, mímica, expressão, motricidade, contacto, linguagem, estado de consciência, contacto inicial e evolução, humor, interacção consigo próprio e com os outros. Durante a realização da entrevista podem introduzir-se outras questões que surjam de acordo com o que acontece no processo evolutivo em relação às informações, centradas na perspectiva da pessoa, (percepção da situação, significação, emoções, motivações e comportamentos), como o seu relacionamento consigo própria, com o corpo, com os outros e com a doença.

Antecipadamente a cada entrevista, foi necessário uma preparação prévia, de modo a recolher as informações sobre a pessoa a ser entrevistada, bem como definir o tipo de entrevista, os seus objectivos, o grau de directividade, o local, a forma de elaborar o registo dos dados e não deixando de fora as questões éticas. Com o intuito de ajudar a pessoa a sentir-se confortável e motivá-la para o envolvimento no processo terapêutico, na primeira entrevista, efectua-se o acolhimento (a apresentação pessoal, indicação dos lugares que cada um deverá tomar durante a entrevista, clarificação dos papéis, indicação dos objectivos da entrevista, duração da mesma e a garantia de confidencialidade).



Durante a realização das entrevistas “*utilizei-me*” como referencia (Phaneuf 2005: 256) “*a enfermeira utiliza a sua pessoa, a sua sensibilidade, a sua perspicácia e a sua capacidade de observação e de contacto caloroso com a pessoa*”, assim, de forma consciente e deliberadamente, em concordância com cada caso, utilizei atitudes facilitadoras (especificidade, empatia, respeito, autenticidade e confrontação), visando promover uma boa comunicação verbal (através da repetição, reformulação, elucidações, questões abertas, síntese, revelação de mim, feedbacks, informação, conselho e confrontação) e não-verbal (através da voz, gestos, silêncios, mímicas, posturas e do encorajamento a prosseguir) com a pessoa e, naturalmente, a promoção de uma boa relação terapêutica. Em cada entrevista, foi sempre necessário diligenciar o seu encerramento com as explicações necessárias, apelando à importância da continuidade e do compromisso com o tratamento. Após a primeira entrevista, com duração de cerca de 45 minutos, foi indispensável um momento de reflexão sobre os dados colhidos, a definição do juízo clínico e a escolha de estratégias terapêuticas. As entrevistas subsequentes constituíram um carácter de suporte às sessões de relaxamento, apreciando sempre os valores intrínsecos de cada pessoa. Acresce ainda referir que cada entrevista/sessão tinha dia, hora e um espaço marcados, além de um pedido específico para a sua realização.

## **Técnicas de Intervenção**

### A Imaginação Conduzida com auxílio de CD- musica for relaxation-ZEN

A técnica inicia-se pedindo à pessoa para se colocar numa posição confortável, que pode ser sentada ou deitada, podendo optar por manter os olhos abertos ou fechados. Depois de respirar várias vezes, devagar e profundamente, é convidada a percorrer o seu corpo mentalmente de forma a focar a sua atenção para dentro de si, dando atenção às sensações corporais, tentando alhear-se do exterior, com o objectivo de entrar num estado atarácico de abandono do corpo e da mente. Realizam-se, seguidamente, exercícios respiratórios utilizando a respiração diafragmática, explicando em simultâneo que este tipo de respiração deve ser praticado em casa, uma vez que pode ser útil nas crises de ansiedade e permite estados de relaxamento (Everly e Rosenfeld, 1981; Gouveia e Fonseca, 2004). Os exercícios de respiração podem actuar como uma ponte

para as funções do corpo que geralmente não têm controlo consciente. De seguida, é sugerida a contracção e relaxamento dos músculos do corpo, dando ênfase aos músculos da face, membros superiores, músculos da região cervical, trapézios, membros inferiores e pés. Logo após, integra-se o exercício imagético directivo, onde são descritas imagens de campo ou praia (dependendo do gosto da pessoa), tendo sempre a preocupação de seleccionar e descrever ambientes calmos, relaxantes e tranquilizantes com os componentes água, campo e ar livre, acompanhados por sensações físicas e emocionais agradáveis.

A pessoa, durante o exercício é encorajada a identificar as sensações que está a experienciar, “como se sente aqui?”, “ quando visualiza essa imagem que sensação experiencia? “ (Maia, 2009:140).

### Técnica de Respiração Simples

Esta técnica pode ser aplicada na posição de sentado ou de pé, num local apropriado, em silêncio, com os olhos suavemente fechados e os lábios naturalmente fechados ou semiabertos. A sequência é a seguinte: Respirar três vezes, naturalmente, enchendo os pulmões e soltando o ar vagarosamente; Utilizar a mão direita, de modo que o dedo indicador fique acima da sobrancelha, bem no meio da testa (não necessita tocar a testa), apenas formar com a mão uma concha, usando o polegar e o dedo mínimo para alternar numa narina e outra; (este processo é antecedido de exemplificação).

Ao longo do processo, a respiração não tem fase de retenção e a expiração é sempre alternada entre uma narina e outra:

- a) Inspirar lenta e profundamente com as duas narinas.
- b) Expirar da mesma forma só que pela narina esquerda, bloqueando a narina direita com o dedo polegar.
- c) Voltar a inspirar lenta e profundamente com as duas narinas.
- d) Expirar da mesma forma, mas desta vez pela narina direita, usando o dedo mínimo para bloquear a esquerda.
- e) Repetir a, b, c, d., no mínimo 30 vezes.
- f) Repousar por uns instantes e reiniciar um novo bloco de 30 vezes.

*Técnica de retenção respiratória, baseada na técnica de Geraldo Medeiros Jr..*

Esta é uma das técnicas que mais auxiliam no relaxamento rápido e perda da sensibilidade corpórea. Sendo simples, não há necessidade de nenhuma preparação especial a respiração também é simples porém, devido à retenção respiratória por alguns segundos, algumas pessoas que não estão acostumadas ou que fumam demasiadamente, poderão registar, inicialmente, alguma estranheza.

Esta técnica rege-se pelos seguintes passos:

1. Posicionar confortavelmente o doente em decúbito dorsal;
2. Relaxar, aconselhar a colocação de uma almofada na fossa poplíteia para que a área pélvica não fique excessivamente recta, pois ajuda a diminuir a tensão que poderá causar desconforto;
3. Deixar os dois braços relaxados paralelos ao tronco;
4. Inspirar profundamente e reter o ar nos pulmões o máximo possível;
5. Expirar e repetir a inspiração logo em seguida;
6. Reter o ar o máximo possível;
7. Realizar esta respiração no total de 5 vezes;
8. Retornar à respiração normal.

Com este tipo de respiração pretende-se causar uma descarga de dióxido de carbono no sangue, o que fará com que a sensibilidade corpórea seja diminuída, causando uma sensação de relaxamento rápido. E podendo mesmo provocar um leve sono.

*Técnica de Resolução de Problemas*

No que concerne ao uso da *técnica de resolução de problemas* encontra-se justificação científica no artigo de Mehmet, E. et al. (2008) referenciando o artigo de AC; D'Zurilla TJ (2009) onde objectivou realizar uma meta-análise sobre os resultados controlados sobre a eficácia da terapia de resolução de problemas para reduzir a sintomatologia depressiva, os autores apresentam-nos um estudo com base nos resultados de 21 amostras independentes, onde a terapia de resolução de problemas foi encontrada como sendo tão eficaz como outras terapias psicossociais e medicação. Perante o exposto, considera-se a utilização da terapia de resolução de problemas como uma alternativa viável para cuidar das pessoas com sintomatologia depressiva.

O seguinte método estruturado passo a passo foi baseado no material informativo “Estratégias de Recuperação” (Cuidados Integrados e Recuperação – Programa de Formação Em Saúde Mental Comunitária 2008).

1º Passo: Definição específica do problema ou objectivo que se pretenda de alcançar.

2º Passo: Listagem de algumas soluções possíveis (pelo menos 3). Este passo tem como objectivo fazer um “brainstorming” (desenvolver múltiplas ideias ou alternativas) e não deve haver avaliação das soluções consideradas.

3º Passo: Consideração das vantagens (prós) e das desvantagens (contras) para cada solução, com a respectiva hipótese para cada solução.

4º Passo: Selecção da melhor solução ou conjunto de soluções. Qual a solução que tem maior probabilidade de resolver o problema ou atingir os objectivos? Qual a solução que pode ser levada a cabo realisticamente?

5º Passo: Planeamento da execução da solução, com resposta às seguintes questões:

- a) Quem estará envolvido em realizar a solução?
- b) Que passo será realizado por cada pessoa?
- c) Qual é o enquadramento temporal para cada passo?
- d) Que recursos são necessários?
- e) Que obstáculos podem surgir e como podem ser ultrapassados?

6º Passo: Fixação de uma data para avaliar como a solução está a funcionar, tendo sempre em conta as metas: o que foi alcançado? O que correu bem?

7º Passo: Reflexão sobre o sucesso do método e eventualidade de revisão do mesmo ou escolher outra opção.

### Utilização do Exercício Físico

Sobre os benefícios do exercício físico e a sintomatologia depressiva, encontra-se o estudo efectuado por Lopes (2001) que observou os efeitos de oito semanas de exercício físico aeróbio nos níveis de serotonina e depressão em mulheres entre 50 e 72 anos, tendo como instrumentos de avaliação o Inventário Beck de depressão e análises laboratoriais para as dosagens dos níveis de serotonina. Os resultados apresentaram diminuição percentual de gordura e dos níveis plasmáticos de serotonina, sugerindo que esta relação entre exercício físico e a mobilização de gordura facultava às participantes

melhoria no estado de humor (Mello, 2005). Pelo que se justifica plenamente, o aconselhamento para efectuar caminhadas ou a prática de outro exercício físico.

### Técnica de Relação de Ajuda

Sendo o Cuidar a essência da Enfermagem e a *Relação* o seu pilar principal, devemos reflectir profundamente sobre quais as competências relacionais de ajuda que os enfermeiros devem desenvolver.

Para Lazure (1994), o enfermeiro que ajuda deve possuir algumas capacidades, designadamente:

- Ter capacidade de especificar e fazer especificar;
- Ter capacidade de respeitar-se a si mesmo e ao cliente;
- Ter capacidade de ser congruente consigo mesmo e na relação com o cliente;
- Ter capacidade de ser empático consigo próprio e com os outros;
- Ter capacidade de confrontar-se e confrontar os outros;
- Ter capacidade de escuta.

Phaneuf (2005:329) refere que para estabelecer Relação de Ajuda a enfermeira necessita de condições prévias. Tais como: - as **atitudes**: “*presença e vontade de não julgar*”, - com **qualidades relativas à relação a implementar**: a *não directividade e a centração na pessoa* e - como **elementos do conteúdo da relação**: a *escuta e a consideração positiva*”. Neste âmbito, a autora define estes conceitos essenciais do seguinte modo (329- 330): **Presença** –“capacidade física de estar lá e capacidade psicológica de estar “*com a pessoa*”; é um estado de proximidade física e de disponibilidade afectiva e calorosa que permite estar sempre atento às necessidades da pessoa a ajudar”; **Vontade de não julgar** – qualidade da escuta que assenta na aceitação incondicional do outro, deixando-se penetrar sem preconceitos, reservas ou juízos de valor, pelas expressões verbais e não-verbais, sem encorajamento a sentimentos negativos ou acções repreensíveis. A **não directividade na entrevista** – vontade da enfermeira de não usar autoridade nem poder, apoiando-se na aceitação incondicional da pessoa e no respeito pela sua autonomia; tem por base as regras de respeito mútuo e relação de igual para igual (331). A **centração na pessoa** – preocupar-se com a pessoa em si mesma, com as suas emoções, sentimentos, reacções, necessidades e desejos (331). A **escuta** – estado de disponibilidade intelectual e

afectiva; partilha de momentos de vida que implicam todo o ser da enfermeira, na captação de palavras, expressões faciais e corporais, emoções e “não ditos” da pessoa que necessita ajuda. A **consideração positiva** – sentimento de respeito e confiança que a enfermeira manifesta ao outro para que se aperceba de todo o seu valor e dignidade. A mesma autora aclara as habilidades da enfermeira que estabelece Relação de Ajuda, *aceitação, respeito caloroso e empatia* as quais considera o cerne da Relação de Ajuda.

Para a autora, **aceitação** é um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser, ocupando-se dele de maneira activa e calorosa e para “cultivar” esta habilidade, a enfermeira deve pensar na dignidade do outro como ser humano, reflectir sobre o que esta pessoa já foi, acreditar que pode evoluir, tomar consciência das dificuldades que vive, reconhecer os seus sentimentos reais e aceitar a pessoa, não significando, contudo, que aceite comportamentos repreensíveis.

Phaneuf (2005:347) acolhe as definições sugeridas por Chalifour (1989) e define **empatia** como um sentimento profundo de compreensão da pessoa que ajuda e que entende a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, permitindo um olhar penetrante sobre a situação, visando a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre, todavia ao mesmo tempo estabelece, um distanciamento emotivo da pessoa que ajuda, que se inclina sobre as emoções do outro, para a sua maneira de viver a sua dificuldade. Quanto ao **respeito caloroso** diz tratar-se da qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece o valor e a dignidade da pessoa ajudada, apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida (Phaneuf, 2005:340).

Pelo exposto, a Relação de Ajuda pode ser considerada um "*instrumento*" válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem, (Mendes, 2006). Neste âmbito, Phaneuf (2005:324) conceptualiza Relação de Ajuda "*como uma troca, verbal e não-verbal, que ultrapassa a superficialidade e permite criar o clima de que a pessoa necessita para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico perante a adversidade ou mesmo diante da morte*". Na perspectiva de Phaneuf (2005:328), a Relação de Ajuda, ao implementar-se na prática de cuidados de enfermagem, desenvolve-se em duas vertentes distintas: a informal e a formal. Segundo a autora, nos cuidados gerais, a Relação de Ajuda é quase sempre informal, instaurando-se de forma espontânea, face às necessidades, num determinado momento. Na verdade, perante uma dificuldade, o ajudante pode intervir tendo como objectivos imediatos levar a pessoa a

verbalizar o seu problema, mostrar as suas emoções e testemunhar-lhe a sua compreensão empática. Esta reacção possui, todavia, todas as qualidades fundamentais duma verdadeira Relação de Ajuda e a enfermeira pode utilizar todas as suas habilidades mas ela é sobretudo devida à capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia.

No que se refere à vertente formal, esta pode ser utilizada pela enfermeira no decurso de encontros estruturados e evoluir para se adequar ao contexto dos cuidados de enfermagem, baseada em objectivos de libertação de emoções, de diminuição da ansiedade, podendo também estabelecer-se no decurso de entrevistas, particularmente em saúde mental, desenrolando-se segundo um horário predefinido, com objectivos de evolução muito precisos (Phaneuf, 2005:325). Sendo um processo contínuo de acompanhamento da pessoa e utilizando o processo de enfermagem, num quadro de diálogo, a Relação de Ajuda compreende uma evolução progressiva, para a qual Chalifour (2008:34,35), fazendo referência e baseando-se em autores da área da psicologia como Rogers (1968); Carckhuff (1969) e Egan (1987), e em autores de enfermagem como Peplau (1952); Travelbee (1978); Sundeen (1991) contempla três fases:

- 1) *Fase de orientação da relação* – momento privilegiado de estabelecimento de ligações de confiança recíproca, caracterizada pelo acolhimento do cliente num clima de abertura, respeito, autenticidade e interesse;
- 2) *Fase de trabalho* ou de *emergência de identidades* – os intervenientes vão-se conhecendo melhor, desenvolvendo sentimentos de confiança, respeito e autenticidade; verifica-se, então, um processo de consolidação de novos conhecimentos, formação e uma nova percepção de si, enquanto pessoa única, por parte da pessoa ajudada, permitindo que enfermeira e cliente encontrem respostas satisfatórias às necessidades identificadas através da expressão manifesta e utilizando as etapas do processo de enfermagem, esta é ainda uma etapa de experimentação e consolidação das novas aprendizagens;
- 3) *Fase da conclusão* – processa-se na sequência temporal e tem em vista facilitar a transição entre esta experiência terapêutica e a vida do dia-a-dia, permitindo que a pessoa ajudada assuma autonomia.

Phaneuf (2005:387) remete-nos para “ *uma intervenção limitada no tempo*”, tendo como condição prévia o estabelecimento de uma relação de confiança. Neste contexto, refere-se ao processo de Ajuda como um processo constituído pela *fase*

*da preparação da pessoa que ajuda, a fase de exploração da relação e o fim da relação.* A fase de preparação da pessoa que ajuda caracteriza-se pela recolha de informação sobre a pessoa, o seu quadro conceptual, sentimentos, crenças, valores, objectivos, ou seja, o conhecimento do outro tal qual ele é. Nesta fase, a postura, atitude do ajudador, de transparência, aceitação incondicional, de consideração positiva, numa relação não directiva, promove o conhecimento do outro e o desenvolvimento da relação de ajuda. A fase seguinte consta na interiorização, exploração e tomada de consciência do vivido, por parte da pessoa, de modo a que se processe a aceitação, a melhor adaptação, alteração de comportamento, evolução para um bem-estar e para a autonomia. Por outras palavras, trata-se de conceber as condições para que a própria pessoa aprenda a adaptar-se, conviver e transpor os seus problemas e dificuldades. Atingido o patamar de autonomia, de aceitação ou de mudança, considera-se atingido o objectivo da relação e, concludentemente, o seu fim (Phaneuf 2005:297).



#### **4- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Lopes (2006:88) refere que de acordo com Kim (1997), a interacção enfermeiro-utente solicita crucial atenção, pois é através dela ou no seu contexto que os cuidados de saúde acontecem, pelo que compreender os seus contributos para obter resultados terapêuticos, coadjuvará o aperfeiçoamento das intervenções dos enfermeiros no sentido do bem-estar dos utentes e dos cuidados de saúde.

A experiência de cuidar por parte dos enfermeiros constrói-se na prática diária, através dos cuidados que estes prestam a outros num determinado contexto, mobilizando tanto a pessoa do enfermeiro como a do doente, tendo em conta os diversos condicionalismos que se fazem sentir nas situações. Esta requer do enfermeiro um trabalho sobre si, sobre a forma de estar na relação com o outro, visando promover através da confiança um processo de desenvolvimento pessoal e profissional para o enfermeiro, associado às competências e permitir às pessoas a libertação de tensões emocionais e a vivência de experiências gratificantes.

Sendo a confiança considerada uma condição “*sine qua non*” para o desenvolvimento da relação do cuidar e do conforto (bem-estar) da pessoa o resultado pretendido dessa mesma relação, diz-nos Oliveira e Lopes (2010), que a confiança é usualmente observada como uma condição para o desenvolvimento da relação do cuidar, sendo o conforto (e/ou o bem-estar) do cliente, referido como o resultado pretendido dessa mesma relação. Enumeram autores como Morse (2000); Watson (2002); Lowe & Cutcliff (2005) que associam directamente confiança e conforto numa relação de antecedente-consequente (Oliveira e Lopes, 2010).

Os mesmos autores referem ainda que graças ao progresso do conhecimento nos âmbitos do confortar e do conforto, é exequível assegurar que “hoje em dia, confortar não é mais uma actividade de acalmar, de ajeitar almofadas e aquecer com cobertores”, como nos diz Morse (2000). Referenciando Siefert, (2002), alertam-nos que o conceito de confortar, actualmente, é compreendido como “*um processo, que não só trata desconfortos mas também fortalece o doente em ordem a mover-se em direcção ao seu*

*auto conceito de saúde e objectivos e comportamentos para a recuperação”* (Oliveira e Lopes, 2010).

Neste contexto, desenvolveram-se os ensinamentos clínicos que apresentam de uma forma resumida a identificação dos juízos clínicos e as intervenções em enfermagem, visando responder verdadeiramente às necessidades de conforto das pessoas com sintomatologia depressiva em cuidados de enfermagem, permitindo reflectir o carácter diferenciado das competências do enfermeiro especialista.

#### **4.1- Casos Avaliados**

##### **4.1.1-Caso P.**

Doente com idade aparente coincidente com a real. Casou aos 17 anos, relação que ainda mantém, sem conflitos. Pai de 2 filhos, ambos do sexo masculino de 25 e 20 anos, com os quais estabelece boas relações. Apresenta-se com aspecto cuidado em relação à higiene corporal e vestuário, veste pijama de acordo com a idade. Vígil, lúcido, orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente (sabe fornecer dados de identificação pessoal, informar onde se encontra, dia, mês e ano vigente, no momento da avaliação). O contacto com o olhar é limitado, mantém os olhos em baixo, entristecidos, frequentemente humedecidos. A sua postura na cadeira é curvada de ombros descaídos, deixando cair os braços sobre o colo. Fácies triste, humor triste. Durante a entrevista adopta uma atitude colaborante, responde às questões que lhe são colocadas, usando muito o silêncio. O discurso é composto por frases curtas, lógico e coerente. Juízo crítico sem alteração.

##### **História Actual**

O utente refere que se sentia bem e suspendeu por autonomia a medicação o que levou a um agravamento da sintomatologia depressiva. Refere que evidencia grande dificuldade em se concentrar naquilo que executa, ocorrendo a incapacidade para desempenhar as suas funções como motorista e ser responsável pela frota automóvel da Instituição onde trabalha, o mesmo ocorrendo em relação a tarefas que anteriormente lhe proporcionavam algum prazer, como a prática do atletismo. Sente o seu corpo

pesado, dorme duas horas por noite, sente-se fatigado. Fala ainda do sentimento de tristeza que sente não conseguindo relaciona-la com qualquer evento da sua vida diária. Choro fácil, falta de apetite. Sente que a vida não vale a pena ser vivida, contudo nega ideias de suicídio. Não consegue identificar, neste momento, aspectos positivos em relação a si próprio. Refere não ter vontade de estar com os amigos até mesmo com a família, isola-se em casa, mais propriamente no seu quarto.

O utente acrescenta ainda que, ultimamente, quando pensa em sair de casa ou executar qualquer tarefa, por muito simples que ela seja, sente-se muito ansioso, descrevendo essa ansiedade materializada em sintomas de dificuldade em respirar, transpiração das mãos, dificuldade em deglutir, tensão muscular, hipertensão, taquicardia com a sensação que o coração lhe vai saltar do peito e, por vezes, sensação de desmaio.

Destaca-se, ainda, o facto de o Sr. P., após o seu primeiro internamento em psiquiatria decorrido quando tinha vinte anos, não ter sido alvo de qualquer outro tipo de acompanhamento paralelamente, às consultas do psiquiatra (tratamento farmacológico).

#### Avaliação inicial (Sr. P.)

DADOS CLÍNICOS	
Dados Biográficos	
Nome:	Sr. P
Idade:	49 Anos
Género:	Masculino
Estado Civil:	Casado
Habilitações literárias:	12 ° Ano
Profissão:	Motorista
Agregado Familiar:	Vive com a esposa e o seu filho mais novo
DADOS BIO-PATOLÓGICOS	
Diagnóstico Médico:	Depressão
Medicação:	-Clomipramina 75mg – 1 comprimido às 9 horas e às 20 horas; - Clomipramina 25 mg – 1 comprimido às 13 horas; - Oxazepam 15mg – 3x ao dia; - Mirtazapina 15mg – 1comprimido à noite;

	<p>- Sinvastatina 20 mg – 1 comprimido ao jantar;                  Oxazepam 15mg- 1 comprimido em s.o.s.;                  Zolpiden 10 mg – 1 comprimido se insónia.</p>	
<i>Dados Vivenciais</i>		<i>Juízos clínicos</i>
Relação com o corpo:	<p>Apresenta aspecto cuidado em relação à higiene corporal. Veste pijama próprio de acordo com a idade e clima.</p> <p>Adopta postura flectida de ombros descaídos. Sente o seu corpo pesado, estava acostumado a treinar todos os dias, desde o Natal que não treina o que faz com que sintam o corpo um pouco “entorpecido”.</p>	<p>Embora estejam presentes cuidados com o corpo (higiene), existe um abandono no cuidado “interno” do mesmo, que é percebido pelo Sr. P. por rigidez e inércia.</p>
Relação consigo próprio:	<p>Presente o sentimento de tristeza, não conseguindo relacioná-la com qualquer evento da sua vida diária. Choro fácil, falta de apetite. Sente que a vida não vale a pena ser vivida, contudo, nega ideias de suicídio. Não consegue identificar, neste momento, aspectos positivos em relação a si próprio.</p>	<p>- Tristeza;                  -Baixa autoestima</p>
Relação com os outros:	<p>Não tem vontade de estar com os amigos, nem mesmo com a família. Isola-se em casa.                  Evita o contacto ocular.</p>	<p>- Isolamento social</p>
Relação com a Doença:	<p>Dorme duas horas por noite, sente-se fatigado.</p> <p>Quando pensa em sair de casa ou executar qualquer tarefa, por muito simples que ela seja, sente-se muito ansioso: dificuldade em respirar, mãos transpiradas, dificuldade em deglutir. Tensão muscular, hipertensão, taquicardia com a sensação que o coração lhe vai saltar do peito. Por vezes sensação de desmaio.</p> <p>Sentia-se melhor, deixou de tomar a</p>	<p>- Insónia;                  - Ansiedade</p> <p>Desconhecimento do processo de doença e gestão terapêutica.</p>

	medicação.	
--	------------	--

Planeamento da Intervenção terapêutica:

Após as sessões destinadas à avaliação diagnóstica onde se identificaram as queixas principais, explicação e crítica relativamente ao problema e expectativas do Sr. P. face ao tratamento, procedeu-se à identificação dos juízos clínicos e planeamento das intervenções terapêuticas:

- Oito Sessões, aplicadas segundo o exposto no ponto anterior:
- Relação de Ajuda;
- Psicoeducação : informação sobre a sintomatologia sentida e gestão terapêutica.
- Técnicas de Relaxamento:
- Técnica de Respiração Simples;
- Técnica de Imaginação Conduzida (com o auxílio de música clássica e utilização de temas de interesse do Sr. P., por exemplo as provas de atletismo).

Avaliação final (Sr. P.)

Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Dorme bem, voltou a ter apetite. Voltou a praticar exercício físico. Sensação de relaxamento no corpo.	-Sono restabelecido; - Retoma o hábito do exercício físico;
Relação consigo próprio:	Sente-se mais confiante, motivado para trabalhar, sente que é capaz de gerir a sua vida.	-Motivação; -Autoconfiança.
Relação com os outros:	Sente vontade de conviver, participa nas lides domésticas; há muito tempo que não conseguia ir visitar o filho que vive em Lisboa, fê-lo agora, sentiu-se muito bem. Mantem o contacto ocular.	- Mantem interacção com os outros.
Relação com a Doença	-Adquiriu conhecimentos em relação à sintomatologia depressiva; valoriza o guia	

	<p>terapêutico da medicação e ainda outras formas de controlar essa sintomatologia, como são as práticas de técnicas de relaxamento, como o exercício físico.</p> <p>A sintomatologia que sentia no início do internamento melhorou significativamente, o que lhe proporciona um bem-estar. Sensação actual de conforto.</p>	<p>-Adquiriu conhecimentos de forma a reduzir as recaídas.</p> <p>-Redução da sintomatologia</p>
--	--	--

### Reflexão do processo de intervenção

No seguimento do Sr. P, quer a avaliação, quer como o processo de intervenção tornaram-se importantes para o desenvolvimento de experiências de aprendizagem. Ao nível da avaliação inicial, esta processou-se com dificuldade, em parte devido à sua lentificação cognitiva e motora, mas também ao tipo de comunicação.

A minha intuição emergiu, predominantemente, como um sentimento mas também foi sedimentada pelo processo de raciocínio da análise dos depoimentos e pela observação que ia fazendo no decurso do processo terapêutico ao Sr. P.. Ponderei centralizar a minha actuação no desenvolvimento da minha capacidade de escuta, em compreender os silêncios, na aceitação, no respeito caloroso, na empatia, em suma, trabalhar no sentido de ajudar o Sr. P. a aliviar o sofrimento e a angústia que vinha a sentir.

O facto de sentir “*o corpo pesado, entorpecido*” emergia a necessidade de tranquilidade, onde técnicas de relaxamento (respiração simples, imaginação conduzida com o auxílio de música clássica), surgiam como forma de lhe facultar sensações de relaxamento como já experienciara através da prática do atletismo e, ao mesmo tempo, proporcionavam-lhe conhecimento de novas formas de controlar a sua ansiedade, “*empoderando-o*” de estratégias que o ajudavam a colmatar a necessidade de se autocontrolar.

Desta forma, à medida que o processo decorria, eram avaliadas e identificadas novas necessidades com a introdução de Intervenções, como foi o caso da psicoeducação, técnica usada para transmitir a informação necessária acerca da importância da gestão da medicação prescrita, realçando os seus efeitos positivos.

Realçou-se que os medicamentos não devem ser interrompidos mesmo quando o utente se sente bem, facto ocorrido anteriormente.

Ao longo do processo de intervenção, verifiquei que este planeamento foi ao encontro das necessidades do doente, isto porque, se por um lado respeitei o Sr. P. como pessoa e a sua vontade/dificuldade de não falar, por outro lado ofereci-lhe outra forma de alívio do seu sofrimento através de experiências novas que o levaram, à medida que o processo decorria, a sentir o seu corpo mais relaxado, a falar sobre si colocando as dúvidas que lhe surgiam e por último, renascendo uma pessoa comunicativa.

Neste processo, confesso que, inicialmente, senti algum receio em relação à sua continuidade, visto que o Sr. P. ao nível da expressão verbal não era muito consistente na auto-avaliação efectuada no final das sessões, referindo apenas que tinha gostado, não conseguindo objectivar “o porquê” de ter gostado. Todavia, esta inquietude veio a desvanecer-se, em parte pela minha observação de como o Sr. P. vinha a envolver-se no processo e a mostrar nítida melhoria no seu estado de saúde (na sua comunicação verbal e não-verbal, no sucesso interactivo com os outros doentes e no reencontro de aspectos positivos na sua vida). Numa fase final, era o próprio utente que me questionava e se antecipava a perguntar qual o próximo dia da sessão, a sua linguagem verbal e não-verbal tinham vindo a adquirir concordância, o discurso tornara-se espontâneo e fluente, os silêncios agora existentes emergiam no sentido de entender o que lhe era transmitido, ao contrário do seu silêncio inicial que transmitia uma certa vergonha de verbalizar o seu sentir.

Na sua avaliação final, o utente refere que através deste processo conseguiu entender melhor a sua doença e os sintomas que ela lhe provoca, compreendeu a importância do uso da medicação e a sua gestão, verificando-se uma clara mudança de atitude e crença em relação ao tratamento farmacológico. Autoconfiante, motivado e bem, confortado, realçava as técnicas de relaxamento como o meio de adquirir a forma diferente de olhar o seu mundo.

Como Enfermeira, o facto de cuidar do Sr. P. deu-me oportunidade de testar os meus saberes, (saber, saber-fazer, saber- ser e saber-estar). A esse respeito, julgo que o facto de o Sr. P. ter dificuldade em se expor deu-me a oportunidade de descobrir em mim, por um lado o receio de lidar com o silêncio e, por outro, a forma de o debelar. O que ressalta, essencialmente, neste processo foi o desenvolvimento do saber estar: a escuta (entender o silêncio), o toque e a presença, foram as habilidades mais usadas no início deste processo, considerando que através delas consegui criar a confiança do Sr.

P. para que não desistisse de si próprio e a estar presente nas sessões marcadas mesmo após a sua alta.

#### 4.1.2- Caso B

Idade real coincidente com a aparente. Caucasiana. Apresenta-se com aspecto cuidado, higiene cuidada, cabelo alinhado, veste adequada à idade, roupa limpa e alinhada.

Apresenta-se vígil, lúcida, orientada no tempo, espaço, auto e alo psiquicamente (fornece dados de identificação pessoal, o dia, mês e ano vigente, no momento da avaliação). Apresenta uma atitude colaborante, atenta, tom de voz baixo, humor triste, concordante com a sua postura de ombros descaídos e desvitalizada, fâcies triste, expressando um olhar baixo. Por vezes, mantém contacto visual, sem luminosidade, labilidade emocional. Chora quando se fala na neta, o motivo da sua preocupação. O discurso é circunstancial, cingindo-se aos problemas da neta. Quanto à fluidez, o discurso é interrompido frequentemente por uma inspiração profunda, ficando ofegante, traduzindo o seu estado de ansiedade.

Casada há 40 anos, relação conflituosa, mãe de dois filhos (ambos os sexos), com os quais mantém relações conflituosas.

Há três anos, teve o seu primeiro internamento psiquiátrico (Canaviais), por tentativa de suicídio. Conta que nessa altura tinha a seu cargo o seu pai que era alcoólico, diabético e com problemas cardíacos, o que lhe dava bastantes preocupações. Acrescentou alguns conflitos conjugais, o marido maltratava-a psicologicamente, chamava-a de “*gorda*”, não a ajudava em relação ao pai, “*foram uns anos difíceis*” (sic.). A ideia de se suicidar era permanente. Um dia foi para o quarto e tomou comprimidos.

Após o internamento, foi seguida pelo Enfermeiro Caldeira nos Canaviais, frequentou a Terapia Ocupacional. Melhorou.

#### História Actual

Os conflitos com os filhos, o marido pouco comunicativo, as poucas amigas ocupadas nos seus trabalhos, fazem-na sentir-se desamparada. Com dificuldade em adormecer, sente-se fatigada, triste, diminuição da motivação para as tarefas caseiras, dificuldade na concentração, sente uma agitação interior que lhe prende a voz (fala tipo



soluçando). Apesar de ter consultado o seu psiquiatra e ter experimentado variada medicação, a sua sintomatologia agravou.

Avaliação inicial (D. B.)

DADOS CLÍNICOS		
Dados Biográficos		
Nome:	D. B.	
Idade:	56 Anos	
Género:	Feminino	
Estado Civil:	Casada	
Habilitações literárias:	4ª Classe	
Profissão:	Reformada	
Agregado Familiar:	Vive com o marido	
DADOS BIO-PATOLÓGICOS		
Diagnóstico Médico:	Depressão	
Medicação:	Duloxetina 60mg ao pequeno-almoço; Lorazepan 1mg 4 vezes ao dia; Zolpiden 10mg ao deitar; Esomeprazole 20mg ao pequeno-almoço; Cloridrato de Raloxifeno 60mg ao almoço; Nortriptilina 25mg ao pequeno-almoço, jantar e deitar; Trazadona AC 150mg ao deitar.	
Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Apresenta-se com higiene e vestuário cuidado e adequado. Adota postura flectida, ombros caídos. Sente uma agitação interior que lhe prende a voz (ofegante), que a fatiga. Considera que tem peso a mais.	- Ansiedade; - Insatisfação com a imagem corporal;
Relação consigo próprio:	Sente-se triste, só, faz um auto-avaliação severa de si.	- Tristeza; - Baixa auto estima
Relação com os outros:	Tem poucos amigos, relações conflituosas com o marido e com os filhos. Neste momento, sente-se melhor sozinha. Discurso circunstancial. Dificuldade em manter o contacto ocular.	- Isolamento social; - Dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais
Relação com a Doença:	Tem dificuldade em adormecer, acorda fatigada,	- Insónia;

	sem vontade de realizar as tarefas domésticas, não consegue ver o lado positivo da vida. Nega ideação suicida. Dificuldade de concentração.	- Humor triste; -Falta de concentração.
--	---	--

*Planeamento da Intervenção terapêutica*

Efectuada a avaliação diagnóstica, identificaram-se as queixas principais, explicação e crítica relativamente ao problema e expectativas da D.B. face ao tratamento, procedeu-se à identificação dos juízos clínicos e planeamento das intervenções terapêuticas:

- Dez sessões, aplicadas segundo o exposto no ponto anterior:
- Relação de Ajuda;
- Psicoeducação : Alimentação, exercício físico.
- Técnicas de Relaxamento: Técnica de Respiração Simples.

Avaliação Final (D. B.)

DADOS CLÍNICOS		
Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Aspecto cuidado e adequado (higiene e vestuário). Perda de 1 kg, no entanto continua a sentir-se com peso a mais. A agitação interior é menor, mas ainda perturbadora. Mantem a voz ofegante. As caminhadas que faz todos os dias têm ajudado a sentir o seu corpo mais relaxado.	- Ansiedade;  - Insatisfação com a imagem corporal;
Relação consigo próprio:	Consegue enumerar alguns aspectos positivos em relação a si, (coragem, força de vontade). Eutímica.	- Tristeza diminuída; -Melhoria do estado de humor.
Relação com os outros:	Sente vontade de conviver, visitou as suas amigas. Sai todos os dias com o marido. Os conflitos relacionais com a filha mantêm-se mas com o filho melhoraram.	- Restabeleceu relações sociais; -Melhoria das relações familiares.
Relação com a Doença:	Dorme melhor. 7 Horas por noite. Sono reparador. Realiza as tarefas de casa com satisfação. Melhorou	-Melhoria cognitiva;

	a concentração.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Melhoria na</li> <li>volição.</li> </ul>
--	-----------------	--

*Reflexão do processo de intervenção*

Da análise do conteúdo da entrevista de diagnóstico e das observações, houve a tentativa de identificar nas comunicações verbais e não-verbais, as informações sobre as suas necessidades de ajuda. Foi possível determinar os Juízos clínicos de enfermagem e estabelecer propostas de intervenções terapêuticas de enfermagem neste processo de ajuda terapêutica. A intervenção terapêutica com a D. B. teve a intencionalidade primária de restabelecer uma relação terapêutica de confiança, que facilitasse a expressão das suas emoções e dos seus sentimentos e que servisse de suporte à sua evolução. Os juízos clínicos foram redefinidos e abriram-se novas deliberações, como a introdução de técnicas de relaxamento como forma de diminuir a sua ansiedade, que se projectava na sua voz. A continuidade do processo de intervenção provinha sempre do facto de estar atenta às manifestações da expressão das suas necessidades, sendo assim que surgiu a psicoeducação com conteúdos sobre alimentação e a importância do exercício físico no controlo do peso.

A D. B. adquiriu o hábito de ir ao café com o marido, não ficando sozinha em casa, assim como de efectuar caminhadas todos os dias. Em paralelo, realizava diariamente exercícios respiratórios para controlar a sua ansiedade.

Como Enfermeira, a minha intervenção foi no sentido de proporcionar à utente suporte no sentido de diminuir a sua solidão, ensinar-lhe formas de controlar a sua ansiedade, ajudá-la a reencontrar a confiança em si-mesmo e no tratamento.

De referir que a D.B. esteve presente em todas as sessões agendadas, mesmo após a sua alta.

#### 4.1.3- Caso C

Utente com idade aparente coincidente com a real. Mãe de 2 filhos, (rapaz de 15 Anos e rapariga de 21 Anos) do primeiro matrimónio. Apresenta-se com aspecto cuidado em relação à higiene corporal. Veste de acordo com a idade, roupa limpa, alinhada, de cor preta. Apresenta-se vígil, lúcida, orientada no tempo, espaço, auto e alo psicicamente. O contacto com o olhar é limitado, mantém os olhos em baixo, entristecidos. Fácies triste, humor deprimido, as lágrimas surgem frequentemente. Apresenta baixa energia vital, que se reflecte na volição em relação às tarefas domésticas e ao trabalho. É de um modo geral colaborante na entrevista. O discurso é espontâneo, claro, lógico e coerente. Juízo crítico alterado como evidencia a ideação suicida, “*vontade de morrer*”(sic).

Refere ter boa relação com o marido. A morte do pai fez com que aproximasse mais da mãe, tem boa relação com os irmãos, que sempre estiveram dispostos a ajudá-la. Mantém boa relação com a filha, mas com o filho a relação é conflituosa. Tem poucos amigos.

História de 2 internamentos em psiquiatria. Tentativa de suicídio (queda de varanda de 3º andar, o que lhe provocou várias fracturas a nível da coluna vertebral). Submetida a cirurgia da coluna vertebral por fractura de várias vértebras ao longo de toda a coluna. Ingestão abusiva de álcool relacionada com crises de ansiedade. Seguida na psiquiatria em regime de consulta particular.

#### História Actual

A morte súbita do pai, a 20 de Janeiro de 2011, com o qual mantinha uma relação forte, deixou-a muito triste, com “*vontade de morrer*”. Paralelamente, aguardar a ida a tribunal para decidir acerca da guarda paternal do filho, fazia com que andasse angustiada, não conseguia adormecer sem tomar medicação, acordava fatigada. Sensação de fracasso enquanto mãe, sensação de mal-estar na companhia dos outros, mesmo com o marido. Refugiava-se em casa, mais concretamente na sua cama; ausência vontade para trabalhar e desempenhar as tarefas domésticas. Sente-se fatigada. Agravando toda esta situação, foi o tomar conhecimento que o filho saía quase todas as noites com a sua carrinha. Menor e sem carta de condução fugiu a uma brigada de trânsito, aguardava agora ir a tribunal. Sentia agora mais intensamente a “*vontade de*

*morror*” e *“vontade de beber álcool”* (sic). Teme o futuro. Influenciada pelo marido e pela mãe pede ajuda ao psiquiatra para a internar.

Avaliação inicial (D.C.)

DADOS CLÍNICOS		
Dados Biográficos		
Nome:	C.	
Idade:	43 Anos	
Género:	Feminino	
Estado Civil:	Casada	
Habilitações literárias:	11º Ano	
Profissão:	Correeira (próteses ortopédicas)	
Agregado Familiar:	Vive com o marido /alguns fins-de-semana também com o filho	
DADOS BIO-PATOLÓGICOS		
Diagnóstico Médico:	Depressão, abuso de álcool e Ideação Suicida	
Medicação:	- Mianserina 30mg – 1 à noite - Duloxetina 60mg – 1 ao peq. almoço - Diazepan 5mg – 3x ao dia - Flurazepan 30mg – 1 à noite - Nortriptilina 25mg – 2 x ao dia, jantar e noite	
Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Apresenta aspecto cuidado em relação à higiene corporal e vestuário. Adopta postura de ombros descaídos. Fácies triste.	- Tristeza
Relação consigo próprio:	Sente-se angustiada e triste, que relaciona com as perdas (morte recente do pai) e dilemas diários. Apresenta choro fácil. Humor triste. Dificuldade em lidar com as contrariedades diárias, que a levam a procurar o álcool. Sente que falhou no seu papel de mãe.	- Tristeza; - Ansiedade; - Baixa auto estima - Insatisfação com a imagem corporal;
Relação com os outros:	Poucos amigos. Não se sente bem na companhia dos outros, refugia-se em casa. Dificuldade em manter o contacto ocular.	- Isolamento social;
Relação com a Doença:	Dificuldade em adormecer. Sente-se fatigada, dificuldade em desempenhar as tarefas domésticas e para trabalhar. Sente <i>“vontade de morrer”</i> (sic.)	- Insónia inicial; - Inércia. - Ideação suicida presente.

Planeamento da Intervenção terapêutica:

Após a avaliação diagnóstica, com o objectivo de se identificarem as necessidades de ajuda, procedeu-se à identificação dos juízos clínicos e planeamento das seguintes intervenções terapêuticas:

- Doze sessões, aplicadas segundo o exposto no ponto anterior:
- Relação de Ajuda;
- Psicoeducação : Comunicação assertiva; Processo de doença.
- Técnica de resolução de problemas;
- Técnicas de Relaxamento:
  - Técnica de Respiração Simples;
  - Técnica de Imaginação Conduzida (com o auxílio de música clássica e imagens de praias, tendo em conta a preferência da utente).

Avaliação Final (D. C.)

Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Apresenta aspecto cuidado em relação à higiene corporal e vestuário. Adopta uma postura mais erecta. Retomou o peso que não prejudica a sua coluna, sentindo-se melhor.	- Melhoria da sua postura.
Relação consigo próprio:	Sente-se bem consigo própria. Voltou a ter vontade de cuidar a sua imagem, de tratar dos dentes, de mudar o penteado.	- Vontade de cuidar de si
Relação com os outros:	Tem-se encontrado com uma amiga para tomar café e fazer as caminhadas, deixou de fazer a hidrogenástica porque estava a provocar-lhe dores, mas quer pedir a opinião do seu neurocirurgião sobre se deve ou não continuar com este método. As relações familiares continuam a ter por vezes alguns conflitos, embora pontuais.	- Restabeleceu relações sociais; -Alguma melhoria na dinâmica familiar.
Relação com a Doença:	Dorme bem. <i>“as pessoas às vezes não se lembram que estou doente e falam comigo de uma maneira que me magoam”</i> (sic).	- Vê a doença como meio de atingir um fim.

*Reflexão do processo de intervenção*

Ao longo da vida, a D. C. experienciou processos de transição que a marcaram de uma forma muito negativa, para os quais tem dificuldade em encontrar solução. Sente-se perdida, sem esperança e coragem para avançar, envolvida num redemoinho de sentimentos negativos sobre si própria e sobre a vida - auto-desvalorização, sentimento de frustração no desempenho do seu papel como mãe, tendo entrado numa verdadeira situação de crise, desejando “*morrer*”.

Segundo Phaneuf (2005:411) “ (...) *a linguagem interior da pessoa manifesta-se no seu discurso, por palavras negativas a seu respeito e por múltiplas distorções cognitivas e crenças falsas (...) elas consideram-se sem valor que desejam desaparecer*”.

Assim sendo, e de acordo com estas premissas no decorrer do processo de intervenção, procurei desenvolver a técnica de relação de ajuda marcada pelo respeito, compreensão, autenticidade, confiança, consideração positiva e esperança, bem uma atitude de escuta activa e de empatia, de forma a conseguir ajudar a D. C. a adquirir coragem de olhar para o seu interior e reconhecer os seus aspectos negativos bem como os positivos, a compreender-se a si própria e aos que a rodeiam.

Procurei, em cada sessão, estar presente, escutá-la, mostrar-lhe o quanto ela era uma pessoa importante e única e que possuía todas as capacidades para dar resposta ao seu problema de saúde, bem como o prazer que me davam os momentos que passávamos juntas e o quanto eu desejava ajudá-la a valorizar-se mais como pessoa, a adquirir autoconfiança, a identificar e registar as interpretações negativas das experiências vividas e a avaliar os seus pensamentos de forma objectiva, de modo a desenvolver novas formas de pensar sobre si mesma, sobre a vida e sobre o mundo que a rodeava. Ao longo de todo o processo terapêutico, senti que existiram momentos em que conseguia que a D. C. expressasse e sentisse um desejo de seguir em frente, contudo logo surgiam outros em que manifestava somente o desejo morrer, sendo este um sentimento constante quando se deparava com algumas contrariedades diárias.

Assim foram introduzidas as técnicas de relaxamento simples, psicoeducação acerca do seu processo de doença e a comunicação assertiva, sendo esta como forma de ajudar a melhorar o seu relacionamento com o filho e encontrar aspectos positivos no seu papel como mãe.

A introdução da técnica de resolução de problemas surgiu como uma orientação positiva para a D. C. enfrentar os seus problemas, técnica essa que a doente demonstrou utilizar em algumas situações como foi o caso da decisão de intervenção cirúrgica para remoção de material de osteossíntese e no dilema que vinha a sentir acerca de “*começar a trabalhar ou pedir a reforma*”. Neste caso, utilizando a técnica de resolução de problemas, chegou à conclusão que seria mais vantajoso, para ela, retomar o trabalho, facto que se revelou muito vantajoso, pois experienciou sentimentos positivos, sentiu acolhimento por parte das colegas, o que a fez evoluir favoravelmente no sentido emocional.

Sinto que todo o trabalho desenvolvido com a D. C. foi um desafio que me permitiu desenvolver capacidades, tais como o saber lidar com a frustração, que se manifestou em virtude de não ter conseguido ajudar a D.C. a manter um estado de equilíbrio emocional que ajudasse a lidar de uma forma mais racional com as vicissitudes diárias.

Salienta-se que a D.C. esteve presente em todas as sessões marcadas, mesmo após a sua alta.

#### 4.1.4- Caso R

Idade aparente inferior à real. Caucasiana. Apresenta-se com aspecto cuidado, higiene cuidada, cabelo alinhado, veste pijama (próprio), adequado à idade, limpo e alinhado. Emagrecida. Apresenta-se vígil, lúcida, orientada no tempo, espaço, auto e alo psiquicamente. Adopta uma atitude colaborante, atenta, tom de voz baixo mas harmonioso, humor triste, congruente com a sua postura de ombros descaídos e desvitalizada, fâcies triste, expressando um olhar baixo. Por vezes, mantém contacto visual. Presente também uma labilidade emocional. O discurso é circunstancial, reportando-se às tentativas de violação por parte do pai e do seu irmão mais velho. Juízo crítico alterado, como prova a presença de ideação suicida. Verbaliza “*vontade de morrer*”.

De salientar neste caso que a D. R. é a terceira e única mulher de uma fratria de cinco irmãos. Descreve a sua infância numa palavra. Violência.

Aos 14 anos, o pai e o irmão mais velho tentaram viola-la. Aos 18 anos pôs em prática uma tentativa de suicídio- intoxicação medicamentosa. Aos 20 anos, ela e namorado decidem ter um filho. Engravidada, juntam-se e vão viver na casa dos seus pais.



Mantem relações conflituosas com a mãe, o pai e o irmão mais velho. Mantem, contudo boas relações com o marido, o irmão mais novo e com os sogros.

### História Actual

Neste momento encontra-se desempregada. Os conflitos familiares, principalmente com os progenitores e o seu irmão mais velho, são uma realidade. Sente uma agitação interior, não conseguindo dormir.

Existe uma intenção suicida com plano e meios ao seu alcance. Manifestou vontade em cortar os pulsos, referindo estar farta da sua vida por se sentir desacreditada.

### Avaliação inicial (D.R.)

DADOS CLÍNICOS		
Dados Biográficos		
Nome:	R.	
Idade:	25 Anos	
Género:	Feminino	
Estado Civil:	Casada	
Habilitações literárias:	12º Ano	
Profissão:	Desempregada	
Agregado Familiar:	Vive com o marido e filho de 4 anos	
DADOS BIO-PATOLÓGICOS		
Diagnóstico Médico:	Depressão Major e ideação suicida	
Medicação:	Duloxetina 60mg - 1 comprimido manhã; Oxazepan 15mg – 4 vezes ao dia; Esomeprazole 20mg – ao jantar; Mirtazapina 15 mg – ao deitar; Zolpiden 10mg – s. o. s. (ansiedade); Budesonida inalado – 1 puf 2 vezes por dia; Salbutamol inalador – 2 pufs s. o. s.	
Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Apresenta aspecto cuidado na higiene e vestuário, veste pijama próprio, adequado á sua idade. Adopta postura flectida, ombros descaídos. Falta de apetite, emagrecida.	- Insatisfação com a imagem corporal;
Relação consigo próprio:	Sente-se angustiada, com agitação interior. Triste.	-Tristeza;

	Choro fácil. “Quando falo nunca tenho razão” (sic.).	- Baixa auto estima - Ansiedade.
Relação com os outros:	Poucos amigos. Fica sozinha em casa enquanto o marido vai trabalhar. Conflitos familiares com os progenitores e o irmão mais velho.	- Isolamento social;
Relação com a Doença:	Não consegue dormir. “Sinto uma incapacidade total para tratar da casa”(sic). Falta de concentração. Discurso circunstancial, ruminativo (as tentativas de violação e a falta de apoio por parte da mãe). Verbaliza “vontade de morrer”, apresenta como meio o corte dos pulsos.	- Insónia; - Inércia. - Ideação suicida presente, com plano.

### *Planeamento da Intervenção terapêutica*

Perante as queixas, explicações e críticas relativamente ao problema e expectativas da doente relativamente ao seu tratamento, identificadas nas sessões destinadas à avaliação diagnóstica, realiza-se o planeamento de um processo de intervenção em Enfermagem tendo em conta os juízos clínicos encontrados:

- Sete sessões, aplicadas segundo o exposto no ponto anterior:
- Relação de Ajuda;
- Psicoeducação : informação sobre comunicação assertiva como forma de ajudar a D. R. a adquirir autoconfiança, autocontrolo.
- Técnicas de Relaxamento:
  - Técnica de Respiração Simples;
  - Técnica de Imaginação Conduzida (com o auxílio de música clássica e utilização de pessoas significativas).

### *Avaliação Final (D.R.)*

Dados Vivenciais		Juízos clínicos
Relação com o corpo:	Apresenta-se com aspecto cuidado em relação à higiene e vestuário. Refere que foi necessário comprar roupa porque engordou. Agrado em	- Aceitação da imagem corporal.

	relação à sua nova imagem.	
Relação consigo próprio:	Sente-se mais calma, consegue enumerar aspectos positivos em relação a si, já consegue verbalizar calmamente os seus pensamentos.	- Mais assertiva; - Melhoria da auto estima
Relação com os outros:	Sai com o marido e o filho, tem convivido com os colegas do marido. Tem acompanhado o filho às consultas de ortopedia (pequena cirurgia ao pé).	- Restabeleceu relações sociais;
Relação com a Doença:	Dorme bem, sente que pelo facto de ter partilhado o seu passado ao marido a faz andar mais tranquila. Ele tem sido uma ajuda favorável em relação aos conflitos com os progenitores e com irmão mais velho, mantendo, contudo, uma relação de afastamento. Sem presença de ideação suicida.	-Melhoria das relações familiares; - Sem ideação suicida.

### *Reflexão do processo de intervenção*

A D. R. sentia uma grande necessidade de ser “*escutada*”, o seu discurso era circunstancial focado na relação conflituosa que estabelecia com a mãe, pai e irmão mais velho. Sentia, também, uma necessidade de partilhar o seu sofrimento, de falar acerca das tentativas de violação que sofreu na sua adolescência, por parte do pai e do seu irmão mais velho, de revelar a posição de negação por parte da mãe e por último (*senão o primeiro*), o medo de o marido não a aceitar quando partilhasse os factos ocorridos.

Neste contexto, utilizei as habilidades que estão inerentes à técnica de relação de ajuda, como a escuta, a presença, centrando-me nas suas dificuldades/necessidades e preocupações, a reformulação que me permitiram extrair do conteúdo comunicado os sentimentos inerentes às suas palavras, validando com a D.R. a compreensão da mensagem transmitida.

No entanto, apesar de existir por parte da D. R. um enorme desejo em esquecer o passado, há dentro de si sentimentos muito negativos que a atormentam, tais como a culpa a vergonha, bem como a desvalorização do seu ser como pessoa. Sequeira (2006:165) refere que “ *Ao perdoar o passado, o ser humano tem necessidade de aprender a desprender-se (...) do sentimento de culpa, de auto- acusação e de vergonha (...)*”.

Reforcei que o passado é imutável e inalterável sendo que a única coisa que se pode fazer é aceita-lo e seguir em frente, viver o presente, um dia de cada vez, pois o futuro não existe, isto porque quando o estamos a viver transforma-se em presente. Incentivei-a acreditar na felicidade ao lado do seu marido e filho.

A importância da inclusão em primeiro lugar da técnica de relação de ajuda como meio de acolhimento da doente, vem ao encontro do que refere “Phaneuf (2005:324) *“uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade, no decurso de uma prova”*.

Ao referir que eram muitas as vezes que pensava que o melhor era acabar com a vida, *“morrer mesmo”* (sic.), sendo que ultimamente esses pensamentos eram frequentes e planeados, *“cortar os pulsos”*(sic), surge a imaginação conduzida com o auxílio de música clássica, como intervenção terapêutica de enfermagem que pode ser desenvolvida. A imaginação é o que dá significado à experiência sensorial. As várias teorias reconhecem que a imaginação conduzida tem um papel importante na memória, na motivação, no raciocínio óculo-espacial e no pensamento criativo, bem como em todos os processos de pensamento (Thomas, 1997). Esta pode auxiliar a pessoa a descentrar-se do desenvolvimento dos sintomas, levando a mudanças de atitude e de comportamentos que favorecem a recuperação (Rossman,2000; Samuels, 2003).

Ao verificar que a ideação suicida estava frequentemente presente nos últimos tempos, o facto de colocar a D. R. numa situação de imaginação em que ela pudesse experienciar a vivência das duas pessoas que lhe são mais significativas numa forma de continuidade de vida após a sua partida seria uma forma de a fazer reflectir e concluir que não seria esse o melhor caminho a seguir e, assim, dar-lhe forças para contrariar esses impulsos que sentia para se auto mutilar.

Neste processo, convida-se a utente a fechar os olhos, a respirar calmante ...e tentar ver o filho,... o marido na sua casa, como se já tivesse partido. O marido brinca com o seu filho na sala da sua casa.... Refere que consegue visualizar... então, agora ouve uma voz que chama o seu marido e o seu filho para se irem sentar á mesa, pois o almoço está na mesa,... não conhece essa voz... mas vê que é uma mulher que está no seu lugar. O que sente?... Não gostaria de estar no lugar dessa mulher?... sim, é a sua resposta... Então, por não aproveitar esta oportunidade de se tratar?

Verifica-se o impacto que se traçou no início resultou. A D. R. não gostou do que viu, fê-la pensar que não queria outra pessoa a tratar do filho e do marido e que o lugar

dela seria ao lado deles. É aconselhada a pensar no filho assim que surjam esses pensamentos, acata a ideia de bom grado, afirma que se irá esforçar para desviar o seu pensamento para o filho e para o marido. Mais uma vez, surge a ocasião de testar os meus saberes, acerca do uso de intervenções terapêuticas, de os ampliar e fortalecer, factos que transformaram a minha segurança nos cuidados que desenvolvo.

Para a D. R. o facto de experienciar estas intervenções de enfermagem ajudaram-na a reflectir sobre a sua vida de forma diferente e a saber olhar, também, para os seus aspectos positivos. Sente-se mais calma e o facto de ter adquirido algum peso permite uma sensação de bem-estar com o seu corpo. Começou a procurar trabalho.

Em forma de síntese, apraz dizer que a relação terapêutica estabelecida, ancorada na confiança confirmada pela sua presença nas sessões após a alta e a utilização das técnicas (técnica de relação de ajuda, relaxamento e psicoeducação) traduziram-se num conjunto de habilidades que ajudaram D.R. a vivenciar o seu estado de desconforto de uma forma diferente e alterar comportamentos que serviram para caminhar em direcção à sua recuperação.

## 5- CONCLUSÃO

Durante todo o processo terapêutico, esteve sempre presente a minha vontade de aprender a gerir os recursos pessoais e profissionais com o objectivo de os aplicar da melhor forma possível. O estar atenta às dificuldades pessoais de forma a verificar o efeito destas na relação e o desenvolvimento de um conjunto de *atitudes*, tais como a empatia, o respeito, a autenticidade e a compreensão, *habilidades* como a comunicação (verbal e não verbal) e *o modo de contacto* (estar atenta ao modo como utilizava os sentidos, os gestos, as palavras), foram aprendizagens que viabilizaram um clima imprescindível na procura de respostas à gestão de dificuldades e/ou problemas ou à elaboração de estratégias que promovessem uma relação marcada pelo respeito, compreensão empática, confiança mútua, compaixão e esperança, proporcionando a Relação Terapêutica. Esta é perceptível pela presença das pessoas nas sessões, mesmo após a alta.

A construção destes saberes advém de um processo de reflexão sobre as minhas atitudes, a minha postura, acções e reacções numa observação contínua das minhas qualidades pessoais e profissionais, contribuindo desta forma para desenvolver o meu autoconhecimento e sobretudo para o meu enriquecimento profissional.

O atendimento das pessoas com sintomatologia depressiva sempre foi um grande desafio. Acredito, pois, que através dos elementos que foram expostos neste trabalho, consegui apresentar desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica, pois a utilização de técnicas como a Relação de Ajuda, Relaxamento (imaginação conduzida, da técnica da respiração simples) e a técnica de resolução de problemas, proporcionaram-me o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e ajudaram-me a aliviar o sofrimento das pessoas com sintomatologia depressiva, neste meu ensino clínico. Como nos diz Apóstolo (2010:170) referenciando Lindholm & Eriksson (1993) “aliviar o sofrimento não significa anulá-lo, porque ele é uma condição ontológica do ser humano. A nossa intervenção deverá estar direccionada para ajudar a pessoa a aliviar o seu desconforto e atingir um estado de tranquilidade, para poder transcender-se, para ser capaz de aprender a sofrer e assim possa enfrentar as desventuras da vida e superar o seu vazio existencial”.

Diz-nos Cerdeira (2008), “*O homem não existe sozinho no mundo, sendo com os outros que a sua liberdade e responsabilidade se afirmam e adquirem significado. A pessoa é um ser inacabado realizando-se no encontro com o outro*”. Ser enfermeiro especialista é ter uma visão abrangente de novos caminhos e novas mudanças que possamos percorrer juntos com a restante equipa, para ser o início de processos significativos na busca de construção de um cuidado mais humano.

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ali, U. e Hasan, S. (2010). The Effectiveness of Relaxation Therapy in the Reduction of Anxiety Related Symptoms (A Case Study). *Rev. Internacional de Estudos Psicológicos*. Vol. 2, Nº. 2; Dezembro.

Anuário Estatístico de Portugal 2010; © INE, I.P., Lisboa • Portugal

Apóstolo, J. (2010). O conforto das imagens mentais na Depressão, Ansiedade e Stresse. Editora: Imprensa da Universidade de Coimbra / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0036-9

Caryl F., Badger T., Gunter, A., Marrs, J. e Reese, J. (2006). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression. *Rev. Clínica de Enfermagem em Oncologia*. Vol. 12, Número 1.

Cerdeira A. (2008). Informação e consentimento Ordem dos Enfermeiros N.º 29 | Maio, ISSN 1646-2629.

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica. Vol. 1, Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

Hesbeen, W. (1998) – Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20.

Jorm A., Morgan A., Hetrick S. (2009). Relaxation for depression (Review). The Cochrane Collaboration. New Jersey Publicado: John Wiley & Sons, Ltd.



Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2

Lopes, M. J. (2006) – *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde. ISBN: 972-8485-6-x.

Maia, L., Correia C. e Leite R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica, Estudos de Casos e Instrumentos*. Lisboa. Lidel. ISBN: 978-972-757-522-0.

Mei-Feng L., Mei-Chi H., Hsiu-Ju C., Yu-Yun H., Mei-Hsien C. e Paul C. (2009). Pivotal moments and changes in the Bonny Method of Guided Imagery and Music for patients with depression. Publicações: Blackwell Ltd, *Rev. Enfermagem Clínica*, vol.19, 1139 –1148.

Mendes, J. (2006); *A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem*, ano XII – Porto. *Rev: INFORMAR N.º 36*, Janeiro / Junho.

Mello, M., Boscolo R., Esteves A. e Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Rev. Bras Med Esporte* \_ Vol. 11, Nº 3 – Mai. /Jun.

Ministério da Saúde Português. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)*. Lisboa. Alto Comissariado da Saúde.

Ministério da Saúde Português. (2009). *Plano Nacional de Saúde (2011-2016)*. Lisboa. Alto Comissariado da Saúde.

Ministério da Saúde Português. (2008). *Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária. “Estratégias de Recuperação” (Cuidados Integrados e Recuperação)*. Lisboa Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Oliveira, C. e Lopes, M. (2010). *Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto*. *Rev: Pensar Enfermagem; Número: 1, Vol. 14, 1º Semestre*.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures. Lusociência, ISBN:972-8383-84-3.

Rossman, M. (2000). Guided imagery for sel-healing. An essential resource for anyone seeking wellness. New World. ISBN: 0-915811-88-X.

Samuels, M. (2003). Healing with the mind's eye. How to use guided imagery and visions to heal body, mind and spirit. New Jersey: John Wiley & Sons. ISBN: 9780471459088

Santos, A. (2010). Estudo da relação das diferenças de género nas cognições antecipatórias, estratégias de coping e depressão em adultos. ReCil- Repositório Científico da Universidade Lusófona.

Serrano, M. (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. Tese Doutoramento- Universidade de Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.

Sequeira, C. (2006). Introdução à Prática Clínica: Do diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-083-5.

Thomas, N. (1997). Mental imagery. A enciclopédia de Stanford da filosofia, E.N. Zalta Stanford, Stanford University. ISSN 1095-5054.

Vaz S. (1994). Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE). Coimbra. Psiquiatria Clínica.