

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA DO JOVEM ADULTO
NUM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE INTERVENÇÃO
INTENSIVA PSIQUIÁTRICO**

DISSERTAÇÃO

Dissertação académica orientada por:

Prof. Doutora Graça Pimenta

Célia Patrícia Esteves Claro

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Pretendo aqui deixar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas pelo contributo que de forma direta ou indireta tornaram possível a concretização deste estudo.

Agradeço à Professora Doutora Graça Pimenta por nunca ter deixado de acreditar, pelo encorajamento constante e pela sua sabedoria.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos E.P.E, na pessoa do Sr. Enfermeiro Diretor João Teles pela atenção e colaboração.

Às amigas, também colegas de profissão, pela amizade e incentivo que me dedicaram - vocês sabem quem são.

Aos meus pais por todo o apoio e amor incondicional ao longo da minha vida e durante a realização deste trabalho, pelas suas capacidades de dinamismo e espírito aguerrido que serve de inspiração e modelo para nunca desistir e lutar pelos meus sonhos.

À minha irmã agradeço todo o carinho, compreensão, apoio incondicional, pelo ânimo em momentos de solidão e de algum desânimo.

Ao meu marido, por acreditar em mim, pelo interesse e preocupação, pelas palavras de incentivo e por nunca me deixar desistir.

LISTA DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

CO₂ - Dióxido de Carbono

CID - 10 - Classificação Internacional das Doenças, 10^a versão

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais

ECG - Eletrocardiograma

EEG - Eletroencefalograma

EESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EU - European Union

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

IMV - Ingestão Medicamentosa Voluntária

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NLN - League for Nursing

NREM - Sono sem movimentos rápidos dos olhos

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REM - Sono com movimento rápido dos olhos

SII - Serviço de Intervenção Intensiva

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

TSH - Hormona estimulante da tiroide

T3 - Triiodotironina

T4 - Tiroxina

LISTA DE ABREVIATURAS

% - por cento

cit. - citado

et al - e outros

etc - etcetra

p. - página

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS E TABELAS	8
RESUMO	15
ABSTRACT	17
INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	24
1.1. Sintomatologia Depressiva no Jovem Adulto	28
1.1.1. Humor Depressivo	29
1.1.2. Alterações do sono	30
1.1.3. Alterações do padrão alimentar	34
1.1.4. Autoestima	36
1.1.5. Ansiedade	38
1.1.6. Suicídio/ Autoagressão/ Automutilação/ Hostilidade	42
1.1.7. Luto	52
1.1.8. Comunicação	56
1.1.9. Prazer	57
1.1.10. Esperança/ Desespero	59
1.1.11. Concentração / Atenção	60
1.1.12. Angústia	61
1.1.13. Percepção/ Pensamento	61
2. A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	64
2.1. Intervenção em Crise no SII (Serviço de Intervenção Intensiva) e o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental)	66
2.2. Situação Ético-Legal dos Cuidados de Enfermagem Psiquiátrica.	78
PARTE II - ESTUDO EMPIRICO	81
3. CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO	82
4. FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO	83
5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	85
5.1. Tipo de Estudo	85
5.2. Questões de Investigação	86
5.3. População e Amostra	86
5.4. Variáveis	87
5.5. Instrumentos de Colheita de Dados	87

5.6. Procedimento para a Colheita de Dados	88
5.7. Estratégia para análise de dados	88
5.8. Considerações éticas	89
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	89
6.1. Caracterização Sociodemográfica.....	90
6.2. Caracterização das Variáveis Principais	91
6.3. Relação entre Variáveis	114
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	145
CONCLUSÃO.....	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS	162
Anexo I - Grelha de recolha de dados	
Anexo II - Pedido de autorização para a recolha de dados	
Anexo III - Consentimento de autorização para a recolha de dados	

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1: Sentimentos e pensamentos da pessoa com ideação suicida ...	44
QUADRO 2: Fatores na avaliação do cliente autodestrutivo	46
QUADRO 3: Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida	48
QUADRO 4: Fatores preventivos de repetição de tentativa de suicídio	48
QUADRO 5: Elementos essenciais num exame psíquico	68
QUADRO 6: Perguntas direcionadas à pessoa com comportamento suicida.	69
QUADRO 7: Características dos dois tipos de internamento nos hospitais psiquiátricos.....	78
TABELA 1: Descrição das características sociodemográficas dos participantes	91
TABELA 2: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Humor depressivo	92
TABELA 3: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Humor subdepressivo	92
TABELA 4: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Vontade de viver diminuída.....	92
TABELA 5: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio	93
TABELA 6: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio.....	93
TABELA 7: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio por IMV.....	93

TABELA 8: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Alucinação auditiva	94
TABELA 9: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Alucinação visual e auditiva	94
TABELA 10: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Percepção: Alucinação auditiva	94
TABELA 11: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Autocontrole impulso ineficaz.....	95
TABELA 12: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco autocontrole impulso ineficaz	95
TABELA 13: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Alimentar-se comprometido por recusa.....	95
TABELA 14: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ingestão nutricional por história de bulimia.....	96
TABELA 15: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ingestão de alimentos insuficiente	96
TABELA 16: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Fracá adesão ao regime terapêutico alimentar	96
TABELA 17: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Alimentar-se em quantidade insuficiente.....	97
TABELA 18: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ingestão nutricional insuficiente	97
TABELA 19: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Autoagressão	97
TABELA 20: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco de autoagressão	98
TABELA 21: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco de automutilação.....	98
TABELA 22: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Autocontrole impulso ineficaz por comportamento autolítico	98
TABELA 23: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ação desviante por comportamento autolítico	98
TABELA 24: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco de comportamento autoagressivo.....	99

TABELA 25: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia	99
TABELA 26: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia inicial	99
TABELA 27: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia final	100
TABELA 28: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia total	100
TABELA 29: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia e terminal	100
TABELA 30: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ansiedade.....	100
TABELA 31: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ansiedade em grau moderado	101
TABELA 32: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Angústia.....	101
TABELA 33: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento alterado	101
TABELA 34: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento (delírio).....	102
TABELA 35: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento alterado: delírio persecutório.....	102
TABELA 36: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento: delírio de envenenamento.....	102
TABELA 37: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento: delírio místico	102
TABELA 38: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento: mutismo	103
TABELA 39: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Crise	103
TABELA 40: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Hostilidade	103
TABELA 41: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar humor	104

TABELA 42: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ideação suicida.....	105
TABELA 43: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio.....	105
TABELA 44: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar vontade de viver	105
TABELA 45: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar alucinação	106
TABELA 46: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar autocontrolo	106
TABELA 47: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar auto-agressão.....	106
TABELA 48: Frequências absoluta e relativa da intervenção Proteger a integridade da pessoa.....	107
TABELA 49: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar refeição	107
TABELA 50: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ingestão de alimentos	107
TABELA 51: Frequências absoluta e relativa da intervenção Incentivar a pessoa alimentar-se.....	108
TABELA 52: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar sono..	108
TABELA 53: Frequências absoluta e relativa da intervenção Facilitar o sono	108
TABELA 54: Frequências absoluta e relativa da intervenção Evitar interrupção do sono.....	109
TABELA 55: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir medicação em SOS	109
TABELA 56: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir medicação hipnótica em SOS	109
TABELA 57: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir a comunicação	110
TABELA 58: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir o ambiente físico	110

TABELA 59: Frequências absoluta e relativa da intervenção Escutar o doente.....	111
TABELA 60: Frequências absoluta e relativa da intervenção Encorajar projetos de vida	111
TABELA 61: Frequências absoluta e relativa da intervenção Encorajar a comunicação expressiva de emoções.....	111
TABELA 62: Frequências absoluta e relativa da intervenção Requerer serviço médico	112
TABELA 63: Frequências absoluta e relativa da intervenção Promover o envolvimento da família.....	112
TABELA 64: Frequências absoluta e relativa da intervenção Promover o humor adequado.....	113
TABELA 65: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar pensamento	113
TABELA 66: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ação do doente.....	114
TABELA 67: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Humor depressivo, Humor subdepressivo	115
Tabela 68: Relação entre as variáveis sociodemográficas e o diagnóstico de enfermagem Vontade de viver	116
Tabela 69: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Risco de suicídio, Tentativa de suicídio, Tentativa de suicídio por IMV	116
TABELA 70: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Alucinação auditiva, Alucinação visual e auditiva, Percepção: alucinações auditivas	117
TABELA 71: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Alimentar-se comprometido por recusa, Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia, Ingestão de alimentos insuficiente, Fraca adesão ao regime terapêutico alimenta	118
TABELA 72: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Autoagressão, Risco de autoagressão, Risco de automutilação.....	119

TABELA 73: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz, Risco Autocontrolo impulso ineficaz, Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico, Ação desviante por comportamento autolítico, Risco de comportamento autoagressivo.....	120
TABELA 74: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Insónia final, Insónia total, Insónia intermédia e terminal, Insónia intermédia, Insónia inicial	121
TABELA 75: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Angústia, Ansiedade, Ansiedade em grau moderado	122
TABELA 76: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Pensamento alterado, Pensamento (delírio), Pensamento alterado: delírio persecutório, Pensamento: delírio de envenenamento, Pensamento: delírio místico	123
TABELA 77: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Mutismo, Crise, Hostilidade	124
TABELA 78: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Humor depressivo, Humor subdepressivo, Vontade de viver diminuída. ..	125
TABELA 79: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Risco de suicídio, Tentativa de suicídio, Tentativa de suicídio por IMV...	126
TABELA 80: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Alucinação auditiva, Alucinação visual e auditiva e Percepção: alucinações auditivas	128
TABELA 81: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz, Risco autocontrolo impulso ineficaz	129
TABELA 82: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia, Ingestão de alimentos insuficiente, Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar ..	130
TABELA 83: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Alimentar-se: quantidade insuficiente, Alimentar-se comprometido por recusa	132
TABELA 84: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Risco de autoagressão, Risco de automutilação, Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico	133

TABELA 85: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Ação desviante por comportamento autolítico, Risco de comportamento autoagressivo, Autoagressão	135
TABELA 86: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Insónia inicial, Insónia final, Insónia total	136
TABELA 87: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Insónia intermédia e terminal, Insónia intermédia	138
TABELA 88: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Angústia, Ansiedade, Ansiedade em grau moderado	139
TABELA 89: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Pensamento alterado, Pensamento (delírio)	140
TABELA 90: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Pensamento alterado: delírio persecutório, Pensamento: delírio de envenenamento, Pensamento: delírio místico	141
TABELA 91: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Mutismo, Crise, Hostilidade.....	143

RESUMO

Tem-se vindo a verificar que a depressão no jovem adulto é hoje em dia cada vez mais frequente, sendo necessário uma melhor identificação e um maior conhecimento acerca desta realidade.

Muitas pessoas com sintomatologia depressiva acreditam que os sintomas causados pela depressão não são reais, não reconhecendo que possuem um problema.

Identificar a depressão é fundamental para se fazer o tratamento apropriado. Torna-se assim fundamental estimar a prevalência da sintomatologia depressiva nos jovens adultos, caracterizá-la e identificar as intervenções a desenvolver nesta população.

Os enfermeiros devem estar preparados para qualquer intervenção que exige uma prevenção para o aumento da violência, seja uma intervenção comportamental, farmacológica e/ou psicossocial.

O enfermeiro tem a responsabilidade de identificar sintomas e intervir apropriadamente. Na relação terapêutica, as intervenções de enfermagem são o veículo para ampliar as interações positivas da pessoa com o ambiente, assim como promover o seu bem-estar físico e melhorar a perceção de si próprio.

É fundamental intervir preventivamente e estar apto para lidar com diversos cenários de acidentes ou incidentes, sendo frequente situações de emergência em psiquiatria.

O serviço de intervenção intensiva psiquiátrico é um serviço que se ocupa da psiquiatria de emergência, que requer competências específicas para lidar com quadros para as quais é frequentemente necessária a intervenção terapêutica imediata.

Os enfermeiros que constituem a equipe do SII devem estar preparados para qualquer intervenção de emergência, seja uma intervenção comportamental, farmacológica e/ou psicossocial. Estes profissionais devem ser autónomos nas tomadas de decisões em relação às intervenções terapêuticas.

Assim, pretende-se com este estudo atingir os seguintes objetivos: Descrever as características sociodemográficas dos jovens adultos internados num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico; Caracterizar a sintomatologia depressiva que o jovem adulto apresenta; Caracterizar as intervenções de que foram alvo por parte dos enfermeiros.

A população-alvo do estudo é constituída pelos jovens adultos com sintomatologia depressiva, que entraram num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico, de um hospital psiquiátrico, no último semestre de 2011 e o primeiro de 2012, com idades compreendidas entre os 18-30 anos. A metodologia usada é do tipo quantitativa de carácter retrospectivo, descritivo e exploratório. A recolha de dados foi feita com recurso à base de dados do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) de um hospital psiquiátrico no Porto, onde o estudo decorreu.

Os resultados obtidos permitem afirmar que, na maioria das situações, a sintomatologia depressiva não é identificada adequadamente, pois nem todos os sintomas descritos ao longo deste trabalho foram apurados na colheita de dados. Ou então, se são reconhecidos, não são reportados nos registos de enfermagem.

Os sintomas da depressão mais prevalentes na amostra em estudo foram o humor alterado, ou seja, o humor depressivo (94,5%) e a vontade de viver diminuída (45,1%).

Para por em prática as intervenções necessárias perante os quadros depressivos, é necessário identificar adequadamente os sintomas depressivos presentes e envolver o utente no seu processo de recuperação.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva; jovem adulto; emergência psiquiátrica; serviço de intervenção intensiva.

ABSTRACT

Depression in young adults has become increasingly frequent nowadays. Therefore, a better identification and greater knowledge of this reality is necessary.

Many people with depressive symptomatology believe that the symptoms brought about by depression are not real, hence not acknowledging to have a problema.

To identify depression is fundamental for appropriate treatment. It becomes thus fundamental to estimate the prevalence of depressive symptomatology in young adults, to characterize it and identify the interventions to develop among this population.

Nurses should be prepared for any intervention requiring a prevention for the increase in violence, whether the intervention be behavioral, pharmacological and/ or psychosocial.

The nurse has the responsibility to identify symptoms and intervene appropriately. In the therapeutic relationship, the nursing interventions are the instrument to broaden the positive interactions between the person and the environment, as well as promote physical well-being and improve self-perception.

It is fundamental to intervene preventively and be able to deal with several accident or incident scenarios, since emergency situations are frequent in psychiatry.

The intensive intervention psychiatric service (SII - Serviço de Intervenção Intensiva) handles emergency psychiatry requiring specific competences to

deal with clinical conditions to which immediate therapeutic intervention is frequently necessary.

The nurses of the SII team should be ready for any emergency intervention whether it be behavioral, pharmacological and/ or psychosocial. These professionals should be autonomous in decision making regarding therapeutical interventions.

Therefore, this study is intended to reach the following goals: to describe the sociodemographic characteristics of the young adults admitted into an intensive intervention psychiatric service; to characterize the depressive symptomatology presented by the young adult and to characterize the interventions they underwent by the nurses.

The target population of the study is the young adults with depressive symptomatology admitted into an intensive intervention psychiatric service of a psychiatric hospital over the last semester of 2011 and the first of 2012, ages ranging from 18 to 30 years.

A quantitative methodology was used of retrospective, descriptive and exploratory nature. The data collection required the Nursing Practice Support System (SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) database of a psychiatric hospital in Oporto, where the study took place.

The obtained results allow to state that, in most situations, the depressive symptomatology is not properly identified since not all of the symptoms described throughout this study were acknowledged in the data collection. Or, if they were in fact acknowledged, they were not reported in the nursing records.

The most prevailing depression symptoms in the study sample were changed mood, that is, depressive mood (94,5%) and diminished will to live (45,1%).

To carry out the necessary interventions in depressive clinical conditions, it is necessary to properly identify the existing depressive symptoms and involve the user in the recovery process.

Key words: depressive symptomatology; young adults; psychiatric emergency; intensive intervention service.

INTRODUÇÃO

O estudo que se apresenta, intitulado “A sintomatologia depressiva no jovem adulto num contexto de um serviço de intervenção intensiva”, foi realizado no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Professora Doutora Graça Pimenta.

A investigação teve lugar num hospital psiquiátrico, mais concretamente num serviço de intervenção intensiva. A preferência por este contexto decorreu, por um lado, por ser o serviço onde trabalhamos como enfermeiro e, por outro lado, por ser um hospital psiquiátrico especializado, uma das instituições de referência da saúde mental e psiquiátrica em Portugal.

A depressão é uma das patologias psiquiátricas mais comuns que pode comprometer a qualidade de vida do indivíduo.

A observação clínica, bem como estudos científicos, sugerem que tem havido aumento no predomínio da depressão e que este transtorno atinge grupos cada vez mais jovens.

A depressão é *“um estado mental mórbido que se caracteriza por dor moral, pessimismo, inibição psíquica, abulia, desencorajamento, lassidez e fatigabilidade e, acompanha-se, em geral, por ansiedade mais ou menos acentuada”* (Athayde, 1987, p.259).

O Ministério da Saúde (2006) afirma que a depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens, baseando-se num estudo realizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) no ano 2000, que concluiu que a prevalência de episódio de depressão unipolar é de 1,9% (por cento) nos homens e 3,2% nas mulheres.

Uma pessoa deprimida raramente consegue perceber que está doente, associando normalmente o seu sofrimento com acontecimentos que tenham ocorrido recentemente nas suas vidas. Chegam a pensar que a sintomatologia que envolve esta patologia é consequente da fraqueza de carácter.

O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação da sintomatologia psíquica. De acordo com Ayache et al cit por Horimoto (2005, p.31), muitos pacientes não percebem os sintomas depressivos ou, mesmo quando se apercebem do seu quadro, resistem a procurar ajuda por medo do estigma da doença mental.

Daí ser fundamental a procura de ajuda de um profissional com formação sobre as perturbações mentais no sentido de uma melhor identificação da sintomatologia, neste caso, da depressão. Os mesmos autores, p.37, consideram que *“se o quadro não for diagnosticado e tratado de modo adequado, ele pode levar o paciente a progressivas dificuldades pessoais, familiares e profissionais. Os sintomas podem ainda se intensificar, evoluindo para quadros graves com pensamentos de morte ou atos lesivos a si mesmo (suicídio) ou outras pessoas”*.

A identificação precoce e correta da sintomatologia depressiva vai promover a intervenção adequada. A intervenção em crise é uma estratégia de tratamento breve, focalizada e de tempo limitado, eficaz para ajudar as pessoas a ultrapassar o evento stressante ou a perceção de uma ameaça (Stuart et al, 2001).

A nossa experiência nesta área permite afirmar que numa intervenção em crise, o enfermeiro tem o objetivo de ajudar a pessoa a encarar um episódio traumático, suavizando os efeitos negativos para posteriormente fomentar a possibilidade de desenvolver a capacidade de enfrentar os factos, intensificando a procura de escolhas de vida. Consideramos que a crise é uma situação de emergência em que a pessoa põe em risco a sua própria vida e a de terceiros por incapacidade em controlar o seu comportamento.

Um doente com sintomatologia depressiva encontra-se frequentemente angustiado podendo responder com um estado de desequilíbrio transitório, dependendo da capacidade emocional e física de cada indivíduo. Em situações de emergência são esperadas reações emocionais muito intensas pelo que a

abordagem precoce de qualquer problema de saúde mental é a maneira mais concreta de prevenção de alterações mais sérias (Sá, 2008).

Pelo exposto, consideramos pertinente o desenvolvimento de um estudo de investigação quantitativa, cujo principal objetivo é analisar a sintomatologia depressiva no jovem adulto em contexto de um serviço de intervenção intensiva psiquiátrico e caracterizar as intervenções de enfermagem de que foram alvo. Assim, definimos a seguinte questão de investigação: “ Qual a sintomatologia depressiva manifestada por jovens adultos e as respetivas intervenções por parte dos enfermeiros, no contexto de um serviço de intervenção intensivo psiquiátrico?”

Em consonância, expomos como objetivos do estudo de investigação: Descrever as características sociodemográficas dos jovens adultos internados num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico; Identificar a sintomatologia depressiva que o jovem adulto apresenta; Identificar as intervenções de que foram alvo por parte dos enfermeiros.

A colheita de dados foi feita com recurso à base de dados do SAPE (Sistema de Apoio à a Prática de Enfermagem).

Dividimos o estudo em duas partes distintas e complementares. A primeira parte, o enquadramento teórico, apresenta uma seleção de conhecimentos atuais sobre a sintomatologia depressiva. São abordados os sintomas da depressão nos jovens adultos, as implicações dos acontecimentos do quotidiano nesta faixa etária e as perspetivas de intervenção de enfermagem na saúde mental e psiquiátrica, bem como a importância da intervenção em crise numa emergência psiquiátrica. Procuramos estabelecer uma aproximação da enfermagem de saúde mental num serviço de intervenção intensivo psiquiátrico à sintomatologia depressiva, abordando-se as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP). A segunda parte reporta-se à metodologia de suporte do trabalho e análise e interpretação da informação recolhida.

O primeiro capítulo da primeira parte deste trabalho de investigação (enquadramento teórico) apresenta a sintomatologia presente na depressão no adulto jovem quando dá entrada num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico, nomeadamente conceitos e aspetos teóricos da sintomatologia

depressiva. O segundo capítulo aborda a emergência psiquiátrica, a importância da entrevista psiquiátrica e a relevância do serviço de intervenção intensiva psiquiátrico, bem como a intervenção em crise neste serviço. Estabelecemos uma aproximação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a este tema pronunciando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e as intervenções terapêuticas fundamentadas no SAPE do hospital em causa.

A elaboração da primeira parte foi baseada na consulta bibliográfica, quer em formato de papel, quer em suporte digital. Na segunda parte é apresentado a metodologia adotada para a concretização deste estudo, seguida da apresentação e discussão dos resultados obtidos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Para compreender os sintomas do doente, o entendimento tem de ser completo, ou seja, o enfermeiro tem de obter informações pormenorizadas dos aspetos culturais do doente, bem como o conhecimento particular sobre a sua família e ambiente envolvente. Para Sims (2011, p.11) o entendimento deve ser tanto no sentido quotidiano como no fenomenológico

“a fenomenologia também não pode concentrar-se somente no indivíduo isolado, observado num determinado momento da sua vida. Deve-se preocupar com a pessoa em contexto social: acima de tudo, a experiência de uma pessoa é largamente determinada pelas interações com os outros. A fenomenologia também deve considerar o estado mental e o ambiente do indivíduo antes do acontecimento de interesse imediato e com o que ocorre após”.

Embora o sentimento de “depressão” seja algo que a maioria das pessoas já sentiu, um indivíduo com um quadro depressivo tem uma experiência qualitativa e quantitativamente distinta, muitas vezes com consequências psicológicas, sociais e físicas.

Torna-se assim fundamental distinguir uma depressão de uma emoção normal de tristeza. A diferença mais notável é que a depressão está associada com um funcionamento deficiente, demonstrando uma diminuição de capacidade para realizar tarefas de vida diária, dificuldade em manter relacionamentos com amigos e familiares, capacidade de “prender” o trabalho. Ayache et al, cit por Horimoto et al (2005, p.74), consideram que

“uma forma prática de diferenciarmos uma resposta adaptativa com sentimentos (normais) de tristeza diante de uma situação de grande aflição para a pessoa é que, nestes casos, a pessoa consegue, apesar da tristeza profunda, manter interesse e prazer em algumas situações, com atitudes positivas diante de estímulos e sem inibição psicomotora.”

A doença depressiva é um estado grave, associada a elevada mortalidade e morbidade se não for tratada. A qualidade de vida dos jovens adultos e das suas famílias pode seriamente decair com a depressão, podendo aumentar o risco de suicídio.

Sadock (2008) faz referência que a prevalência, independentemente do país ou cultura, de uma perturbação depressiva é duas vezes maior nas mulheres do que nos homens. Descreve que duas das razões para isso envolvem diferenças hormonais e os efeitos de gerar filhos. Relativamente à idade, a idade média de início da perturbação depressiva major é de 40 anos, em que 50% tem o início entre os 20 e os 50 anos. Acrescenta que ocorre com maior frequência em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas.

A depressão engloba uma grande variedade de sintomas cognitivos, físicos e emocionais. Os sinais e sintomas depressivos mais comuns são o humor depressivo, diminuição de energia ou fadiga, aumento ou diminuição do apetite, perturbações do sono, ansiedade, pensamentos de morte ou suicídio, luto, baixa autoestima e conseqüentemente imagem corporal negativa, falta de atenção, mutismo, hostilidade, anedonia, desesperança, desespero, sentimentos de inutilidade e culpa (ideias de culpa ou desvalorização), perda de concentração, angústia, autoagressão/ automutilação (McDermott et al, 2011).

Por sua vez, Alves et al (2010) fazem referência a fatores sociais e económicos que influenciam a saúde mental e conseqüentemente o desenvolvimento de um possível quadro depressivo. Salientamos alguns deles:

1. O **emprego**, na medida em que a estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, estão relacionados com melhores níveis de saúde e bem-estar. *“ O desemprego está associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce. A insegurança laboral, o receio de*

perder o emprego e a consequente vulnerabilidade, associam-se a baixa de autoestima e a sentimentos de humilhação e desespero, especialmente em contexto de falta de suporte social, nos quais a situação de desemprego pode levar à carência dos bens essenciais, nomeadamente alimentação, para o próprio e para a sua família” (Alves et al, 2010, p. 128). Salientam ainda que esta situação associa-se a elevadas taxas de ansiedade e depressão bem como ao suicídio.

2. A **pobreza** refere-se à falta de dinheiro, bens materiais ou falta de meios (sejam eles sociais, económicos e educacionais). *“Do ponto de vista epidemiológico, a pobreza traduz-se por um baixo nível socioeconómico, privação, más-condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e baixa coesão familiar, sendo que estes elementos também se associam à doença mental, constituindo fatores de risco”* (Alves et al, 2010, p. 128).

O baixo nível socioeconómico e a maior adversidade ambiental como *life events* stressantes, escassos recursos sociais, entre outros, é mais relevante nas perturbações depressivas.

3. Relativamente à **urbanização** tem sido encontrada uma associação entre viver em grandes cidades e ter um maior risco de doença mental. Esta associação pode ser explicada por distintos fatores, designadamente o enfraquecimento dos laços familiares, a sobrepopulação e as dificuldades intrínsecas no acesso a bens essenciais, estilos de vida menos saudáveis (com menor prática de exercício físico, obesidade, ambiente poluído), presença de stress na vivência do dia-a-dia e menor apoio social.

Mas por outro lado, estes autores consideram também que, a vivência em meios rurais isolados também pode gerar condições propícias ao desenvolvimento de perturbações mentais. *“O isolamento, a falta de transportes e comunicações, a dificuldade no acesso a meios de educação e formação profissional e, ainda a falta de oportunidades económicas podem condicionar graves dificuldades socioeconómicas que favorecem o aparecimento de doença, nomeadamente depressão”* (Alves et al, 2010, p.129).

4. Os **acontecimentos de vida stressante** são determinantes para o elevado risco de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio. Milhões de pessoas estão em todo o mundo expostas a situações de devastação natural ou conflitos. Alves et al (2010) consideram que o abuso infantil, violência (conjugal, familiar, situações de guerra, entre outras), doenças crónicas ou lesões incapacitantes, exposição a situações de catástrofe natural, constituem vivências traumáticas que produzem um impacto negativo na saúde mental.

Também Wahlbeck (2009) escreveu um documento, utilizado na conferência da EU (European Union), com a temática “Preventing of depression and suicide - Making it Happen” onde revela um estudo que visa fatores de risco determinantes para o desenvolvimento de um quadro depressivo e conseqüentemente o suicídio. Divulga que o nível de suicídio na comunidade está relacionado com questões socioeconómicas e desemprego, sendo que a probabilidade de os desempregados terem sintomas depressivos é duas vezes maior relativamente aqueles que estão empregados. No mundo atual, o número de pessoas com dívidas aumentou recentemente devido à crise económica. As dificuldades levam ao aumento da ocorrência de quadros depressivos. Por um lado o trabalho é uma fonte de realização/satisfação pessoal, uma segurança financeira, fundamental para a saúde mental. Mas por outro lado, a sobrecarga do trabalho, é muitas vezes um fator de risco para a apresentação de sintomas depressivos.

O risco de desenvolver sintomatologia depressiva pode estar relacionado, similarmente, com a transição da adolescência para a vida adulta (Kessler et al, 2005, cit por McDermott et al, 2011). Na adolescência, os jovens deparam-se com novas situações, responsabilidades, exploram diferentes formas de pensar e de se comportar, além de serem expostas a uma ampla gama de ideias e valores. Já na fase idade adulto jovem, o modo como lidam com os desafios do dia-a-dia, nomeadamente as suas experiências passadas, personalidade, contexto social e cultural, entre outros, podem condicionar a sua saúde mental.

1.1. Sintomatologia Depressiva no Jovem Adulto

Tendo em conta que todo o ser humano é um ser biopsicossocial, qualquer mudança pode influenciar o indivíduo no seu todo.

Nos jovens adultos, estas alterações acarretam um conjunto de mudanças nas suas vidas, quer a nível cognitivo, quer a nível social. O jovem adulto tem de ser capaz de organizar a sua vida com autonomia. Tem que ter sentido de responsabilidade, exigindo um elevado nível de maturidade para responder aos desafios que surgem no dia-a-dia.

A CID-10 (Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão) (2012, p.327) considera que a pessoa com depressão (leve, moderada ou grave) sofre

“rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e/ou indignidade, mesmo nas formas leves”.

É preciso saber quais, de entre os muitos sintomas de que se podem queixar os doentes, os que melhor identificam a depressão, de modo a serem tratados adequadamente. Como profere Monteiro (2012) a sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como se manifesta é variável entre as pessoas, sendo necessário explorar cada um dos sintomas para uma melhor compreensão da sua psicopatologia.

1.1.1. Humor Depressivo

Cada indivíduo tem um estado de humor básico, que faz parte do padrão predominante do seu comportamento e que se pode modificar em virtude de ocorrências relevantes. Stuart et al (2002, p.189) revelam que o “*o humor refere-se a um estado emocional prolongado que influencia toda a personalidade e a atuação na vida de um indivíduo*”.

Por sua vez, José (2002, p.25), considera que “*o humor é uma linguagem, um modo de expressão que diz outras coisas para além daquilo que parece exprimir e que joga com as palavras, fazendo-as portadoras de mensagens que são mais facilmente entendidas do que pela linguagem*”.

Abreu (1998) faz referência ao humor como sendo um sentimento difuso, sem objeto, que vai colorir emoções, afetos, impulsos, pensamentos e todos os prodígios da vida psíquica, como se fosse o seu pano de fundo.

Fala-se em humor depressivo quando há perda do interesse ou do prazer; a perda da capacidade de interesse e do prazer é um indicador de problemas de saúde.

Nem sempre os deprimidos revelam de imediato estas queixas, sendo mais provável que se queixem de se sentirem desinteressados ou de estarem fartos de tudo (Montgomery, 2000).

Coelho (2004) faz alusão que a depressão para além de se tratar de uma experiência afetiva de significado psicológico geral, é o sintoma principal de um quadro clínico potencialmente grave e bem definido, ao qual se chama doença depressiva.

Os transtornos depressivos têm uma prevalência duas vezes maior nas mulheres do que nos homens. Relativamente à idade, 50% dos utentes tende o início entre os 20 e os 50 anos. Ocorre com mais frequência em pessoas sem relacionamento interpessoais íntimos ou que são divorciadas ou separadas (Sadock et al, 2008).

É comum, um doente com humor depressivo, numa depressão grave, não procurar ajuda, pelo seu carácter mórbido, pela sua situação patológica, que conseqüentemente faz com que a pessoa seja incapaz de tal facto. Um

doente com este sintoma consegue muitas vezes esconder o seu sofrimento, tratando-se de uma *depressão sine depressione* (depressão sorridente). Esta ocultação é possivelmente consciente podendo estar relacionado à dissimulação comum da manifestação das emoções ou, então, à tentativa de evitar o tratamento (Sims, 2011).

O mesmo autor afirma que num doente com humor depressivo, a concentração, aplicação e tomada de decisões tornam-se difíceis e por vezes impossíveis. Mesmo a lentificação física pode tornar-se o foco de crenças hipocondríacas sobre o corpo.

Nem todas as pessoas têm a capacidade de exteriorizar a sua tristeza através do choro sendo muitas vezes manifestada através da irritabilidade. Por outro lado, manifestada externamente, a irritabilidade é considerada como uma perturbação do humor em si mesma e autónoma da ansiedade, da depressão ou de outro estado de humor (Sims, 2011). Para este, a irritabilidade é uma emoção caracterizado por controlo reduzido sobre o carácter, que geralmente resulta em ataques verbais ou comportamentais. Este autor (1991, p. 381) profere Snaith “*o estado de irritabilidade é primariamente um humor que pode ser traduzido em comportamento*”.

1.1.2. Alterações do sono

O sono tem uma função reparadora a nível psicológico e funcional e as suas perturbações constituem sintomas precoces da doença mental iminente. Kaplan et al (2008, p.21) definem o sono como “*um estado regular, recorrente, facilmente reversível, que se caracteriza por quietude e grande aumento do limiar de resposta a estímulos externos, comparado com o estado de vigília*”.

O sono profundo, suficiente e ininterrupto, é convencionalmente associado ao bem-estar e à boa saúde. Para Sims (2011) a sua ausência ou má qualidade explica a perturbação do humor e do sofrimento. Acrescenta que existe uma relação entre o sono perturbado e a perturbação psiquiátrica

argumentando que uma doença mental pode originar e manifestar-se como perturbação do sono; o sono alterado pode precipitar sintomas psiquiátricos; ou ambos podem acontecer agrupados, mas de forma independente.

O sono é assim fundamental para a sobrevivência e boa saúde. Por mínimas que sejam as queixas das alterações dos padrões do sono, consistem num bom indicador da depressão. Segundo Tufik et al cit. por Mari et al (2002), a prevalência de insónia de qualquer durabilidade ou severidade na população em geral é de cerca de 30 a 50%.

A ocorrência de insatisfação global com o sono, sonolência diurna e fadiga intensa sugerem a coexistência de um diagnóstico clínico ou psiquiátrico. De acordo com Tufik et al cit. por Mari et al (2002) é comum a insónia preceder ou ocorrer simultaneamente a transtornos psiquiátricos, referindo que pode ainda estar associada a quase todas as condições ansiosas, essencialmente à perturbação de ansiedade generalizada. Na depressão, o mesmo autor menciona *“o despertar precoce é mais comum, mas dificuldade em iniciar o sono também ocorre, particularmente em adolescentes e adultos jovens”* (Tufik et al cit. por Mari et al, 2002, p.129).

Os adultos precisam de dormir em média sete a oito horas, mas a necessidade individual de sono varia. Kaplan et al (2008) consideram que existem quatro sintomas principais que caracterizam a maioria das perturbações do sono: insónia, hipersónia, parassonia e alteração do ciclo sono-vigília. Estas alterações do sono fazem parte da sintomatologia depressiva, pelo que consideramos importante abordar cada uma delas de forma sintetizada.

A insónia é o distúrbio do sono mais prevalente, *“é a dificuldade de iniciar ou manter o sono. É a queixa mais comum relacionada ao sono e pode ser transitória ou persistente”* (Sadock et al, 2008, p. 342). A insónia pode ocorrer isoladamente ou associado a uma doença. Pode estar relacionada com a ansiedade ou até mesmo com o luto, perda ou outra alteração que tenha surgido na vida do indivíduo. Pode também estar relacionado com um sentimento apreensivo ou de ruminação de pensamentos, stress no trabalho e/ou em casa, contribuindo para a dificuldade em adormecer. Stuart et al (2002) consideram que a ansiedade e a depressão são as principais causas da

insónia. De referir que uma depressão grave pode iniciar-se com insónia aguda.

Sims (2011) faz a distinção entre insónia inicial e insónia terminal; a primeira ocorre em pessoas que estão despertas pela ansiedade ou excitação, em que os seus pensamentos tendem a misturar as experiências com carga afetiva vigorosa do passado imediato, bem como estudar modos de encarar problemas e dificuldades. Na insónia terminal o doente pode acordar frequentemente durante a noite, após dormir satisfatoriamente e a partir daí ter um sono leve e irregular. O despertar precoce pode estar associado a uma alteração do humor matinal com sensação de desânimo e lentificação.

A hipersónia *“manifesta-se como quantidade excessiva de sono, sonolência diurna excessiva ou ambas”* (Sadock et al, 2008, p. 342). Embora a hipersónia seja menos frequente que a insónia, é um sintoma que nos pode indicar a possibilidade de estarmos perante uma doença grave. As pessoas saudáveis podem passar por uma hipersónia transitória como resultado de um período de privação de sono sucessivo ou devido a um esforço físico pouco habitual. Caso contrário, *“se a hipersónia se prolongar para além de alguns dias, pode ser sintoma de uma perturbação psicológica (ansiedade e depressão grave)”* (Sadock et al, 2008, p.342). Stuart et al (2002) consideram que a hipersónia inclui narcolepsia, apneia do sono e distúrbios dos movimentos noturnos, como as pernas agitadas.

Não devemos confundir hipersónia com sonolência, pois são distintas, sendo que *“o termo sonolência deve ser reservado para pacientes que se queixam de sonolência e que têm uma tendência bastante evidente de adormecer subitamente no estado de vigília, que têm ataques de sono e que não podem permanecer acordados; não se refere a indivíduos que estão apenas cansados e exaustos”* (Sadock et al, 2008, p. 342).

Por sua vez, a parassonia *“trata-se de um fenómeno incomum ou indesejável que aparece de forma repentina durante o sono, ou que ocorre nos limites entre o despertar e o adormecer”* (Sadock et al, 2008, p. 342). O DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, 1995) define as parassonias como perturbações caracterizadas por ocorrências comportamentais ou fisiológicas anormais, surgindo em associação com o

sono, estágios específicos do sono ou transições do sono para a vigília. A parassonia, de acordo com Stuart et al (2002), abrange diversas situações, como o sonambulismo, os terrores noturnos, os pesadelos e a enurese.

Sims (2011) também inclui nas perturbações do sono e, muito brevemente, o sonambulismo (“caminhar sem dormir”), mais característico em crianças do que em adultos, ocorre mais no sexo masculino do que no feminino e acontece no sono profundo; a narcolepsia que consiste em episódios curtos de sono (10 a 15 minutos), que ocorrem durante o dia e inevitavelmente. Este distúrbio ocorre pela primeira vez durante a adolescência e perduram durante toda a vida. Estas não são comuns nos quadros depressivos.

O ciclo sono vigília é *“um ritmo circadiano, isto é, em condições naturais este ritmo apresenta sincronização com fatores ambientais e oscila com um período de 24 horas”* (Almondes et al, 2003, p.37). Stuart et al (2002) caracterizam o distúrbio sono-vigília como um distúrbio transitório, frequentemente associado ao fuso horário e às alterações de deslocamento para o trabalho. Acreditam que estes distúrbios se resolvem à medida que o corpo se adapta a um novo esquema de sono-vigília.

Para Sims (2011, p.97) *“o despertar matinal precoce e a variação diurna do humor, com humor mais deprimido no início da manhã, são considerados como sintomas biológicos da depressão e foram considerados como um “avanço da fase” do ciclo sono vigília; isto é, cada fase do ritmo ocorre mais cedo do que o habitual em relação ao ciclo de luz-escuridão”*.

A eletrofisiologia do sono é composta por dois estados fisiológicos, o sono sem movimentos rápidos dos olhos (NREM) e o sono com movimentos rápidos dos olhos (REM). Kaplan et al, (2008), aludem que no primeiro a maioria das funções fisiológicas é notavelmente mais reduzida do que na vigília. Enquanto o sono REM é caracterizado por alto nível de atividade cerebral e níveis de atividade fisiológica semelhantes aos da vigília. *“Cerca de 90 minutos após o início do sono, o NREM cede lugar ao primeiro episódio REM. Essa latência de 90 minutos é um achado consistente em adultos normais; o encurtamento da latência do REM ocorre com frequência em casos*

de problemas como transtornos depressivos e narcolepsia” (Kaplan et al, 2008, p. 339).

A própria polissonografia sugere que na depressão surgem como características *“o despertar precoce pela manhã, redução de latência para o primeiro sono REM da noite, conseqüente deslocamento do sono REM para a primeira metade da noite e do sono de ondas lentas para a segunda metade”*. (Tufik et al, cit. por Mari, 2002, p.133).

O tempo de sono insuficiente pode causar fadiga e conseqüentemente afetar negativamente a concentração e a capacidade de desempenho. A fadiga ou perda de energia é um sintoma depressivo que por vezes passa despercebido nos cuidados primários por ser interpretado como sinal de patologia física. Mas a perda de energia patológico irá influenciar com o normal funcionamento social e laboral. *“Este sintoma caracteriza-se por uma sensação de que tudo se faz com esforço, de que o indivíduo se tem de obrigar a fazer coisas ou de se sentir cansado antes de começar”* (Montgomery, 2000, p.24).

1.1.3. Alterações do padrão alimentar

Nos quadros depressivos é comum a alteração no apetite. Para Horimoto (2005, p. 7) *“o doente se alimenta de uma forma compulsiva ou diminui acentuadamente a fome e tenta se obrigar a comer, mas nas duas situações não sente o sabor da comida”*.

Num dos capítulos do seu livro, Busse (2004) fala-nos que Lee Fu-I expôs que nos casos de depressão, as situações de “não quer comer nada” ou de “devorar tudo o que vê pela frente” ocorrem como resultado de alteração do apetite.

O DSM-IV (1995, p.162) atenta que um dos critérios para episódio depressivo major é *“perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p. ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias”*. A mudança da prática alimentar e as

questões do peso corporal são identificadas como itens relevantes para o diagnóstico de depressão em todas as faixas etárias.

A perda do apetite é manifestada pela redução da ingestão de alimentos, ou até mesmo a ausência e é encontrada essencialmente nos casos mais graves da depressão. Mas outras alterações alimentares são encontradas nos quadros depressivos. Estes podem ser acompanhados por distúrbios alimentares como anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e obesidade. Busse (2004) faz referência a Lee Fu-I que considera que o que pode levar a crer que estamos perante um caso de anorexia ou bulimia nervosa são a preocupação exagerada ou irrealista com a comida e a necessidade desmedida de garantir que está com boa aparência.

Na anorexia nervosa existe um impulso terminante de negar a fome ou evitar constantemente os alimentos pelo desejo de emagrecer. A AN é uma doença em que ocorre recusa da alimentação, baixo peso corporal e amenorreia, em que há uma autoimagem e atitudes alteradas em relação aos alimentos, ao género e ao sexo (Sims, 2011). Os doentes com AN negam frequentemente que estão magros e declaram casualmente que estão gordos.

Por sua vez na BN há uma grande preocupação com a comida, com excessos alimentares ou consumo rápido e desequilibrado de grandes quantidades de alimentos. As pessoas combatem estes comportamentos com vômitos autoinduzidos e outros métodos para a redução do peso, como abuso de laxantes ou drogas semelhantes a anfetaminas. Por vezes a *"perda de peso pode chegar a dimensões anoréticas e há uma ligeira obesidade associada a sentimentos de culpa"* (Sims, 2011, p.296). Pode-se verificar que há uma marcada insatisfação com a imagem corporal idêntica a anorexia nervosa.

Sintomas de bulimia podem ocorrer na depressão major mas neste caso não se espera determinadas características típicas da bulimia nervosa como a provocação de vômitos, uso excessivo de laxantes ou inibidores do apetite (Busse, 2004).

Contudo, nos quadros depressivos pode ocorrer perda de peso e existirem comportamentos alimentares bizarros, não se verificando a intenção propositada de emagrecer. Por outro lado, quando o doente deprimido tem o

desejo de ficar cada vez mais magro pode ter como objetivo melhorar a sua autoestima que está decaída.

Esta preocupação e a insatisfação com o próprio corpo podem esconder sintomas mais prejudiciais. Sims (2011) considera que a alteração da autoimagem e a imagem corporal é geral nas perturbações alimentares, existindo associações entre a alimentação alterada, especialmente na AN, e o baixo peso corporal, com a crença de que está com excesso de peso e com uma negação de si mesma.

Por outro lado, também a obesidade tornou-se uma preocupação no mundo em que vivemos. Sims (2011) revela que a prevalência de obesidade na Europa e na América do Norte aumentou consideravelmente desde os meados da década de 70.

Muitas são as pessoas obesas que desenvolvem sintomatologia depressiva com redução da autoestima e conseqüentemente distorção da imagem corporal.

De facto, a adolescência é a fase crítica do desenvolvimento em que aparecem as perturbações primárias da forma corporal, mas estas podem arrastar-se para a fase adulta resultando em autorrejeição do próprio.

A presença de qualquer defeito físico nesta fase da vida tende a provocar repugnância pela autoimagem, levando conseqüentemente à diminuição da autoestima.

1.1.4. Autoestima

Podemos dizer que a autoestima é o conceito que a pessoa tem de si mesma, é o valor pessoal, é a autoaceitação.

Pasini (2003, p.13) define autoestima da seguinte forma: *“é confiança em si próprio, respeito por si, segurança em si próprio e nas suas possibilidades”*.

Significa estar bem com a vida, é confiar no nosso modo de pensar e enfrentar os problemas, confiar nas nossas ações e nas nossas potencialidades apesar dos acontecimentos exteriores.

A mesma autora diz ainda que a psicanálise considera que a “*a autoestima parte de dentro, que a força do EU é uma realidade interior, condicionada pelo passado, pela maneira como «atravessamos» a infância e adolescência*” (Pasini, 2003, p.13).

A autoestima pode modificar-se ao longo da vida, persuadida por êxitos e fracassos, por aquilo que decidimos e vivemos, permanecendo porém imutável na sua estrutura de base. Sendo assim, está em nós a possibilidade de sermos mais seguros, mais felizes, de acreditarmos nas nossas capacidades e de nos amarmos a nós próprios.

A depressão leva muitas vezes à carência de autoestima, a pessoa não gosta de si própria, acha-se um inútil. Os acontecimentos que vão contribuir para a presença de uma autoestima elevada ou baixa, são aqueles que podem afetar e influenciar os comportamentos pessoais de forma negativa ou positiva, dependendo assim do modo de o sujeito pensar e sentir.

Pasini (2003) acredita que o amor por nós próprios depende do amor que recebemos na infância da nossa família e dos afetos que nos foram proporcionados. Reforça que a visão de nós próprios é uma força interior que nos possibilita alcançar os objetivos que desejamos, apesar das contrariedades e que, a ausência de tal dimensão cria uma dependência em relação aos comportamentos dos outros: “*A confiança em si tem necessidades de ações e de acontecimentos para manter-se ou desenvolver-se: os pequenos êxitos na vida quotidiana são necessárias ao nosso equilíbrio psicológico como o alimento e o oxigénio o são para o equilíbrio corpóreo*” (Pasini, 2003, p.13).

A consideração, a estima, o apreço que se tem de si próprio, determina o modo de reagir às situações, segundo Pasini (2003). Considera dois fatores: 1. A confiança nas suas capacidades de pensar, escolher e tomar decisões; 2. A convicção de que se tem o direito de ser feliz.

Pasini (2003) revela que o tema da autoestima foi extensamente estudado por Branden que enumera seis comportamentos que podem reforçá-la: 1. Viver de maneira consciente (aceitando os acontecimentos reais sem

tentar iludi-los ou nega-los); 2. Aceitar-se a si próprio (recusando-se a assumir um comportamento hostil e autodestrutivo); 3. Assumir a responsabilidade das suas opções e ações; 4. Aprender a fazer valer e bater-se pelas suas convicções, pelos seus valores, mesmo ocupando-se dos problemas dos outros; 5. Ter um objetivo na vida e agir para obter as metas anteriormente fixadas; 6. Manter-se fiel aos princípios de comportamento que foram eleitos.

De referir que uma das razões da baixa autoestima consiste em dar demasiada importância aos acontecimentos externos, quer positivos, quer negativos, que ocorrem no decurso da vida. Pasini (2003) lembra que isto é uma fragilidade principalmente feminina.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) revela que a análise de vários estudos experimentais permitem concluir que existe consistente relação entre baixa autoestima e a conduta suicida. O estado extremo da depressão leva a diminuição da autoestima levando as pessoas a julgarem-se incapazes de resolver os problemas instalados nas suas vidas e a antecipar o futuro de forma negativa, podendo levar ao suicídio.

Amaral (2010), baseando-se na CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) versão beta 2, revela a importância da verbalização das crenças sobre si próprio, da autoaceitação e da autolimitação, sendo que o enfermeiro de saúde mental tem um papel preponderante no encorajamento da verbalização das mesmas, disponibilizando em simultâneo a sua presença.

1.1.5. Ansiedade

Um certo grau de ansiedade é uma reação normal do ser humano, que acompanha mudanças na vida da pessoa. A ansiedade passa a ser patológica na medida que a pessoa fica ansiosa sem motivo aparente. Sadock et al (2008) consideram que as mulheres têm mais probabilidade de ter um transtorno de ansiedade do que os homens.

Nos casos de ansiedade em que já não há resposta adequada às tensões do dia-a-dia, seja a nível pessoal, laboral e/ou social, é preciso ajuda, não necessariamente sob a forma de medicação.

Para Sims (2011) o estado de ansiedade é a qualidade de estar ansioso imediatamente, numa circunstância particular, presumivelmente como uma resposta a causas incitadas.

Existe uma diversidade de situações em psiquiatria que podem predispor para a depressão, como certas perturbações da ansiedade, tornando-se esta como um dos sintomas dos quadros depressivos. Estão inseridos nas perturbações da ansiedade a Perturbação de Pânico, Ansiedade Generalizada, Reação Aguda ao Stress, Perturbação de Stress Pós-traumático, Perturbação Somatoformes, Perturbação Factício, Perturbação Dissociativa ou Conversiva, Perturbação Fóbica e Perturbação Obsessivo-Compulsivo, que passaremos a falar de cada um sucintamente.

Petroianu (2002) expõe que a Perturbação de Pânico caracteriza-se pelos ataques de pânico, de início súbito, com ansiedade intensa, sensação de morte iminente, acompanhado por fenómenos como palpitações, sudorese, dispneia, desconforto precordial, vertigens parestesias, tremores. Estes ataques, por norma, são recorrentes, surgem sem motivo aparente e, em geral duram minutos ou, raramente, horas. Para Sims (2011) os ataques de pânico ocorrem como episódios reconhecidos de ansiedade somática ou autonómica associados a uma extrema sensação de medo.

Ansiedade generalizada trata-se de um quadro persistente e em geral de longa duração. É caracterizada por *“preocupação excessiva com insignificâncias, que persiste por um período de tempo igual ou superior a 6 meses, acompanhada por sintomas de ansiedade tais como tensão, reações autónomas, irritabilidade e dificuldade de concentração”* (Montgomery, 2000, p.41). Para Sims (2011) a preocupação persistente centra-se em assuntos do quotidiano que se desloca de objeto em objeto ao longo do tempo, pelo que o indivíduo raramente permanece livre de ansiedade.

Petroianu (2002) faz também referência à Reação Aguda ao Stress. Trata-se de um quadro ansioso transitório, consideravelmente grave, relacionado com circunstâncias da vida excepcionalmente stressantes, tais

como catástrofes naturais, acidentes, assaltos ou alterações súbitas de condições de vida.

Para o mesmo autor, a Perturbação de Stress Pós-traumático trata-se de um quadro ansioso tardio em resposta a eventos stressantes e extraordinariamente aterradoras, como por exemplo acidentes graves. As queixas dos pacientes são comuns, referindo lembranças intrusivas do facto, sonhos e pesadelos.

Por sua vez, as Perturbações Somatoformes, segundo Petroianu, (2002), caracterizam-se pelas numerosas e variadas queixas de alterações ou sintomas físicos, sem que haja uma fundamentação fisiopatológica que dê conta delas. Estas queixas são normalmente de longa duração e prejudicam a atividade quotidiana da pessoa. Tem outros sintomas associados como angústia e sofrimento.

Relativamente ao Transtorno Factício, Petroianu (2002) refere que a característica deste transtorno é a produção propositada de lesões ou a descrição de sintomas com o objetivo de se fazer de doente e consequentemente conseguir algum ganho, em geral o internamento hospitalar.

Golin et al (2012, p. 480) fala-nos ainda da Perturbação Dissociativo ou Conversiva, do transtorno fóbico e da Perturbação Obsessivo-Compulsivo. A Perturbação Dissociativa ou Conversiva é a *“perda parcial ou total das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações corporais (sintomas neurológicos)”*. O segundo diz respeito a medos irracionais ou excessivos em relação ao objeto, situação ou atividade específico, que criam perturbação na vida do paciente, provocada pelo escape consciente. A Perturbação Obsessivo-Compulsivo é descrita por ideias obsessivas ou por comportamento compulsivos recorrentes. Os termos que melhor caracterizam as obsessões são a contaminação e a dúvida e, as que melhor qualificam as compulsões são lavagem, contagem e verificação.

Para Stuart et al (2002) existem quatro níveis de ansiedade: 1. Ansiedade branda; 2. Ansiedade moderada; 3. Ansiedade grave; 4. O nível pânico da ansiedade:

1. A Ansiedade Branda está associada à tensão da vida diária e torna a pessoa atenta, aumentando seu campo de percepção;
2. A Ansiedade Moderada permite que uma pessoa evidencie as preocupações imediatas. Reduz a área da percepção do indivíduo.
3. A Ansiedade Grave restringe seriamente a área de percepção da pessoa. Tende a focalizar num pormenor particular, sendo indispensável orientação para focalizar qualquer outra área. *“Todo o comportamento é voltado para a obtenção do alívio”* (Stuart et al, 2002, p.135).
4. O Nível de Pânico da Ansiedade está associado a pavor, medo e terror. Existe uma desorganização do carácter da pessoa, procedendo um aumento da atividade motora, diminuição da capacidade de se relacionar com os outros, percepções distorcidas e perda do pensamento racional. *“Esse nível de ansiedade é incompatível com a vida, e se permanecer por um período longo, resultará em exaustão e morte”* Stuart et al (2002, p.135).

A ansiedade interfere na atividade intelectual do indivíduo de uma forma marcada, trazendo-lhe danos de funcionamento que se refletem nas atividades desenvolvidas no quotidiano. Quanto maior for o nível de ansiedade, maior são os danos (Claudino et al, 2006).

Quando um indivíduo não consegue ajustar mecanismos de adaptação eficazes, manifesta comportamentos depressivos e não tem capacidade de responder adequadamente à situação causadora de stress.

Assim, para que haja uma resposta adaptada, Amaral (2010) considera, de acordo com a CIPE versão beta 2, que algumas das intervenções fundamentais num doente com ansiedade, é escutar ativamente, aliviar a ansiedade, assistir na crise, disponibilizar presença e oferecer suporte emocional.

1.1.6. Suicídio/ Autoagressão/ Automutilação/ Hostilidade

Presenciamos diariamente um aumento progressivo e sistemático dos comportamentos suicidários na faixa etária dos jovens adultos, em que a preparação e a implementação de planos para o futuro deveria ser uma prioridade.

O suicídio pode ser refletido como sendo a forma extrema de desespero, isolamento, solidão, desesperança e falta de perspectivas futuras. Numa pessoa deprimida, são comuns pensamentos de morte e de suicídio. É comum o doente verbalizar que “a vida não faz sentido, que não vale a pena viver”.

O suicídio, comumente considerado como o risco mais severo de quem sofre de depressão, é para Monteiro (2012) definido como uma ação constituída pela disposição autodestrutiva mais extrema, resultado da diminuição da autoestima e com autocrítica.

O suicídio deriva da palavra latina usada para designar “auto-assassínio” (Sadock et al, 2008, p.423). Se for bem sucedido, é um ato fatal que reproduz o desejo de morrer. No entanto evidenciam-se diferenças entre os suicidas e os que fazem tentativas mal sucedidas. *“Os suicidas são, com mais frequência indivíduos mais velhos e do sexo masculino, enquanto os suicidas mal sucedidos são, com mais frequência, mais novos e do sexo feminino”* (Montgomery, 2000, p. 126).

Num dos seus capítulos, Horimoto (2005, p. 174) fala da obra clássica de Émile Durkheim, O Suicídio, em que este é definido como *“todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, a qual sabia dever ele produzir este resultado. A tentativa é o ato, assim definido que falha em levar à morte”*.

Por sua vez, Horimoto et al (2005, p. 173) consideram que o comportamento suicida *“compreende uma série de cognições e comportamentos disfuncionais, cujo desfecho pode ser o óbito do indivíduo. São atos autodestrutivos iniciados deliberadamente, cuja vítima é o próprio agente que deflagrou o ato”*.

O suicídio é muitas vezes encarado como solução do problema. A morte é vista como a libertação do sofrimento, a solução perante os sentimentos de culpa. Quando a pessoa decide pôr fim à sua vida, ou seja, tem intenção suicida ou ideias autodestrutivas, elabora um plano suicida pelo desejo de morrer, sendo que a sua morte é organizada pormenorizadamente como o procedimento, o sítio e a hora.

Stuart et al (2002) revelam que os recursos mais utilizados numa situação fatal são ferimento por arma de fogo, enforcamento ou atirar-se de um lugar alto. Os casos menos fatais incluem o uso de monóxido de carbono e a ingestão excessiva de substâncias. Pela nossa experiência na área da Saúde Mental, verificamos que os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio são as ingestões medicamentosas voluntárias, ingestão de venenos e agrotóxicos e, verificamos que quanto mais fatal tiver sido o método utilizado, maior é a probabilidade de nova tentativa.

O desejo de suicídio juntamente com sentimento de desesperança e a falta de ótica do futuro é potenciado como a solução do fim. Horimoto et al (2005) revelam que os estudos epidemiológicos têm mencionado os custos financeiros e perdas socioeconómicas consequentes do suicídio enquanto indicador de saúde populacional.

Verifica-se que há indivíduos que pensam em suicídio mas nunca levarão esta ideia avante. Outras ideações são planeadas durante dias, semanas, meses ou mesmo anos antes de agir. E ainda há pessoas que tiram a vida num impulso, *“os atos impulsivos são autoagressivos sem planeamento suicida e são deflagrados usualmente após algum evento negativo”* (Chei-Tung et al cit por Horimoto et al, 2005, p. 175).

Na avaliação do comportamento suicida é dada grande destaque à gravidade da atitude anunciada/ameaçada ou utilizada. Deve-se ter especial atenção nos casos em que a pessoa estrutura ou tenta um meio altamente fatal. Contudo, todas as ameaças, ideias suicidas e tentativas de suicídio devem ser tidas em atenção, mesmo que pareçam teatrais ou até mesmo manipuladoras.

As ideias suicidas, por sua vez, são pensamentos dispersos que se apoderam da mente do indivíduo, que se podem tornar habituais, afetando dimensões incontroláveis e ininterruptas (Horimoto et al, 2005).

Horimoto et al (2005, p. 176) faz referência aos *sentimentos e pensamentos da pessoa com ideação suicida* (QUADRO 1), cuja fonte é a OMS (2002).

QUADRO 1: Sentimentos e pensamentos da pessoa com ideação suicida

Sentimentos	Pensamentos
Tristeza, depressão	“Eu preferia estar morto”
Desamparo	“Eu não aguento mais”
Solidão	“Eu não posso fazer nada”
Desesperança	“Eu sou um perdedor e um peso para os outros”
Autodesvalorização	“Os outros vão ser mais felizes sem mim”

Horimoto et al (2005) revelam que as tentativas de suicídio consistem em atos autoagressivos não-fatais. Por vezes, não há obrigatoriamente uma intenção de morrer, mas vários motivos despertam o indivíduo ao ato, como desejo de vingar-se de alguém, provocar culpas nos outros e chamar atenção dos familiares.

Estes autores (2005) consideram que o comportamento suicida é dividido em 3 categorias: 1. *Ameaças de suicídio*: Advertência verbal ou não verbal de que a pessoa está a considerar o suicídio. A ameaça reproduz a ambivalência do indivíduo a respeito da morte e a falta de uma resposta positiva pode ser compreendida como um estímulo para a realização do ato. 2. *Tentativas de suicídio*: Ações autodirigidas executadas pela pessoa que, no caso de não ser interrompida, conduzirá à morte; 3. *Suicídio completado*: Pode ocorrer nos casos em que os sinais de advertência passaram despercebidos ou foram ignorados.

São considerados ainda cinco fatores predisponentes que contribuem para a compreensão da atitude autodestrutiva durante o ciclo de vida. Os adultos que se suicidam apresentam uma *doença psiquiátrica* associada, nomeadamente os distúrbios do humor, o abuso de substâncias e a esquizofrenia. Alguns *traços da personalidade* como a hostilidade, a

impulsividade e a depressão, aumentam o risco de suicídio. É imprescindível colher dados acerca da *história familiar*, pois uma história familiar de suicídio é um fator de risco significativo. O *meio psicossocial* é outro fator contribuinte para o comportamento autodestrutivo, como por exemplo a separação/divórcio, perda recente, entre outros. Os fatores bioquímicos são também valorizados nestes comportamentos, nomeadamente os processos mediados pela serotonina, pelos opiáceos e pela dopamina (Horimoto et al, 2005).

Hoje em dia, observa-se o aumento de internamentos dos jovens adultos por comportamento autodestrutivo. “*Chamamos de comportamento autodestrutivo qualquer atividade que conduza à morte, caso não seja interrompida*” (Stuart et al, 2002, p.207). Segundo estes autores, este comportamento pode ser direto e indireto: “*O comportamento direto inclui qualquer forma de atividade suicida. A intenção é a morte, sendo que o indivíduo tem consciência do resultado que deseja. O comportamento tem curto prazo*”... “*o comportamento autodestrutivo indireto inclui qualquer atividade que seja deletéria para o bem-estar físico de uma pessoa e que possa levar à morte*”. Neste último caso, o paciente não está ciente dessa capacidade e, em geral, nega quando confrontado.

Comportamentos autodestrutivos podem levar à autolesão/automutilação. Stuart et al (2002) descrevem a autolesão/automutilação como um comportamento autodestrutivo que pode ser definido como o ato de lesionar intencionalmente o próprio corpo, sem a ajuda de intermediários. As formas mais comuns de comportamento autolesivo incluem o corte, golpes nos membros, lesões perfurantes e queimadura da pele.

Neury citado por Mari (2002, p.143) revela dados da OMS que indicam que a mortalidade por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos. Acrescenta que *nesse período “os maiores coeficientes de suicídio deixaram de pertencer à faixa idosa da população para atingir, também faixas mais jovens (...)*”. O autor considera que de entre as pessoas que cometem suicídio, 45 a 70% apresentavam transtornos do humor e, metade já o havia tentado anteriormente.

Segundo a OMS (2000) os suicidas exibem 3 características psicopatológicas comuns:

- *Ambivalência*: sentimentos confusos de executar o suicídio alternam desejo de viver e de morrer, notável num indivíduo com intenção suicida. A sua mente é torturada pela urgência de sair da dor de viver e o desejo de sobreviver, desejam sair do sentimento de estar infelizes com a vida.
- *Impulsividade*: o impulso suicida é temporário e geralmente dura entre poucos minutos e horas. Fatores que levam usualmente ao ato impulsivo são a morte de um ente querido, rejeição, censura, fracasso, falência, etc.
- *Rigidez*: a pessoa pensa constantemente sobre o suicídio e não consegue enxergar outros recursos e soluções para o seu problema.

Dado a gravidade deste quadro psicopatológico vamos desenvolver com mais pormenor este subcapítulo.

Existem fatores que os enfermeiros devem considerar na avaliação de um paciente autodestrutivo. Estes fatores são expostos por Stuart et al (2002, p.211) no seguinte quadro:

QUADRO 2: Fatores na avaliação do cliente autodestrutivo

Circunstâncias de uma tentativa

- Evento de vida humilhante precipitante
- Ações preparatórias: adquirir um método, colocar os assuntos em ordem, conversar sobre suicídio, desfazer-se de seus bens preferidos, bilhete suicida.
- Uso de um método violento ou de venenos/intoxicações mais fatais.
- Compreensão da fatalidade do método escolhido
- Precauções tomadas contra a descoberta

Sintomas apresentados

- Desesperança
- Auto reprovação, sentimentos de insuficiência e desonra
- Humor deprimido
- Agitação e inquietação
- Insónia persistente
- Perda de peso

- Fala lenta, fadiga, abstinência social
- Pensamentos e planos suicidas

Doença psiquiátrica

- Tentativa prévia de suicídio
- Distúrbios do humor
- Alcoolismo ou uso de substância química
- Problemas de conduta e depressão em adolescentes
- Demência precoce e estados de confusão na esquizofrenia do idoso
- Combinações desses fatores

História psicossocial

- Separação, divórcio ou aborrecimento recente
- Vive sozinho
- Desempregado, alteração ou perda recente do emprego
- Múltiplos stresses (mudança, perda precoce, quebra de relacionamento importante, problemas escolares, ameaça de crise disciplinar)
- Doença médica crónica
- Uso de substância ou ingestão de bebidas em excesso

Fatores de personalidade

- Impulsividade, agressividade, hostilidade
- Rigidez e negatividade cognitiva
- Desesperança
- Autoestima baixa
- Distúrbio limítrofe ou antissocial

História familiar

- História familiar de comportamento suicida
- História familiar de distúrbio do humor, de alcoolismo ou ambos.

O enfermeiro de saúde mental deve ter em conta algumas orientações, uma vez que estes pacientes exigem uma atenção especial. Devemos estar atentos a todas as ameaças de suicídio, seja através da comunicação verbal ou não verbal; ser especialmente cauteloso quando de repente o paciente se apresenta mais calmo; remover objetos potencialmente perigosos do ambiente onde está o paciente, explicando as medidas para a sua segurança com cuidado e preocupação, protegendo-o contra o perigo imediato; observação constante; verificar a toma da medicação e garantir que esta foi engolida.

Neury cit. por Mari et al (2002, p. 146) apresenta o seguinte quadro que faz referência às “Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida”,

baseando-se numa escala psicométrica, a escala de intencionalidade suicida, que tem como objetivo estimar o risco de suicídio:

QUADRO 3: Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida

- Comunicação prévia de que se vai matar
- Mensagem ou carta de adeus
- Providências finais (por exemplo, conta bancária) antes do ato
- Planeamento detalhado
- Precauções para que o ato não seja descoberto
- Ausência de pessoas por perto que possam socorrer
- Não procurou ajuda logo após a tentativa de suicídio
- Método violento, ou uso de drogas mais perigosas
- Crença de que o ato seria irreversível e letal
- Afirmação clara de que quer morrer
- Arrependimento por ter sobrevivido

Fonte: Baseado em Beck et al., 1974

O mesmo autor faz referência aos fatores preventivos de repetição de tentativa de suicídio (Quadro 4) através dos itens da escala de Buglass e Horton que consegue prever até 48% dos casos que repetirão a tentativa de suicídio.

QUADRO 4: Fatores preventivos de repetição de tentativa de suicídio

- História prévia de hospitalização por autoagressões
- Tratamento psiquiátrico anterior
- Internamento psiquiátrico anterior
- Perturbação da personalidade antissocial
- Consumo de álcool e outras drogas
- Não estar a viver com a família

Fonte: Baseado em Buglass e Horton, 1974

Importa ressaltar que existem fatores de risco para o suicídio. Sadock et al (2008) mencionam o sexo, a idade, a raça, a religião, o estado civil, a ocupação, os métodos, a saúde física, a saúde mental, doentes psiquiátricos, transtornos depressivos e outras doenças mentais. Divulgam um estudo em que nos mostram que as pessoas com humor deprimido têm maior risco de

cometer suicídio no começo da doença do que mais tarde. O estudo revela que o suicídio é mais comum nos homens do que nas mulheres, porém, as mulheres têm quatro vezes mais a probabilidade de tentá-lo. As taxas de suicídio aumentam com a idade, sendo que entre os homens os suicídios atingem o pico após os 45 anos; entre as mulheres, o maior número de suicídios completados ocorre após os 55 anos. Pessoas mais velhas tentam o suicídio com menos frequência do que as mais jovens, mas são consumados da forma mais efetiva. O suicídio nestes doentes é mais comum no início ou no final de um episódio depressivo e, ainda, os meses posteriores à alta hospitalar são de grande risco. O estudo revela ainda que dois em cada três suicídios são de homens brancos, embora a taxa de suicídio entre negros esteja a crescer. *“A taxa de suicídio para homens brancos (19,6 por 100 mil pessoas) é 1,6 vezes maior do que para homens negros (12,5), quatro vezes maior do que para mulheres brancas (4,8) e 8,2 vezes maior do que para mulheres negras (2,4) ”*. Em relação ao fator de risco religião, as taxas de suicídio entre populações católicas têm sido mais baixas do que as taxas entre protestantes e judeus. A probabilidade de as pessoas deprimidas cometerem o suicídio é maior se forem solteiras, separadas, divorciadas, viúvas ou se estão a vivenciar um processo de luto. Assim, a taxa de suicídio *“é de 11 por 100 mil para pessoas casadas; as solteiras, que nunca se casaram, registam uma taxa global quase duas vezes maior. Pessoas casadas anteriormente, entretanto, apresentam taxas bem mais altas do que aquelas que nunca se casaram”*. Os estudos divulgam que o isolamento social aumenta as tendências suicidas entre pacientes deprimidos, concluindo que estes podem não estar bem integrados na sociedade. A ocupação é outro fator de risco a ter em conta pois o trabalho protege contra o suicídio, embora quanto mais alto a condição social de uma pessoa, maior o risco de suicídio. Entre categorias profissionais/ocupacionais, estudos verificam que os médicos são considerados os de mais alto risco de suicídio. Outras populações com risco acrescido são os músicos, dentistas, policiais, advogados e agentes de seguro (Sadock et al, 2008). Tem-se vindo a verificar que o suicídio é mais alto na população desempregada do que nas empregadas, sendo que *“a taxa aumenta durante recessões e depressões económicas e em época de alto desemprego e, diminui*

durante épocas de alto emprego e durante guerras” (Sadock et al, 2008 p. 424). O estudo divulga ainda que a taxa de suicídio bem sucedido em homens, segundo Kaplan et al (2008), está relacionados aos métodos utilizados: armas de fogo, enforcamento ou saltos de lugares altos. Ao contrário das mulheres, que em geral optam por ingestões medicamentosas em doses muito elevadas. Para além disso, a relação existente entre suicídio, saúde física e doença é considerável pois determinados fatores associados a doença que contribuem para o suicídio são por exemplo, a perda da mobilidade, desfiguração e dor crónica intratável.

O risco de suicídio para doentes mentais é 3 a 12 vezes o de indivíduos saudáveis. Quase 95% de todas as pessoas que cometem ou tentam o suicídio têm um transtorno mental diagnosticado, sendo que 80% correspondem aos transtornos depressivos. Um estudo realizado em San Diego na Califórnia (Sadock et al, 2008) revela que diagnósticos de abuso de substâncias e transtornos da personalidade anti-social ocorriam com mais frequência entre suicidas com menos de 30 anos de idade, ao contrário dos diagnósticos de transtornos do humor e transtornos cognitivos eram mais comuns entre suicidas de 30 ou mais anos. Por outro lado, revelam ainda que os fatores associados a suicídio nestes jovens adultos (menos de 30 anos) são a separação, rejeição, desemprego e problemas legais e, os fatores associados a doenças são um risco de suicídio maior para os adultos com mais de 30 anos. Para abordar uma pessoa suicida é necessário favorecer um ambiente tranquilo, privacidade e o tempo necessário para obtermos uma entrevista psiquiátrica favorável e benéfica. De facto, o conhecimento científico é sem dúvida indispensável para cuidar do doente mas a empatia é fundamental na relação paciente/terapeuta, é a aptidão essencial do cuidar. Segundo Goleman (1995) cit por Takaki et al (2004), a palavra empatia tem a sua origem na linguagem grega - *empathia*, que significa *“tendência para sentir o que sentiria caso se estivesse na situação e circunstância experimentadas, vivenciadas por outras pessoas”*.

O terapeuta que questiona o paciente deve construir uma relação de empatia, segurança e confiança. *“Os suicidas usualmente necessitam de mais tempo para completar a avaliação. As informações podem muitas vezes serem*

fornecidas de modo espontâneo pelo paciente, portanto saber escutá-lo efetivamente com empatia é fundamental para superar a barreira inicial de desconfiança” (Horimoto et al, 2005, p. 178).

Este autor acrescenta que as perguntas direcionadas à pessoa com comportamento suicida, devem ser feitas no momento certo oferecendo-lhe o sentimento de estar a ser compreendida, permitindo conforto ao falar das suas angústias.

Neste capítulo, apercebemo-nos que na tentativa de suicídio bem como no ato impulsivo, as ameaças à vida vão desde gestos ou ficções, em que não há a intenção consciente de morrer, até às tentativas propriamente ditas. Estas devem ser encaradas como verdadeiras e severas, embora a sua concretização seja impossibilitada por terceiros. Relativamente ao suicídio, o desfecho é a morte.

Para Amaral (2010), o enfermeiro de saúde mental, nas tentativas de suicídio, deve ter em conta o desempenho de atividades iniciadas pelos indivíduos que têm o objetivo de se matarem ou ameaçarem fazê-lo, no sentido de intervir precocemente e adequadamente, evitando qualquer tipo de autoagressão.

Uma forma de agressão é a hostilidade. Yen et al (2011) considera que a hostilidade é um problema de saúde mental, que além de estar associado ao comportamento agressivo, também está relacionado com a depressão. Para eles, existe uma forte correlação entre a depressão e a hostilidade, ambos associados ao risco de suicídio.

Por sua vez, Oliveira et al (2012, p.11) atentam que a hostilidade *“é considerada um viés comportamental uma atitude cínica de desconfiança, ressentimento e antagonismo, que predispõe o indivíduo a ver os outros como desonestos, indignos e imorais, e fontes de provocação e ameaça”*. Por isso, toda e qualquer manifestação que, direta ou indiretamente, aponte risco de suicídio ou comportamento de domínio suicidário tem de ser considerada pelos enfermeiros, na gestão do estado de crise (OE, 2012).

1.1.7. Luto

O processo de luto é uma conduta muito complexa e é vivenciado de muitas e variadas maneiras. A depressão pode comprometer o desenvolvimento normal do processo de luto, havendo o risco de ocorrer um luto patológico.

Para poder ajudar uma pessoa que está em sofrimento, que pretende resolver o seu luto de forma apropriada, é necessário entender melhor o fenómeno da perda. A experiência recente de perda traz choque, carência, vazio e torpor e é comum ouvirmos um paciente verbalizar frases como: “Não estou a suportar o que está acontecer”, “o sofrimento nunca mais chega ao fim”, “preciso de ajuda para sair deste sofrimento e voltar a viver”. Não surpreende que este estado esteja relacionado frequentemente a ideias e impulsos suicidas, pois a pessoa sente-se arrasada, desmoralizado e profundamente resignado com a situação.

O psiquiatra George Engel, cit por Worden (1998, p. 21), vê o processo de luta como similar ao processo de cura. Ou seja, *“assim como a cura é necessária no campo fisiológico para trazer o corpo de volta ao balanço homeostático, um período de tempo é da mesma forma necessário para que o enlutado retorne a um estado similar de equilíbrio.”*

Seguindo esta abordagem de Engel, Worden (1998, p. 22) coloca uma questão: *“o processo de luto é necessário?”*. Concordando, refere que depois de alguém passa por uma perda, há determinadas *tarefas do luto* que devem ser concretizadas para que seja restabelecido o equilíbrio e para que seja concluído o processo de luto. Considera assim quatro tarefas do processo de luta:

- **Tarefa I - Aceitar a realidade da perda:** a pessoa deve enfrentar a realidade de que o indivíduo está morto, que se foi e não irá regressar. Algumas pessoas ficam estagnadas nesta primeira fase, recusando-se aceitar que a morte é real, negam que a morte é irreversível. *“Chegar à aceitação da realidade da perda leva tempo, já que envolve não só aceitação intelectual mas também a emocional ”* (Worden, 1998, p.24).

- **Tarefa II - Para elaborar a dor da perda:** é necessário reconhecer e elaborar a dor física que muitas pessoas sentem e a dor emocional e comportamental associada à perda. Parkes (1972, p. 173) cit por Worden (1998, p.25) afirma que *“se é necessário para a pessoa enlutada passar pela dor do luto para que este se resolva, então pode-se esperar que qualquer coisa que continuamente permita que a pessoa evite ou suprima esta dor vá prolongar o tempo de luto.”* A negação desta tarefa, de elaborar a dor, é não sentir. Por vezes, as pessoas para se esconderem do incómodo dos pensamentos desagradáveis, estimulam apenas pensamentos prazerosos a respeito da pessoa que faleceu. Worden (1998, p.26) cita ainda John Bowlby (1980, p.158): *“mais cedo ou mais tarde, alguns daqueles que evitam o luto consciente sucubem - geralmente sob a forma de algum tipo de depressão”*. Torna-se assim necessária a passagem por esta tarefa para não carregarem a dor para toda a vida, ajudando a pessoa a ultrapassar o luto.

- **Tarefa III - Ajustar-se a um ambiente onde falta a pessoa que faleceu.**

Worden (1998) relata que ajustar-se a um novo ambiente significa coisas diferentes para diferentes pessoas, dependendo de qual era a relação com a pessoa falecida e dos vários papéis que esta pessoa desempenhava. Há pessoas que ficam melindradas pelo facto de terem que desenvolver novas tarefas e de desempenhar papéis que antes eram desempenhados pelos seus companheiros. A pessoa, na tentativa de realizar as atividades desempenhadas pela pessoa falecida, pode falhar levando muitas vezes a uma sensação posterior de baixa autoestima. Portanto, para que a tarefa III seja um êxito, as pessoas determinam que precisam desempenhar e cumprir os papéis para os quais não estão habituadas, desenvolvendo capacidades que nunca tiveram, caminhando com um sentido de mundo reavaliado.

- **Tarefa IV - Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida.**

De acordo com Volkan cit por Worden (1998), o luto finda quando a pessoa enlutada deixa de ter a necessidade de reavivar a representação do falecido com a mesma intensidade. A pessoa que ajuda, não pretende que o enlutado desista da relação com a pessoa que faleceu, pretende sim, ajudá-lo a encontrar um local adequado para o falecido na sua vida emocional, para

seguir em frente. A quarta tarefa é assim concretizada quando a pessoa quer continuar e formar novas relações. Portanto, a relação de luto termina quando o indivíduo pensa na pessoa que faleceu sem dor, readquire interesse pela vida. Mas atenção, o luto não ocorre de forma linear, pois pode reaparecer e ser necessário trabalhá-lo novamente.

Worden (1998) considera dois tipos de luto, o *luto não complicado* e o *luto complicado*. O primeiro refere-se a uma reação normal do luto e, o último diz respeito a uma reação anormal. O luto não complicado abrange sentimentos e comportamentos que são comuns depois de uma perda. De acordo com Worden (1998) as manifestações deste luto reúne sentimentos como:

- Tristeza - é o sentimento mais comum encontrado no luto e é muitas vezes manifestado pelo choro.
- Raiva - é um dos sentimentos mais confusos para a pessoa que fica e por isso, está na raiz de muitos problemas no processo de luto.
- Culpa - Culpa por não ser suficientemente amoroso, por não ter feito mais pela pessoa falecida.
- Ansiedade - a ansiedade da pessoa que ficou pode variar desde uma leve sensação de insegurança a um forte ataque de pânico e, quanto mais intensa e constante for a ansiedade, mais ela sugere uma reação de luto patológica.
- Solidão - este sentimento é frequentemente manifestado por aqueles que perderam o cônjuge por estarem habituados a um relacionamento próximo diariamente.
- Fadiga - este sentimento pode ser algumas vezes sentido como apatia ou indiferença.
- Desamparo - Worden (1998, p.38) dá o seguinte exemplo: uma viúva jovem deixada com uma criança de sete semanas disse “*minha família veio morar comigo nos primeiros cinco meses. Eu tinha medo de enlouquecer e não ser capaz de cuidar do meu filho*”.
- Choque - este sentimento ocorre com mais frequência no caso de morte súbita. Por exemplo: “*alguém pega o telefone e fica sabendo que uma pessoa amada ou um amigo morreu*”.

- Anseio - Worden refere que o anseio pela pessoa amada é o que os britânicos chamam de “*pining*”. Parkes (1972), cit por Worden (1998, p.39) observou que o “*pining*” é uma experiência comum entre aqueles que ficam, em particular entre as viúvas que ele estudou. Quando o anseio diminui pode ser um sinal de que o luto está terminando.
- Alívio - este sentimento é comum quando uma pessoa amada sofria por exemplo de uma doença prolongada e dolorosa.

Às reações normais do luto associam-se determinados comportamentos como: distúrbios do sono, distúrbios do apetite e isolamento social. Normalmente, neste luto, estes comportamentos não necessitam a intervenção médica, resolvem-se por si mesmos.

Jacobs et al (1987), cit por Worden (1998, p.46) dizem “*embora a maioria das depressões por luto seja transitória e não necessita de atendimento profissional, existe uma opinião crescente de que algumas depressões, especialmente aquelas que persistem ao longo do primeiro ano de luto, são clinicamente significativas*” .

Para aquelas que permanecem, Worden (1998) considera que os objetivos do aconselhamento do luto são:

1. Amplificar a realidade da perda;
2. Ajudar a pessoa a lidar com os sentimentos referidos e escondidos;
3. Ajudar a pessoa a ultrapassar várias barreiras/dificuldades para se readaptar depois da morte;
4. Encorajar a pessoa a dizer um adeus adequado para se sentir confortável ao reinvestir novamente na sua vida.

Depois de uma perda, há muitos factos que podem causar sentimentos de culpa, “*as pessoas que ficam podem-se sentir culpadas por não terem oferecido melhores cuidados médicos, não terem permitido a operação, não terem consultado um médico mais cedo ou não terem escolhido o hospital certo.*” É comum e, verifica-se na realidade de um serviço psiquiátrico, que pais cujos filhos morrem são excessivamente vulneráveis a sentimentos de culpa por não terem conseguido ajudar o filho evitando a sua morte (Worden, 1998, p.61).

Portanto, é necessário estimular a manifestação total de pensamentos e sentimentos relacionados com a perda, abrangendo também o arrependimento e a desilusão/frustração.

Worden (1998, p.99) refere que o objetivo da terapia de luto é diferente do objetivo do aconselhamento do luto, *“o objetivo no aconselhamento do luto é facilitar as tarefas do luto para a pessoa recém-enlutada, de forma que o processo de luto terá um término exitoso. Na terapia de luto o objetivo é identificar e resolver os conflitos de separação que impedem a conclusão das tarefas de luto nas pessoas cujo luto está ausente, retardado, excessivo ou prolongado.”*

Logo, para um luto complicado é essencial, não o aconselhamento do luto, mas sim, a terapia do luto, pois esta permite resolver os conflitos de separação e facilitar que as tarefas do luto se completam. Para resolver estes conflitos é fundamental a vivência de sentimentos e pensamentos que o doente evitava (Worden, 1998).

À medida que a situação de luto é solucionada, a pessoa progressivamente supera o desespero, *“ocorre uma atitude mental que resulta em reorganização e redirecionamento do pensamento. Gradualmente toma decisões e realiza atividades que demonstram a sua aceitação emocional e intelectual da perda e a intenção de continuar com a sua vida de modo tão agradável, embora ainda recorde a perda”* Sims (2011, p.365).

1.1.8. Comunicação

A comunicação é um *“comportamento interativo: Dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”* (CIPE versão beta 2, 2010, p.45).

A comunicação humana não é apenas verbal. Outras formas de comunicar desenvolvem-se através da mímica e o olhar, a postura, os gestos,

o tom de voz e os silêncios, a distância, o toque e o contacto corporal, o vestuário e arranjo pessoal e, até mesmo os odores e o próprio ambiente.

Abreu (1998, p.65) refere que a *“organização da linguagem de cada indivíduo - o seu discurso - está intimamente ligada ao pensamento”*. Um dos sintomas da depressão é o mutismo, uma perturbação do discurso verbal. Para este autor, o mutismo é o estado de quem não quer exprimir o seu pensamento, ausência de linguagem, voluntária ou não.

Sims (2011, p.198) define o mutismo como *“a ausência de discurso durante o comportamento consciente, é um sinal importante na perturbação psiquiátrica devido aos problemas de diagnóstico diferencial”*.

Quando um doente se encontra em mutismo, a obtenção da história e do estado mental torna-se difícil. O mutismo surge como um componente fundamental de estupor, sendo necessário avaliar o nível de consciência como fragmento de um exame neurológico completo em todos os casos que ostentam este sinal. Se não há diminuição do nível de consciência, é provável que o doente entenda tudo o que é dito em seu redor (Sims, 2011).

1.1.9. Prazer

A CIPE versão beta 2 (2010, p.68) define o prazer como: *“Emoção - Sentimento de gratificação imediata da pulsão instintiva e satisfação das necessidades básicas como beber quando se tem sede, ou comer quando se tem fome, ser consolado quando se chora; manifesta-se habitualmente por expressões de conforto”*.

A falta de prazer é um sintoma muito comum na depressão, cujo termo científico é *Anedonia*. A anedonia refere-se especificamente *“a uma perda da capacidade de experienciar alegria e prazer. É uma subsecção da diminuição da intensidade de emoções. Na anedonia há uma total incapacidade para apreciar qualquer aspeto da vida ou mesmo a satisfação habitual de acontecimentos e objetos quotidiano”*. (Sims, 2011, p.348).

Este termo foi considerado um sintoma proeminente de doença depressiva por Klein (1974). Nos quadros depressivos, a anedonia é um sintoma constante, que se revela na expressão facial, discurso, comportamento, estilo de vida e na descrição da experiência pessoal pelo próprio doente.

Freud (1936) cit por Snyder et al (2009, p.123) falava no Princípio do Prazer, definindo como *“a demanda pela satisfação de uma necessidade instintiva, independentemente das consequências”*.

Para se falar em vida prazerosa, é fundamental ter em conta alguns conceitos que circunscrevem a qualidade do viver prazeroso. Assim, Snyder et al (2009, p.123) faz referência aos termos afeto, emoção, felicidade e bem-estar. Estes autores esclarecem: *“o afeto é a resposta fisiológica imediata de uma pessoa a um estímulo e geralmente se baseia em uma sensação subjacente de excitação”*. Fazem ainda alusão ao professor Nico Fridja (1999) que revela que o afeto envolve a avaliação de um evento como prazeroso ou doloroso. Por sua vez, definem a emoção como o estado de sentimento que decorre da apreciação de um objeto externo como sendo relevante para o nosso próprio bem-estar. E a felicidade é *“um estado emocional positivo, subjetivamente definido por uma pessoa”* (Snyder et al 2009, p.124). O bem-estar subjetivo é delimitado como *“uma combinação de afeto positivo (na ausência de afeto negativo) e satisfação geral com a vida (isto é, a apreciação subjetiva das gratificações da vida)”* (Snyder et al 2009, p.124).

De acordo com a OMS (2002), a saúde, é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença, que por sua vez, a saúde mental abrange uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente relacionados ao bem-estar mental.

Ryff e Keyes (1995) cit. por Snyder et al (2009), para definir a saúde mental completa, consideram a combinação de muitos princípios de prazer, como bem-estar emocional, bem estar-social e bem-estar psicológico. O bem-estar emocional é entendido como a presença de afeto positivo e satisfação com a vida e a ausência de afeto negativo. Por sua vez, o bem-estar social integra a aceitação, realização, contribuição, coerência e integração. E por último, o bem-estar psicológico que combina a autoaceitação, crescimento pessoal,

propósito na vida, domínio do ambiente, autonomia e relações positivas com outras pessoas.

Portanto, o prazer pode ser entendido como a junção do bem-estar, a satisfação com a vida e a qualidade de vida, que na sua ausência pode significar estarmos perante um sintoma de depressão.

1.1.10. *Esperança/ Desespero*

O desespero é *“emoção negativa: sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio”* (CIPE versão beta 2, 2010, p.48).

A desesperança traduz uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros, pelo sentimento de falhanço e pela percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas (OE, 2012).

Desesperança é um sintoma prevalente da pessoa com depressão, é um estado de quem perdeu a esperança. Snyder et al (2009, p. 178) esclarecem que a esperança é *“o pensamento direcionado a objetivos, no qual a pessoa usa pensamento baseado em caminhos (a capacidade percebida de encontrar rotas que levem a objetivos desejados) e pensamento baseado em agência (as motivações necessárias para usar essas rotas) ”*.

As pessoas que têm alto nível de esperança percebem os obstáculos como desafios e irão analisar rotas alternativas, aplicando as suas motivações a essas rotas. Ao contrário das que têm esperança baixa, que ficam paradas porque não conseguem encontrar rotas alternativas, ou seja, os pensamentos ruminativos, as suas esperanças negativas interrompem a procura dos seus objetivos (Snyder et al, 2009).

Portanto, é necessário promover esperança e comportamentos de ajuda. Roswarski e Dunn (2009) cit por OE (2012, p.43) expõem que *“os comportamentos de busca de ajuda e de esperança parecem ter uma*

importância revigorante, influenciando positivamente na prevenção do suicídio na população em geral, especialmente entre os jovens”.

A falta de esperança e o desespero são sintomas da depressão que os enfermeiros devem ter em conta, promovendo a confiança nos doentes deprimidos e ultrapassar os obstáculos da vida. Para a OE (2012, p.43) a esperança é *“relativa à confiança que a pessoa tem em si e nas suas capacidades para encontrar um futuro melhor, estando associado às habilidades dos indivíduos em se adaptarem e enfrentarem a vida e os problemas que se lhes colocam”.*

Neste sentido, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para desenvolver uma relação de proximidade e de confiança, favorável ao fortalecimento da esperança. O enfermeiro deve inculcar esperança para ajudar a pessoa a enxergá-la, a atribuir significados à vida e desenvolver estratégias para alcançar os objetivos de vida (OE, 2012).

1.1.11. Concentração / Atenção

O estado em que se processa simultaneamente diferentes fontes de informação é chamado de atenção (Bear et al, 2008).

Por sua vez, Sims (2011, p.57) manifesta que *“a atenção é a focalização passiva ou ativa da consciência sobre uma experiência, como inputs sensoriais, atos motores, memórias ou representações internas”.* Faz a distinção entre atenção voluntária e involuntária, sendo que a primeira acontece quando o indivíduo foca a sua atenção numa ocorrência interna ou externa; a segunda ocorre quando o acontecimento alicia a atenção do indivíduo sem esforço consciente. A atenção é uma função distinta da consciência, mas dependente desta, pois uma completa atenção e concentração são impossíveis com uma consciência diminuída.

Os indivíduos depressivos ostentam déficit na seletividade atencional com a percepção do meio como uma fonte trivial de informações e uma limitação da capacidade de atenção, pois os seus recursos de processamento

estão voltados para apreensões consigo mesmo. Esses indivíduos ostentam um foco de atenção disseminado e reduzido, estando raramente atentos para transformações sobrevindas no ambiente (Baptista et al, 2006, p.101).

1.1.12. *Angústia*

Frequentemente, a angústia encontra-se associado à depressão. A CIPE versão beta 2 (2011, p. 39) define angústia como “*emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição*”.

Abraham cit por Coelho (2004, p.35) menciona que “*a angústia situa-se relativamente à depressão como o medo relativamente à tristeza (luto). Tem-se medo - teme-se uma infelicidade futura, chora-se - fica-se triste por uma infelicidade acontecida.*”

Coelho (2004, p. 150) refere que de acordo com a Segunda Tópica freudiana, “*a angústia é o sinal de alarme perante um perigo ameaçador; em contrapartida, a depressão e a tristeza são desencadeados pela percepção que temos de nos sentirmos diminuídos em relação a algo, pelo sentimento de inadequação face à imagem do que fomos e do que possuímos, do que gostaríamos de possuir ou ser, quando comparado com o que nos tornamos e perdemos*”.

Este autor considera que a depressão é, tal como a angústia, uma experiência subjetiva geral, um meio através do qual o Homem tenta lidar com os conflitos, as frustrações, as deceções e as perdas.

1.1.13. *Percepção/ Pensamento*

Num episódio depressivo grave podem também ocorrer sintomas psicóticos. De acordo com Cordeiro et al (2007, p.85) na depressão grave “*estão presentes delírios de culpa envolvendo pecado, tristeza e desastres;*

alucinações auditivas em que vozes acusam ou difamam; alucinações olfativas de carne em decomposição ou de sujeira apodrecida e retardo psicomotor evoluindo para estupor”. Este autor faz referência ao quadro psicótico caracterizando-o por alterações da sensopercepção (alucinações, ilusões e distorções) e prevalência de ideias delirantes.

Por sua vez, Horimoto (2005, p.37) menciona *“os quadros graves podem evoluir também com sintomas psicóticos (delírios ou alucinações), que geralmente têm cunho depressivo. O paciente pode por exemplo apresentar delírios persecutórios, afirmando que alguém o está perseguindo e quer prejudica-lo; ou alucinações auditivas (por exemplo,0 ouvir vozes que o depreciam e ordenam que ele se mate) ”*.

Portanto, é essencial para a prática clínica na psiquiatria, a obtenção de uma descrição clara das ideias que o doente realmente mantém. Os delírios são ideias que o doente acredita serem verdadeiras, mas que nós observadores consideramos falsas. *“Um delírio é uma ideia ou crença falsa, inabalável, fora do contexto educacional, cultural e social do doente e mantida com extraordinária convicção e certeza subjetiva. Subjetivamente, ou fenomenologicamente, é indistinguível de uma crença verdadeira”* (Sims, 2011, p.131).

O doente tende a preservar esta crença com a idêntica convicção e intensidade com que sustenta outras crenças não delirantes sobre si mesmo, como qualquer pessoa sustenta crenças próprias não delirantes com intensidade.

O delírio persecutório é o conteúdo mais comum dos delírios. Estes delírios acontecem em vários contextos distintos, nomeadamente na esquizofrenia, nas psicoses afetivas do tipo maníaco e depressivo e nos estados orgânicos, tanto agudos quanto crónicos (Sims, 2011).

Vários autores, nomeadamente Sims (2011) e Stuart et al (2001), consideram que os delírios prevalentes nos quadros depressivos são o delírio de culpabilidade, delírio de ruína e niilista, delírio hipocondríaco, delírio de infestação. Abordaremos de seguida, sucintamente, cada um deles.

Sims (2011) expõe que o delírio de culpabilidade é comum na perturbação depressiva e que levam, frequentemente, ao suicídio e, mais

raramente, ao homicídio. Para este autor as crenças sobre culpa podem dominar totalmente o pensamento de um doente e relata uma história sobre uma mulher que *“passava o dia a caminhar apressada pela casa, a retorcer as mãos, e a dizer à sua preocupada família que ela própria era odiosa, indigna, que merecia morrer (...) Ao ser-lhe sugerido que viesse ao hospital, ela presumia que seria assassinada ao chegar lá, e então pediu que fosse morta já ali, para assim receber o justo castigo”* Sims (2011, p.153).

Relativamente ao delírio niilista, este é uma forma depressiva de autoimposição de culpa, ao contrário do delírio persecutório em que a culpa é atirada sobre outro facto (Sims, 2011).

O delírio hipocondríaco sugere preocupação somática excessiva e atenção mórbida a detalhes do funcionamento corporal (Stuart et al, 2001).

Para além destas alterações do pensamento (atividade delirante), podem surgir outros sintomas psicóticos, nomeadamente as alterações da perceção, onde é comum a atividade alucinatória. Sims (2011) menciona que em termos fenomenológicos, as alucinações são o género mais expressivo de falsas perceções e, ao que nós chamamos de alucinação, para o doente é uma *experiência social normal*.

Portanto, as alucinações *“são falsas perceções sensoriais que ocorrem na ausência de qualquer estímulo externo. Elas são diferenciadas das distorções e ilusões, que envolvem perceções erróneas de estímulos reais. O paciente percebe as alucinações, pelo menos temporariamente, como reais”* (Kaplan et al, 1995, p.79).

Num episódio depressivo grave com sintomas psicóticos as alucinações mais comuns são as auditivas, em que vozes acusam ou difamam e, as alucinações olfativas de carne em decomposição ou de lixo (Cordeiro et al, 2007).

Para intervir satisfatoriamente, no sentido de detetar alteração da perceção, ou seja alucinação, o enfermeiro deve verificar se existe um aparente registo de estímulos sensoriais que na realidade não estão presentes (Amaral, 2010).

2. A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Cada vez mais os portadores de doenças mentais procuram com maior frequência atendimento em emergência psiquiátrica. A incidência de emergência psiquiátrica é elevada, sendo comum o *delirium*, a ansiedade, a depressão e o surto psicótico (Cordeiro et al, 2007).

De acordo com Kapczinski et al (2001, p.17), emergência psiquiátrica é *“qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (vida ou injúria grave) para o paciente ou para outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata”*.

Numa emergência psiquiátrica é comum sermos confrontados com violência e ameaças de violência. A depressão grave é uma das condições psiquiátricas que por vezes se associa à violência.

Torna-se fundamental um atendimento de emergência no sentido de atuar preventivamente, em que todos os profissionais envolvidos estejam aptos para lidar com os diversos e diferentes cenários de acidentes ou incidentes.

Kapczinski et al (2001) consideram que os principais objetivos de um atendimento de emergência são a estabilização do quadro, o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, a exclusão de uma causa orgânica e o encaminhamento. A estabilização do quadro consiste em estabelecer um sintoma-alvo a ser abordado e controlado. Os outros objetivos do atendimento podem ser alcançados a partir do controle do sintoma-alvo através da colheita da história, o exame do paciente, etc. O controle do sintoma alvo requer, por vezes, muito esforço (por exemplo, numa agitação psicomotora) ou pode-se desenrolar conjuntamente aos demais processos do atendimento (por

exemplo, ansiedade relacionada a ideação suicida). Considera o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica fundamental para que haja uma opinião daquilo que está a causar a situação de emergência do doente. Mesmo que seja, ainda, uma hipótese do diagnóstico, é uma referência para avaliação da evolução do doente e para a condução do atendimento.

Muitas das manifestações psíquicas são consequentes de doenças orgânicas, por isso é fundamental a realização de exames complementares para auxiliar no diagnóstico diferencial. Petroianu (2002) faz referência ao hemograma completo; sódio, potássio, cloro, CO₂ (dióxido de carbono), cálcio, fósforo, magnésio; ureia e creatinina; glicemia; enzimas hemáticas, fosfatase alcalina, bilirrubinas direta e indireta; tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial; urina I e sedimento quantitativo; T₃ (triiodotironina), T₄ (tiroxina) e TSH (hormona estimulante da tireoide); Alcoolemia, teste de drogas de abuso na urina; ECG (eletrocardiograma), EEG (eletroencefalograma) e outros conforme indicação específica. A exclusão de uma causa orgânica é necessária e indispensável, podendo estar na base das alterações do estado mental do utente. Kapczinski et al (2001) salientam que a história do paciente, o exame físico e o exame do estado mental, mais especificamente consciência, atenção, senso-percepção, orientação e memória são indicativos que sugerem prováveis alterações orgânicas. A partir da suspeita devem ser pedidos exames laboratoriais complementares.

Após a identificação e controle dos riscos e, posteriormente a estabilização do quadro, o doente deve ser encaminhado para o seguimento do tratamento ao incidente que desencadeou a emergência. Esse encaminhamento pode ser para um internamento hospitalar, hospital-dia, ambulatório, entre outros.

2.1. Intervenção em Crise no SII (Serviço de Intervenção Intensiva) e o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental)

O SII psiquiátrico é um serviço que se ocupa da psiquiatria de emergência, que requer competências específicas e particulares para lidar com situações para as quais é frequentemente necessária a intervenção terapêutica imediata. O internamento neste serviço de um doente com sintomatologia depressiva tem como objetivo estabelecer um tratamento adequado e impedir, no caso de por exemplo de um paciente suicida, o ato impulsivo do suicídio.

Os técnicos de saúde que constituem a equipe do SII devem estar preparados para qualquer intervenção que exige uma prevenção para o aumento da violência, seja uma intervenção comportamental, farmacológica e/ou psicossocial.

De acordo com Moreno et al cit por Sá et al (2008) “crise” deriva da palavra grega krisis, que significa “decisão”, deriva do verbo krino e, quer dizer “eu decido, separo, julgo.

Parada cit por Sá et al (2008) define Crise como *“um estado de desequilíbrio emocional do qual uma pessoa que se vê incapaz de sair com os recursos de afrontamento que habitualmente costuma empregar em situações que a afetam emocionalmente”*.

Quando um paciente apresenta uma crise psiquiátrica, o seu funcionamento geral é afetado, comprometendo as suas capacidades e apresentando dificuldades em assumir as suas responsabilidades pessoais.

Segundo Caplan (1964) cit por Townsend (2002, p.154), o termo crise é definido como o *“desequilíbrio psicológico numa pessoa que se defronta com uma circunstância de risco, que constitui para ela um problema importante, do qual ele não pode no momento nem fugir nem resolver com os recursos habituais de resolução de problemas.”*

Os indivíduos que apresentam uma crise têm uma necessidade urgente de assistência, precisam de ajuda imediata. Muitas vezes, estes indivíduos, tendo em conta o seu estado emocional, não são capazes de resolver problemas, precisando de assistência e apoio de uma outra pessoa

para ajudar a mobilizar os recursos necessários para resolver a crise, protegendo o indivíduo e ajudando a alcançar alívio. Já admitia Sá (2008) que o indivíduo pode apresentar sinais e sintomas clínicos em resposta à condição provocada pela crise, exigindo determinada intervenção para a sua resolução.

Existe pois um conjunto de alterações a nível comportamental para o qual se torna fundamental uma intervenção imediata. Exemplos comuns são a tentativa de suicídio, automutilação e a incapacidade de o doente reconhecer que os sintomas da sua doença não são normais, ou seja, o juízo crítico encontra-se comprometido. Por sua vez, Aguilera cit por Stuart et al (2001, p. 258) admite que *“o objetivo da intervenção em crise é que o indivíduo retorne a um nível de funcionamento anterior à crise.”*

Quando a resolução da crise se dá de forma adaptativa, surgem três momentos, a de dominar a situação atual, a de elaborar conflitos passados e a de aprender estratégias para o futuro (Parada cit por Sá, 2008). Sá (2008) revela que Erickson (1971), em concordância com o entendimento de que a crise se pode manifestar como uma oportunidade positiva, já a definia como *“um ponto crítico necessário ao desenvolvimento, capaz de conduzir o indivíduo a tomar uma direção ou outra, de modo a encaminhar seus recursos para o próprio crescimento, recuperação e maior diferenciação”*.

O estado de crise é limitado no tempo, quase sempre manifestado por um evento desencadeado e, a sua resolução final depende de fatores como a severidade do episódio e dos recursos pessoais e sociais do sujeito afetado (Moreno et al, cit por Sá et al, 2008).

Em situação de crise são produzidas emoções intensas, tanto para o paciente como para os seus familiares, pessoas próximas e até mesmo para os terapeutas. É necessário que a pessoa adquira a capacidade de resolver as suas dificuldades. Existem pessoas que possuem a capacidade de resistir emocionalmente aos eventos traumáticos. Chama-se a isto *resiliência*. *“As pessoas resilientes conseguem manter um equilíbrio estável sem que tenham afetado o seu rendimento e a sua vida em geral, quando acometidos por situações traumáticas”* (Sá et al, 2008).

A intervenção em crise é um procedimento para exercer efeito na atividade psicológica do indivíduo durante o período de desequilíbrio, atenuando o impacto direto do episódio traumático (Sá et al, 2008). Segundo os mesmos, o objetivo é ajudar a acionar a parte saudável mantida da pessoa, assim como os seus recursos sociais, encarando de modo adaptativo as consequências do *stress*.

Portanto, podemos considerar que a crise é uma resposta face a uma situação de perigo, capaz de ameaçar a integridade da pessoa sendo que a equipe do Serviço de Intervenção Intensiva deverá estar preparada para qualquer atuação imediata.

Para melhor conhecer e compreender o doente que dá entrada neste tipo de serviço, é fundamental a realização da entrevista psiquiátrica. A entrevista psiquiátrica e o exame psíquico proporcionam os componentes essenciais para a abordagem inicial.

Petroianu (2002, p. 268), adaptado de Louzã et al. mostra-nos um quadro onde nos fala dos elementos essenciais num exame psíquico:

QUADRO 5: Elementos essenciais num exame psíquico

EXAME PSIQUICO

Aparência: Como se apresenta o paciente? Calado? Desconfiado? Agitado? Comunicativo? Fácies triste ou alegre? Movimenta-se muito? Tem pupilas dilatadas ou contraídas?

Consciência: O paciente está vigil? Sonolento? Confuso? Compreende o que se passa ao seu redor?

Atenção/ orientação/ memória/ desempenho cognitivo: o paciente presta atenção no entrevistador? Distrai-se com facilidade? Consegue concentrar-se na entrevista? Lembra-se dos seus dados pessoais e dados atuais? É capaz de memorizar alguns números ou palavras e repeti-los após alguns minutos?

Pensamento: o paciente fala ou pensa muito rápido ou lentamente? Compreende-se o que o paciente fala? É possível acompanhar o seu raciocínio? O paciente compreende o que o médico pergunta? O paciente consegue fazer abstrações e compreender conceitos abstratos? Fala sem nexos? Apresenta ideias bizarras, estranhas? Ideias delirantes de

perseguição ou outros temas? Há ideias ou planos de suicídio?

Senso-percepção: o paciente tem percepções sensoriais distorcidas? Refere que está tendo visões? Ouvindo vozes ou sons? Refere sensações tácteis estranhas?

Humor e afetividade: o humor está depressivo, triste? Eufórico, alegre? Irritado? Mostra reações emocionais incoerentes com o contexto? Está indiferente emocionalmente?

Julgamento e crítica: O paciente consegue avaliar adequadamente a sua condição de saúde? Percebe que está doente?

Inteligência: Compreende uma linguagem mais abstrata? Expressa-se de forma muito simples, concreta?

Pragmatismo: O paciente está apático? É capaz de cuidar de si?

No caso, por exemplo, de um paciente com ideação suicida ou tentativa de suicídio, que dá entrada num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico, é essencial que a entrevista seja feita num local tranquilo. Nestas situações, o risco de suicídio tem que ser estudado. *“A avaliação envolve perguntar explicitamente sobre ideias (frequência, intensidade, tipo) e planos de suicídio (dia, hora, local, escolha do método, aquisição de armas, cartas) ”* (Petroianu, 2002, p.269).

E porque nos quadros depressivos, as tentativas de suicídio são muito comuns, e são um dos maiores motivos pela qual são admitidos no SII, importa ressaltar o tipo de perguntas a realizar numa entrevista à pessoa com comportamento suicida. De acordo com a OMS cit por Horimoto et al (2005, p.179), as questões que devem ser colocadas são demonstradas no quadro seguinte:

QUADRO 6: Perguntas direcionadas à pessoa com comportamento suicida

Perguntando sobre a presença de ideação suicida

1. Tem obtido prazer nas coisas que tem realizado?
2. Sente-se útil na vida que está levando?
3. Sente que a vida perdeu o sentido?
4. Tem esperança que as coisas vão melhorar?
5. Pensou que seria melhor morrer?

6. Tem pensamentos de pôr fim à sua própria vida?
7. São ideias passageiras ou persistentes?
8. Pensou em como se mataria?
9. Já tentou ou chegou a fazer algum preparativo?
10. Tem conseguido resistir a esses pensamentos?
11. É capaz de se proteger e retornar para a próxima consulta?
12. Tem esperança de ser ajudado?

Avaliar se a pessoa apresenta um plano definido para cometer suicídio

1. Você tem algum plano para acabar com a sua vida?
2. Você tem uma ideia de como vai fazê-lo?

Investigar se a pessoa possui os meios (método) para suicídio

1. Você tem comprimidos, arma, inseticida ou outros meios?
2. Os meios são facilmente disponíveis para si?

Descobrir se a pessoa fincou alguma data para cometer suicídio

1. Você decidiu quando planejar acabar com a sua vida?
2. Quando está a planejar fazê-lo?

As tentativas de suicídio estão significativamente relacionadas com os quadros depressivos e como tal, é fundamental a sua discussão com o paciente. *“Falar abertamente sobre suicídio não induz suicídio; pelo contrário abre espaço para o diálogo e percepção de alternativas para a desesperança”* (Petroianu, 2002, p.269).

No SII, perante um doente suicida, ou seja, um paciente que apresenta risco iminente de suicídio, é essencial uma boa avaliação do seu estado mental, verificar se tem ou não *insight* para a sua situação, a sua segurança, acesso fácil aos terapeutas, nomeadamente à enfermagem.

Existe um tempo limitado para a realização de uma entrevista psiquiátrica pelas características clínicas que obrigam a uma intervenção precoce. O objetivo desta entrevista é a busca ativa dos sinais e sintomas presentes no doente. Porém, procede-se à avaliação psiquiátrica de emergência quando possível, depende sempre do estado do doente à entrada deste serviço e da afluência de indivíduos que esperam para serem observados. Similarmente Sadock et al (2008, p.416) referem que *“uma entrevista de emergência é semelhante a uma entrevista psiquiátrica tradicional, exceto pela limitação de tempo imposta por outros pacientes*

que aguardem para serem atendidos e pela possível sensação de urgência em avaliar o risco para o paciente e para terceiros”.

O local de atendimento deve reunir todas as condições necessárias. Kapczinski et al (2001, p.18 e 19) mencionam alguns detalhes importantes no atendimento ao doente psiquiátrico:

- I. Procurar o local com máxima privacidade possível, permitindo ao doente expressar-se livremente, evitando que ele se exponha física e moralmente;
- II. Assegurar que o local é seguro, evitando que o doente tenha em seu alcance materiais cortantes ou objetos que possam ser utilizados para agredir;
- III. Simplificar o acesso de outros profissionais de saúde e de segurança ao local de atendimento;
- IV. Preservar a porta do consultório aberta e manter-se próximo dela, no caso de se ficar sozinho com o doente;
- V. Se possível saber antecipadamente que tipo de pessoa será atendido, para preparar o material para a contenção mecânica, preparação da medicação para eventuais quadros de agitação psicomotora. A solicitação de pessoal de segurança pode ser essencial para o atendimento podendo ser necessário a sua colaboração no caso dos indivíduos agressivos e agitados;

Num SII existem quartos de Observação Intensiva necessários para proporcionar um local com estímulos reduzidos para acomodar os pacientes com quadro de agitação, psicomotora e agressividade (auto e heteroagressividade). Este espaço foi idealizado, de acordo com Faile et al cit por Cordeiro et al (2007), para manter um ambiente terapêutico, tanto para os pacientes que apresentam esses estados como para os utentes que estejam em observação no serviço.

Um doente com sintomatologia depressiva necessita muitas vezes deste tipo de quarto tendo em conta o risco de suicídio acrescido. Os mesmos autores concordam que a contenção do espaço é muitas vezes suficiente para a resolução da ocorrência.

Esta intervenção é útil quando o que se pretende é proteger o doente, outros doentes e a equipe do perigo. Por vezes, os membros da

equipe têm sentimentos negativos sobre o uso de intervenções restritivas como o isolamento e contenção física. No entanto, são intervenções de enfermagem legais, éticas e terapêuticas quando usadas adequadamente (Stuart et al, 2001).

Para além da contenção física, depara-se frequentemente com a necessidade de realizar contenção mecânica, como medida protetora para o doente, para os outros utentes e equipe terapêutica. Contudo, Stuart et al (2001, p.671) defendem que *“a restrição de movimentos de pacientes é o último dos recursos e só se deve recorrer a ela, quando se faz necessário controlar condutas violentas ou de alto risco para a saúde e vida do próprio indivíduo, dos outros pacientes internados ou da equipe que o atende”*.

Para salvaguardar o doente e os técnicos que o rodeiam, no internamento, devemos tomar algumas precauções: remoção de objetos perigosos que estejam ao alcance do doente, local de fácil observação pela equipa de enfermagem, dar ênfase ao risco de suicídio nos registos de enfermagem, contacto pessoal constante no sentido de dar apoio e não de discutir com o doente.

Numa tentativa de suicídio, após a estabilização do quadro, o enfermeiro deverá estar atento no sentido de proporcionar um ambiente seguro e sossegado. Faile et al cit por Cordeiro et al (2007) salientam a importância da remoção dos pertences do doente, objetos que sejam nitidamente perigosos para a sua vida, tais como lâminas de barbear, aparelhos de depilação, navalhas, bisturis, armas de fogo ou armas brancas, objetos perfurantes ou pontiagudos, cordas entre outros.

Para além disso, outras considerações devem ser tidas em conta, como estar atento às lesões que o doente apresenta e registá-las adequadamente, a fim de evitar complicações futuras para a equipe assistencial; vigilância constante a fim de garantir que o doente não vai utilizar outros materiais como toalhas e lençóis e, evitar que a medicação esteja ao alcance do doente para evitar uma tentativa de suicídio através da IMV (ingestão medicamentosa voluntária).

Para uma contenção adequada, são necessárias seis pessoas, sendo uma pessoa em cada membro, uma para suportar a cabeça e outra para preparar o material (Faile et al cit por Cordeiro et al, 2007).

Cordeiro et al. (2007) mostram-nos o procedimento com dicas a adotar numa contenção, que passamos a fazer referência aos itens mais usuais no caso de um doente deprimido com ideais de suicídio, risco de suicídio:

- ✓ Uma vez percebido o risco de agressão do doente, a equipe de 5 pessoas deve-se colocar ao lado do mesmo;
- ✓ Apenas uma dessas pessoas deve comunicar com o utente para que colabore com o tratamento;
- ✓ O interlocutor deve perceber se há ou não intenção do doente colaborar com a equipe e atender à sua solicitação. Os outros membros devem estar atentos às atitudes do doente;
- ✓ Se o doente não colaborar, o interlocutor deve certificar-lhe que, a partir daquele momento, ele será contido com a finalidade de protegê-lo e aos demais;
- ✓ Assim, a equipe deve imediatamente segurá-lo e após o controle da situação, deve-se colocar o paciente no leito e as faixas de contenção

Importante ressaltar que a indicação de contenção deverá estar devidamente documentada.

A equipa que intervém na contenção deve adotar cuidados para se protegerem, nomeadamente a proteção das mãos com luvas mesmo quando se sabe que o utente não sofre de doenças infecto-contagiosas; ter em atenção aos adornos como brincos, correntes, colares, entre outros, pelos riscos que representam ao se prenderem em qualquer lugar durante a atuação e/ou porque o utente usa esses adornos para causar sofrimentos na equipe (voluntária ou involuntariamente); ter cuidados com os óculos; ter atenção especial para não ser atingido pelo utente intencional ou acidentalmente em qualquer parte do corpo (Cordeiro et al, 2007).

A decisão de terminar com o isolamento ou a contenção deve ser bem delineada e organizada. Para a tomada desta decisão, Stuart et al (2001) têm em linha de conta o seguinte: a revisão do comportamento que

precipitou a intervenção e a competência presente do doente executar controle sobre o seu comportamento; para uma avaliação correta do nível de controle do doente é fundamental uma comunicação cuidadosa; ter em conta que o doente pode estar sujeito a variações diurnas e a mudanças de resposta a diferentes enfermeiros da equipe.

Para além das intervenções já mencionadas, existem as de caráter farmacológico podem ser efetivas no manejo do comportamento violento nos quadros depressivos com ou sem sintomatologia psicótica. Stuart et al (2001) fazem referência a alguns agentes terapêuticos, muito sucintamente: os antidepressivos são eficazes no controlo do comportamento impulsivo e agressivo associado com alterações do humor.

Durante as emergências psiquiátricas são usadas frequentemente os sedativos-hipnóticos e os agentes anti-ansiedade, para sedar doentes por exemplo com alto risco de suicídio associado à depressão. Muitas vezes o que é efetivo no comportamento violento é a administração de antipsicóticos, não pelas propriedades antipsicóticas mas pela sedação que provocam (Stuart et al, 2001).

Depois de reconhecidas as competências do EESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria), os enfermeiros especialistas podem, para além dos cuidados gerais, executar cuidados de enfermagem especializados na área clínica a que estão habilitados.

O Regulamento nº129/2011, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, preconiza as seguintes competências do EESMP. Passamos a citar textualmente as competências do EESMP patentes no artigo 4º do regulamento:

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:
 - a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
 - b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias da cada contexto;
 - d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

A OE (2012, p.1) assume que *“na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade”*. Acrescenta:

“ O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e pareceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução”. (OE, 2012, p.1)

Relativamente a esta temática, os EESMP deverão identificar adequadamente a sintomatologia depressiva e desenvolver competências no sentido de ajudar o jovem adulto com esta sintomatologia num SII psiquiátrico. Evitar o agravamento da situação do doente, promovendo a recuperação e a qualidade de vida deste e da sua família, são os focos de atenção do enfermeiro.

Sendo o SII psiquiátrico um serviço de atendimento urgente raramente é possível a realização de psicoterapias. No entanto, o trabalho de enfermagem vislumbra de uma outra forma, através de uma assistência

segura, absoluta e de qualidade. O enfermeiro deve ser empático, autêntico, criativo nas práticas do cuidar. Assim, o enfermeiro de saúde mental consegue mais facilmente a expressão de percepções, pensamentos e sentimentos por parte do utente e relaciona-as com as atitudes observadas e mencionadas. O seu trabalho numa emergência psiquiátrica destaca-se pela *“autonomia (...) na tomada de decisões com relação às intervenções terapêuticas, uma vez que possuem conhecimento especializado em Enfermagem Psiquiátrica”* (Faile et al cit por Cordeiro et al, 2007, p.241).

Numa intervenção em crise, Stuart et al (2001) enunciam que o enfermeiro deve ser flexível, criativo, experimentando várias técnicas distintas como a libertação, clarificação, sugestão, manipulação, reforço do comportamento, apoio das defesas, aumento da autoestima e exploração de soluções. A libertação consiste, como o próprio nome indica, na liberdade das emoções exprimidas pelo paciente para que a tensão seja minorada. Efetua-se através do encorajamento por parte do enfermeiro a falar sobre os eventos que estão a desenvolver a crise. Quando a expressão das emoções parece fora do controlo, o enfermeiro deve cessar, ou seja, desencorajar esta libertação. Quando o enfermeiro ajuda o doente a identificar a relação entre os eventos, comportamentos e situações, estamos perante a Clarificação. O objetivo é obter uma melhor compreensão dos sentimentos e de como eles levam ao desenrolar de uma crise. A sugestão consiste em influenciar alguém no sentido de aceitar uma ideia ou uma crença. O objetivo é ver o enfermeiro como uma pessoa calma, esperançosa, empática e em quem pode confiar o que pode deixar o doente menos ansioso e mais confiante. Por sua vez, a manipulação é uma técnica na qual o enfermeiro usa as emoções do doente em benefício desse no processo terapêutico. Quando o comportamento saudável e adequado do doente é reforçado pelo enfermeiro, estamos perante o reforço do comportamento, elogiando as respostas positivas do doente. O apoio das defesas ocorre quando o enfermeiro estimula o uso de defesas saudáveis e desmobiliza as defesas mais desajustadas. Os mecanismos de defesa são utilizados para lidar com situações stressantes e para manter a autoestima

“na intervenção em crise as defesas não são atacadas, mas, sim, gentilmente incentivadas ou desencorajadas. Quando as defesas são atacadas, o paciente não consegue manter a autoestima e a integridade do ego. Não há tempo suficiente, na intervenção em crise, para substituir as defesas atacadas por novas defesas. Levar o paciente ao nível anterior de funcionamento, não à reestruturação das suas defesas, é o objetivo da intervenção em crise”.

Para a elevação da autoestima, o enfermeiro deve ajudar o doente a reconquistar o amor próprio, reforçando que o paciente é capaz de participar ativamente na descoberta de soluções para os seus problemas. A exploração de soluções vai permitir que o enfermeiro e o doente explorem soluções para a crise, nomeadamente respostas nas quais o doente não havia pensado antes podem surgir durante o diálogo com o enfermeiro à medida que a ansiedade reduz.

Portanto, a comunicação é essencial para a prática de enfermagem psiquiátrica para que haja um bom resultado da intervenção de enfermagem e promover alteração comportamental adaptativa, na base do relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente.

Além da utilização destas técnicas, Morley, Messick e Aguilera cit por Stuart et al (2001), fazem referência a atitudes essenciais para o enfermeiro que trabalha em situações de crise, como no caso do serviço de intervenção intensiva psiquiátrico. São as seguintes:

- ✓ Encarar esse trabalho como tratamento de escolha para pessoas em crise;
- ✓ A avaliação do problema deve ser vista como um componente necessário para o tratamento, mas uma avaliação diagnóstica completa não é necessária;
- ✓ Ter em conta o objetivo e as limitações do tempo, deixando de lado os assuntos que não tenham relação com a crise;
- ✓ Assumir um papel ativo e uma abordagem flexível.

A abordagem terapêutica da equipe de enfermagem num indivíduo deprimido consiste no *“oferecimento do apoio, no estímulo à expressão de pensamentos e sentimentos e no estabelecimento de limites”* (Faile cit por Cordeiro et al, 2007, p.252).

Torna-se fundamental abordar o doente com respeito, dignidade e interesse o que irá facilitar o desenvolvimento de uma relação de confiança entre doente-terapeuta.

2.2. Situação Ético-Legal dos Cuidados de Enfermagem Psiquiátrica

O internamento hospitalar pode ser traumático ou confortador para o utente, dependendo muitas vezes do tipo de internamento. Existem dois tipos de internamento, o voluntário e o involuntário (compulsivo).

Stuart et al (2001, p. 184) apresentam-nos uma tabela que resume as características que os diferenciam:

QUADRO 7: Características dos dois tipos de internamento nos hospitais psiquiátricos

	Internamento voluntário	Internamento involuntário
Baixa	Solicitação por escrito pelo paciente	Solicitação não se origina do paciente
Alta	Iniciada pelo paciente	Iniciada pelo hospital ou pelo sistema judicial mas não pelo paciente
Direitos Cívicos	Plenamente retidos pelo paciente	O paciente pode não reter nenhum direito, reter alguns ou todos, dependendo da lei estadual
Justificativa	Busca voluntariamente	ajuda Mentalmente enfermo e um ou mais dos seguintes quesitos: - representa perigo para si ou outros, -Necessita de tratamento, - é incapaz de atender às suas próprias necessidades básicas

O internamento voluntário indica que o utente admite que tem problemas, procurando ajuda para enfrentá-los e possivelmente participará ativamente na procura de soluções. Mas nem sempre é possível o internamento voluntário.

Stuart et al (2001, p.184) revelam *“um paciente pode estar acentuadamente perturbado, suicida ou ser perigoso para si mesmo ou para os outros, mas rejeitar qualquer intervenção terapêutica. Nesses casos, torna-se necessário o confinamento involuntário”*

O internamento involuntário ou internamento compulsivo é um procedimento legal de internamento para portadores de anomalia psíquica grave. Ou seja, é uma intervenção de última linha nos indivíduos que manifestam perturbações mentais graves e recusam o tratamento. O que se pretende é a proteção da comunidade e de terceiros relativamente ao comportamento do doente ou para a proteção do próprio, de comportamento agressivo, ideação suicida ou autodestrutiva.

A lei da Saúde Mental institui os princípios gerais da política de saúde mental e regulamenta o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, nomeadamente dos indivíduos com doença mental (Lei da Saúde Mental, p.3544). O capítulo II desta Lei faz referência ao internamento compulsivo, ou seja do internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave. O artigo 8º faz referência aos seguintes princípios gerais:

- 1 - O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.
- 2 - O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcional ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.
- 3 - Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.
- 4 - As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento interno.

Laraia et al (2001) explicam o procedimento do internamento compulsivo: o processo principia com uma petição por uma pessoa próxima, seja ela um parente, amigo, agente público, médico ou cidadão, notificando que a pessoa está mentalmente enferma e carece de tratamento. Em seguida é realizado um exame do estado mental do doente por um ou dois médicos. Segundo estes autores, o procedimento seguinte é a tomada da decisão, ou seja, se o doente deve ser ou não internado. Decisão esta determinada pelo médico. Posteriormente, a confirmação legal ou judicial é determinado por um juiz ou por um júri numa audiência formal. O paciente pode obter aconselhamento/orientação legal para se preparar para a audiência. Por fim, o confinamento administrativo é definido por oficiais de um tribunal especial.

Determinando que a pessoa oferece risco para si mesma ou para outros, ou é mentalmente doente e necessita de tratamento e/ou é incapaz de satisfazer às necessidades básicas, como abrigo e alimentação, essa pessoa é internada.

Quando um doente apresenta-se acentuadamente descompensado mentalmente, é necessário um internamento de emergência, com o intuito de proteger a integridade física do utente e a de terceiros.

PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

3. CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO

Para a OMS (2002), a investigação científica tem um papel fundamental no âmbito de produzir novos conhecimentos e desenvolver ferramentas adequadas para manter a saúde e combater as doenças.

A investigação em Enfermagem sobre a temática da sintomatologia depressiva no jovem adulto é primordial para a identificação adequada dos sintomas e respetivas intervenções. Este conhecimento vai permitir que os cuidados prestados vão de encontro às necessidades de cada indivíduo. Por outro lado será uma forma de contribuir para a melhoria dos registos de enfermagem.

Assim, sentimos necessidade de realizar um estudo descritivo e exploratório sobre a sintomatologia depressiva dos jovens adultos internados num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico, pelos contributos que esta análise pode trazer não só para a investigação mas também para a profissão de enfermagem.

4. FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A investigação científica permite-nos a aquisição de conhecimentos no sentido de encontrar respostas para as questões que pretendemos esclarecer. Assim, Fortin (2009, p.4) esclarece *“a investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos (...) o processo consiste em examinar fenómenos com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar”*.

Este estudo é de carácter exploratório, retrospectivo e descritivo: pretende-se conhecer algumas características sociodemográficas e clínicas do adulto jovem bem como a relação entre estes fatores e os cuidados de enfermagem.

Na pesquisa efetuada não foram encontrados estudos em Portugal que abordem esta temática e à sua relação com as variáveis em análise. Dado que existe escasso conhecimento acerca desta temática, optamos por um estudo descritivo que vai contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos.

Pretendemos estudar a sintomatologia depressiva dos jovens adultos que entraram para o internamento num determinado período de tempo. *“No estudo retrospectivo, o fator e o acontecimento, isto é, causa e efeito, são já observáveis no momento em que o estudo começa”* (Fortin, 2009, p.251).

Essencialmente, o nosso estudo pretende identificar focos de enfermagem, ou seja, os sintomas da depressão bem como as intervenções adequadas, para que a prática de enfermagem se possa otimizar na abordagem do jovem adulto internado no serviço de intervenção intensiva.

Segundo Fortin (2009), o enunciado dos objetivos do estudo de investigação deve indicar claramente qual é o fim que o investigador persegue.

Assim, no contexto desta pesquisa, os objetivos são:

- Descrever as características sociodemográficas dos jovens adultos internados num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico;
- Caracterizar a sintomatologia depressiva que o jovem adulto apresenta;
- Caracterizar as intervenções de que foram alvo por parte dos enfermeiros;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva.
- Analisar a relação entre sintomatologia depressiva e as intervenções de enfermagem.

Atendendo às linhas que regem as metodologias de investigação e perante os objetivos delineados para este estudo, a metodologia de pesquisa implementada para sua realização foi a do paradigma quantitativo que *“está orientado para os resultados e sua generalização”* (Fortin, 2009, p.29).

5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia, segundo Fortin (1999, p.372) é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”. Assim, iremos descrever os aspetos principais da metodologia escolhida, nomeadamente o tipo de estudo, as variáveis, a população, o procedimento adotado para a recolha de dados, considerações éticas que se atenderam para a concretização deste estudo e a análise dos dados.

5.1. Tipo de Estudo

O estudo enquadra-se no paradigma quantitativo, de carácter exploratório, dada a escassez de trabalhos realizados na identificação da sintomatologia depressiva no jovem adulto num internamento de um serviço de intervenção intensiva psiquiátrico. É também um estudo descritivo, tendo em conta que existe pouca informação acerca da sintomatologia depressiva no jovem adulto e da prestação de cuidados de enfermagem.

Quanto ao tempo, este estudo é retrospectivo, ou seja, foram colhidos dados sobre exposições do passado, o processo a ser pesquisado já ocorreu.

5.2. Questões de Investigação

A questão de investigação é “*um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar*” (Fortin, 1999, p.101).

Neste contexto e, tendo em conta a concretização deste estudo, enunciam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a sintomatologia depressiva mais frequente no jovem adulto num serviço de intervenção intensiva?
- Quais as intervenções de enfermagem de que foram alvos os jovens adultos com sintomatologia depressiva?
- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva do jovem adulto?
- Qual a relação entre as intervenções de enfermagem e a sintomatologia depressiva do jovem adulto?

5.3. População e Amostra

A população alvo é um conjunto de pessoas ou de elementos de um grupo que têm características em comum e que é submetida a um estudo (Fortin, 2009). A caracterização da população alvo é feita pelo investigador que estabelece critérios de seleção para o estudo, determina a amostra e delimita o seu tamanho. Assim, a amostra é uma fração da população sobre a qual se faz o estudo, em que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (Fortin, 2009).

A população alvo é a totalidade dos elementos que estão em estudo e em relação aos quais se deseja obter informações. É constituída por todos os jovens adultos que deram entrada num Serviço de Intervenção Intensiva

Psiquiátrico de um Hospital Psiquiátrico do Porto, no último semestre de 2011 e o primeiro de 2012.

A amostra é a parte selecionada da população que se vai observar de modo a que seja possível “estimar” alguma coisa da população. Neste caso são os utentes com idade compreendida entre os 18-30 anos e que apresentam o diagnóstico de enfermagem no SAPE de humor depressivo e humor subdepressivo, num total de 91 indivíduos.

É de referir que o diagnóstico humor subdepressivo é utilizado no SAPE, apesar de não estar parametrizado na CIPE.

5.4. Variáveis

Neste estudo definiu-se como variáveis principais a *sintomatologia depressiva e intervenções de enfermagem*. As variáveis secundárias são: *género, idade, estado civil e duração do internamento*.

5.5. Instrumentos de Colheita de Dados

Dado a natureza do estudo, foi utilizado o registo informático da base de dados usada no hospital onde foi realizado o estudo, o Sistema de Apoio à Prática de enfermagem (SAPE), baseado na CIPE versão beta 2. Foi utilizado uma grelha de recolha de dados que se encontra no Anexo I.

5.6. Procedimento para a Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com recurso à base de dados SAPE, no Serviço de Intervenção Intensiva de um Hospital Psiquiátrico no Porto. O SAPE tem

“como entidade responsável a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e é um software aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), ainda na sua versão Beta 2, e que permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde” (Campos, 2012, p. 22).

O SAPE está direcionado para a atividade diária do enfermeiro e visa a organização e o tratamento de informação, atuada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do doente. Tem como objetivos suportar a atividade diária dos enfermeiros e uniformizar o sistema de registos de enfermagem (Campos, 2012).

A terminologia utilizada para a formulação dos diagnósticos de enfermagem e para a definição do seu status corresponde à usada pelos enfermeiros na introdução dos dados pelo que, provavelmente, pode haver alguma disparidade e mesmo algumas imprecisões tendo em conta a nomenclatura da CIPE. Por exemplo, o diagnóstico humor subdepressivo, apesar de utilizado, não é foco de atenção/diagnóstico na nomenclatura da CIPE.

5.7. Estratégia para Análise de Dados

A estatística descritiva foi utilizada para descrever as características sociodemográficas, foco de enfermagem e tipos de intervenção dos doentes, através das frequências absolutas e relativas. Incluíram-se, ainda, as médias e desvios padrão, para as variáveis contínuas ou intervalares.

Para avaliar se a distribuição das variáveis contínuas ou intervalares segue a distribuição normal foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se considerado como nível de significância $\alpha=0,01$. Nas restantes análises estatísticas considerou-se como nível de significância $\alpha=0,05$.

Na comparação de proporções foi utilizado o teste de χ^2 .

Os dados foram analisados utilizando o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0 para Windows.

5.8. Considerações éticas

A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de permissões e de interdições com grande importância na vida das pessoas e em que estas se inspiram para guiar a sua conduta (Fortin, 2009). Assim, foi dado especial ênfase às questões éticas, de confidencialidade da informação e garantia de anonimato, inerentes à realização de um estudo desta natureza, dispensando a consulta de processo clínico e de realização de consentimento informado.

Em Dezembro de 2012 foi submetido o pedido de autorização para realização do estudo, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Psiquiátrico onde o estudo foi efetuado (Anexo I). Em Abril de 2013 a Comissão de Ética do Hospital em causa aprovou a realização do estudo (Anexos II). Após a autorização formal de ambos, realizou-se a colheita de dados através da consulta do sistema da base de dados, a SAPE, de todos os doentes internados no último semestre de 2011 e o primeiro de 2012, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos.

Assim, a consulta dos dados foi feita através do recurso à base de dados informática do hospital garantindo a confidencialidade dos dados em estudo.

O estudo foi delineado e executado no mais rigoroso cumprimento de todos os princípios éticos inerentes à realização de um estudo desta natureza.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados tem como finalidade efetuar uma apresentação dos resultados obtidos sob a forma narrativa, realçando o fundamental, permitindo comparar e confrontar os resultados entre si (Fortin, 2009).

Assim, apresentamos neste capítulo os resultados obtidos na colheita de dados. Os resultados estão organizados em duas partes: na primeira parte apresentam-se os resultados relativos aos jovens adultos com sintomatologia depressiva em termos da sua caracterização sociodemográfica (género, estado civil, idade, duração do internamento).

Para realizar a caracterização sociodemográfica optamos por apresentar os resultados em tabela com o propósito de facilitar a sua leitura. Na segunda parte apresentamos a relação entre as variáveis focos de enfermagem e intervenções de enfermagem.

6.1. Caraterização Sociodemográfica

No período compreendido entre o último semestre de 2011 e primeiro de 2012, foram consultados os dados informáticos dos utentes que reuniam os critérios de inclusão no nosso estudo.

TABELA 1: Descrição das características sociodemográficas dos participantes

N	91
Idade (anos), \bar{X} dp	25,3 (3,4)
Duração internamento (dias), \bar{X} dp	2,5 (2,7)
Género, n (%)	
Feminino	58 (63,7)
Masculino	33 (36,3)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	72 (79,1)
Casado	13 (14,3)
Divorciado	5 (5,5)
União de facto	1 (1,1)

A amostra em estudo foi constituída por noventa e um indivíduos ($n=91$) com uma média de idades de 25,3 anos ($dp=3,4$). O tempo médio de internamento dos participantes no Serviço de Intervenção Intensiva foi de 2,5 dias ($dp=2,7$).

No que respeita ao género, 63,7% dos indivíduos são do género feminino e 36,3% são do género masculino. A maior parte dos participantes é solteira (79,1%), sendo que 14,3% são casados, 5,5% são divorciados e um indivíduo encontra-se em união de facto (1,1%) (Tabela 1).

6.2. Caracterização das Variáveis Principais

Na análise realizada à base de dados, identificaram-se trinta e nove focos de enfermagem associados aos humor depressivo e subdepressivo, cujas frequências absoluta e relativa se apresentam nas tabelas seguintes:

TABELA 2: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Humor depressivo

Humor depressivo	N	%
Sim	86	94,5
Não	5	5,5
Total	91	100,0

Tal como podemos verificar na Tabela 2, 94,5% da amostra apresenta o diagnóstico de enfermagem humor depressivo.

TABELA 3: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Humor subdepressivo

Humor subdepressivo	N	%
Sim	5	5,5
Não	86	94,5
Total	91	100,0

O humor subdepressivo representa apenas 5,5% da amostra.

TABELA 4: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Vontade de viver diminuída

Vontade de viver diminuída	N	%
Sim	41	45,1
Não	50	54,9
Total	91	100,0

Verifica-se, que 45,1% da amostra apresentavam vontade de viver diminuída, existindo efetivamente um risco acrescido de suicídio.

TABELA 5: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio

Risco de suicídio	N	%
Sim	9	9,9
Não	82	90,1
Total	91	100,0

O risco de suicídio representa 9,9% da amostra.

TABELA 6: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio

Tentativa de suicídio	N	%
Sim	5	5,5
Não	86	94,5
Total	91	100,0

Apenas em 5,5% da amostra se verificou o diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio.

TABELA 7: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio por IMV

Tentativa de suicídio por IMV	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Por outro lado, verificamos que 1,1% apresentam tentativa de suicídio por IMV.

TABELA 8: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Alucinação auditiva

Alucinação auditiva	N	%
Sim	6	6,6
Não	85	93,4
Total	91	100,0

TABELA 9: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Alucinação visual e auditiva

Alucinação visual e auditiva	N	%
Sim	3	3,3
Não	88	96,7
Total	91	100,0

TABELA 10: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Percepção: Alucinação auditiva

Percepção: Alucinação auditiva	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Foram identificados os diagnósticos de enfermagem Alucinação auditiva (6,6%), Alucinação auditiva e visual (3,3%), Percepção: alucinação visual (1,1%), que podem indiciar patologia psicótica (Tabelas 8, 9, 10).

TABELA 11: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Autocontrole impulso ineficaz

Autocontrole impulso ineficaz	N	%
Sim	3	3,3
Não	88	96,7
Total	91	100,0

TABELA 12: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco autocontrole impulso ineficaz

Risco autocontrole impulso ineficaz	N	%
Sim	4	4,4
Não	87	95,6
Total	91	100,0

Relativamente ao foco de enfermagem auto-controle, os diagnósticos de enfermagem reconhecidos foram o autocontrole impulso ineficaz (3,3%) e o risco autocontrole impulso ineficaz (4,4%) (Tabelas 11, 12).

TABELA 13: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Alimentar-se comprometido por recusa

Alimentar-se comprometido por recusa	N	%
Sim	2	2,2
Não	89	97,8
Total	91	100,0

TABELA 14: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ingestão nutricional por história de bulimia

Ingestão nutricional por história de bulimia	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 15: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ingestão de alimentos insuficiente

Ingestão de alimentos insuficiente	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 16: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar

Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 17: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Alimentar-se em quantidade insuficiente

Alimentar-se: quantidade insuficiente	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 18: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ingestão nutricional insuficiente

Ingestão nutricional insuficiente	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

No que diz respeito às alterações alimentares, os diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros do SII foram: Alimentar-se comprometido por recusa (2,2%), Ingestão nutricional por apresentar história de bulimia (1,1%), Ingestão de alimentos insuficiente (1,1%), Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar (1,1%), Alimentar-se: quantidade insuficiente (1,1%), Ingestão nutricional insuficiente (1,1%) (Tabelas 13, 14, 15, 16, 17, 18).

TABELA 19: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Autoagressão

Autoagressão	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 20: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Risco de autoagressão

Risco de autoagressão	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 21: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Risco de automutilação

Risco de automutilação	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 22: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico

Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 23: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Ação desviante por comportamento autolítico

Ação desviante por comportamento autolítico	N	%
Sim	5	5,5
Não	86	94,5
Total	91	100,0

TABELA 24: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Risco de comportamento autoagressivo

Risco de comportamento autoagressivo	N	%
Sim	5	5,5
Não	86	94,5
Total	91	100,0

Relativamente a outros comportamentos autolíticos, verificamos ainda a Autoagressão (1,1%), Risco de autoagressão (1,1%), Risco de automutilação (1,1%), Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico (1,1%), Ação desviante por comportamento autolítico (5,5%), Risco de comportamento autoagressivo (5,5%).

TABELA 25: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia

Insónia intermédia	N	%
Sim	4	4,4
Não	87	95,6
Total	91	100,0

TABELA 26: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia inicial

Insónia inicial	N	%
Sim	7	7,7
Não	84	92,3
Total	91	100,0

TABELA 27: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia final

Insónia final	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 28: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia total

Insónia total	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 29: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia e terminal

Insónia intermédia e terminal	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Os indivíduos da nossa amostra apresentaram insónia intermédia (4,4%), insónia inicial (7,7%), insónia final (1,1%), insónia total (1,1%), insónia intermédia e terminal (1,1%).

TABELA 30: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ansiedade

Ansiedade	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 31: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Ansiedade em grau moderado

Ansiedade em grau moderado	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Relativamente ao sintoma da depressão Ansiedade, a nossa amostra apresentou Ansiedade (1,1%) e Ansiedade em grau moderado (1,1%).

TABELA 32: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Angústia

Angústia	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Apenas 1,1% da amostra apresentou o sintoma Angústia, também comum nos quadros depressivos

TABELA 33: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento alterado

Pensamento alterado	N	%
Sim	2	2,2
Não	89	97,8
Total	91	100,0

TABELA 34: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento (delírio)

Pensamento (delírio)	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 35: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento alterado: delírio persecutório

Pensamento alterado: delírio persecutório	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 36: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento: delírio de envenenamento

Pensamento: delírio de envenenamento	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 37: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem Pensamento: delírio místico

Pensamento: delírio místico	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

TABELA 38: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Pensamento: mutismo

Pensamento: mutismo	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Para além da sintomatologia psicótica relativa às alterações da perceção, foram encontradas alterações do pensamento, nomeadamente Pensamento alterado (2,2%) - não especificando o tipo de alteração, Pensamento por delírio (1,1%), Pensamento alterado por delírio persecutório (2,2%), Pensamento alterado por delírio de envenenamento (1,1%), Pensamento alterado por delírio místico (1,1%), Pensamento alterado por mutismo (1,1%).

TABELA 39: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Crise

Crise	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Foi verificado que apenas 1,1% da amostra possui o diagnóstico de enfermagem Crise, o que acaba por ser um contrassenso, tendo em conta o tipo de serviço onde foi realizada a colheita de dados.

TABELA 40: Frequências absoluta e relativa do diagnóstico de enfermagem
Hostilidade

Hostilidade	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Verificou-se que 1,1% da amostra apresentou Hostilidade.

No que concerne aos focos de enfermagem, os mais prevalentes na amostra em estudo foram o humor depressivo (94,5%) e a vontade de viver diminuída (45,1%). Os focos que ocorreram com menor frequência foram: a tentativa de suicídio por IMV (1,1%), as alucinações auditivas (6,6%), a ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia (1,1%), a ingestão de alimentos insuficiente (1,1%), a fraca adesão ao regime terapêutico alimentar (1,1%), alimentar-se em quantidade insuficiente (1,1%), ingestão nutricional insuficiente (1,1%), auto-agressão (1,1%), risco de auto-agressão (1,1%), risco de auto-mutilação (1,1%), auto-controlo impulso ineficaz por comportamento autolítico (1,1%), ação desviante por comportamento autolítico (1,1%), risco de comportamento auto-agressivo (1,1%), insónia final (1,1%), insónia total (1,1%), insónia intermédia e terminal (1,1%), ansiedade (1,1%), ansiedade em grau moderado (1,1%), angústia (1,1%), pensamento (delírio) (1,1%), pensamento: delírio de envenenamento (1,1%), pensamento: delírio místico (1,1%), pensamento: mutismo (1,1%), crise (1,1%) e hostilidade (1,1%).

Passamos agora a apresentar a descrição das vinte e sete intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros.

TABELA 41: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar humor

Vigiar humor	N	%
Sim	89	97,8
Não	2	2,2
Total	91	100,0

Verifica-se que 97,8% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Vigiar Humor.

TABELA 42: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ideação suicida

Vigiar ideação suicida	N	%
Sim	33	36,3
Não	58	63,7
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Vigiar ideação suicida representa 36,3% da amostra.

TABELA 43: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio

Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	N	%
Sim	4	4,4
Não	87	95,6
Total	91	100,0

Apenas 4,4% da amostra tem como intervenção de enfermagem Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio.

TABELA 44: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar vontade de viver

Vigiar vontade de viver	N	%
Sim	39	42,9
Não	52	57,1
Total	91	100,0

Verificou-se que a 42,9% da amostra foi vigiada a vontade de viver.

TABELA 45: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar alucinação

Vigiar	N	%
alucinação		
Sim	11	12,1
Não	80	87,9
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Vigiar alucinação representa 12,1% da amostra.

TABELA 46: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar autocontrole

Vigiar	N	%
autocontrole		
Sim	7	7,7
Não	84	92,3
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Vigiar autocontrole representa 7,7% da amostra.

TABELA 47: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar autoagressão

Vigiar	N	%
autoagressão		
Sim	3	3,3
Não	88	96,7
Total	91	100,0

Apenas a 3,3% da amostra foi executada esta intervenção de enfermagem.

TABELA 48: Frequências absoluta e relativa da intervenção Proteger a integridade da pessoa

Proteger a integridade da pessoa	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Proteger a integridade da pessoa representa 1,1% da amostra.

TABELA 49: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar refeição

Vigiar refeição	N	%
Sim	5	5,5
Não	86	94,5
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Vigiar refeição representa 5,5% da amostra.

TABELA 50: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ingestão de alimentos

Vigiar ingestão de alimentos	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Por sua vez, a intervenção de enfermagem Vigiar ingestão de alimentos representa 1,1%.

TABELA 51: Frequências absoluta e relativa da intervenção Incentivar a pessoa alimentar-se

Incentivar a pessoa alimentar-se	N	%
Sim	3	3,3
Não	88	96,7
Total	91	100,0

Incentivar a pessoa a alimentar-se surge em 3,3% da amostra.

TABELA 52: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar sono

Vigiar sono	N	%
Sim	14	15,4
Não	77	84,6
Total	91	100,0

Verificamos que a 15,4% da amostra foi executada a intervenção de enfermagem Vigiar o sono.

TABELA 53: Frequências absoluta e relativa da intervenção Facilitar o sono

Facilitar o sono	N	%
Sim	6	6,6
Não	85	93,4
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Facilitar o sono representa 6,6% da amostra.

TABELA 54: Frequências absoluta e relativa da intervenção Evitar interrupção do sono

Evitar interrupção do sono	N	%
Sim	6	6,6
Não	85	93,4
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Evitar interrupção do sono representa 6,6% da amostra.

TABELA 55: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir medicação em SOS

Gerir medicação em SOS	N	%
Sim	9	9,9
Não	82	90,1
Total	91	100,0

A intervenção Gerir a medicação representa 9,9% da amostra.

TABELA 56: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir medicação hipnótica em SOS

Gerir medicação hipnótica em SOS	N	%
Sim	4	4,4
Não	87	95,6
Total	91	100,0

Por sua vez, a intervenção Gerir a medicação hipnótica em SOS foi executada a 4,4% da amostra.

TABELA 57: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir a comunicação

Gerir a comunicação	N	%
Sim	37	40,7
Não	54	59,3
Total	91	100,0

No que diz respeito à intervenção Gerir a comunicação, foi executada a 40,7% da amostra.

TABELA 58: Frequências absoluta e relativa da intervenção Gerir o ambiente físico

Gerir o ambiente físico	N	%
Sim	37	40,7
Não	54	59,3
Total	91	100,0

Verifica-se que 40,7% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Gerir o ambiente físico.

TABELA 59: Frequências absoluta e relativa da intervenção Escutar o doente

Escutar o doente	N	%
Sim	3	3,3
Não	88	96,7
Total	91	100,0

Verifica-se que 3,3% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Escutar o doente.

TABELA 60: Frequências absoluta e relativa da intervenção Encorajar projetos de vida

Encorajar projetos de vida	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Por outro lado, a 1,1% foi executada a intervenção de enfermagem Encorajar projetos de vida.

TABELA 61: Frequências absoluta e relativa da intervenção Encorajar a comunicação expressiva de emoções

Encorajar a comunicação expressiva de emoções	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Verifica-se que 1,1% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Encorajar a comunicação expressiva de emoções.

TABELA 62: Frequências absoluta e relativa da intervenção Requerer serviço médico

Requerer serviço médico	N	%
Sim	7	7,7
Não	84	92,3
Total	91	100,0

Verifica-se que 7,7% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Requerer serviço médico.

TABELA 63: Frequências absoluta e relativa da intervenção Promover o envolvimento da família

Promover o envolvimento da família	N	%
Sim	3	3,3
Não	88	96,7
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Promover o envolvimento da família, foi executada a 3,3% da amostra.

TABELA 64: Frequências absoluta e relativa da intervenção Promover o humor adequado

Promover o humor adequado	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

A intervenção de enfermagem Promover o humor adequado, foi executada a 1,1% da amostra.

TABELA 65: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar pensamento

Vigiar pensamento	N	%
Sim	7	7,7
Não	84	92,3
Total	91	100,0

Verifica-se que 7,7% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Vigiar pensamento.

TABELA 66: Frequências absoluta e relativa da intervenção Vigiar ação do doente

Vigiar ação do doente	N	%
Sim	1	1,1
Não	90	98,9
Total	91	100,0

Verifica-se que 1,1% da amostra foi sujeita à intervenção de enfermagem Escutar o doente.

Os tipos de intervenção mais frequentes na amostra em estudo foram vigiar o humor (97,8%), vigiar a vontade de viver (42,9%) e gerir a comunicação e o ambiente físico (40,7%). Com menor frequência foram usadas as seguintes intervenções: proteger a integridade da pessoa (1,1%), vigiar ingestão de alimentos (1,1%), encorajar projetos de vida (1,1%), encorajar a comunicação expressiva de emoções (1,1%), promover o humor adequado (1,1%) e vigiar ação do doente (1,1%).

6.3. Relação entre Variáveis

Passamos agora a apresentar um conjunto de tabelas com o resultado do cruzamento da variável sócio-demográfica género, idade e estado civil, com o diagnóstico de enfermagem.

TABELA 67: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Humor depressivo, Humor subdepressivo

		Humor depressivo		Humor subdepressivo	
		N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	30	34,9%	3	60,0%
	Feminino	56	65,1%	2	40,0%
Idade em categorias	<=24 anos	36	41,9%	2	40,0%
	>24 anos	50	58,1%	3	60,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	68	79,1%	4	80,0%
	Casado	12	14,0%	1	20,0%
	Divorciado	5	5,8%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	1	1,2%	0	0,0%

No que diz respeito à relação entre o género e os diagnósticos de enfermagem, pode-se verificar que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados para humor depressivo (65,1%). Por outro lado, os homens obtiveram valores médios mais elevados de humor subdepressivo (60%). Quanto à relação entre a idade e os diagnósticos de enfermagem, podemos constatar que a população com idade superior a 24 anos obteve valores médios mais elevados para os diagnósticos de enfermagem humor subdepressivo (60%) e humor depressivo (58,1%). Verifica-se que o estado civil solteiro obteve, valores médios mais elevados para os diagnósticos de enfermagem humor subdepressivo (80%), humor depressivo (79,1%).

Tabela 68: Relação entre as variáveis sociodemográficas e o diagnóstico de enfermagem Vontade de viver

		Vontade de viver diminuída	
		N	%
Género dos doentes	Masculino	8	19,5%
	Feminino	33	80,5%
Idade em categorias	<=24 anos	14	34,1%
	>24 anos	27	65,9%
Estado civil dos doentes	Solteiro	33	80,5%
	Casado	3	7,3%
	Divorciado	4	9,8%
	Viúvo	0	0,0%
	União de facto	1	2,4%

Relativamente à relação entre o género e o diagnóstico de enfermagem vontade de viver diminuída, pode-se verificar que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados (80,5%). Quanto à relação entre a idade e o diagnóstico de enfermagem vontade de viver diminuída, podemos constatar que a população com idade superior a 24 anos obteve valores médios mais elevados (65,9%). Verifica-se que o estado civil solteiro obteve, valores médios mais elevados (80,5%).

Tabela 69: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Risco de suicídio, Tentativa de suicídio, Tentativa de suicídio por IMV

		Risco de suicídio		Tentativa de suicídio		Tentativa de suicídio por IMV	
		N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	2	22,2%	1	20,0%	0	0,0%
	Feminino	7	77,8%	4	80,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	4	44,4%	2	40,0%	1	100,0%
	>24 anos	5	55,6%	3	60,0%	0	0,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	8	88,9%	5	100,0%	1	100,0%
	Casado	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%

Divorciado	5	5,8%	0	0,0%	4	9,8%
Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Pode-se verificar que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados de Tentativa de suicídio por IMV (100%), Tentativa de suicídio (80%) e Risco de suicídio (77,8%). Quanto à relação entre a idade e os diagnósticos de enfermagem, podemos constatar que a população com idade superior a 24 anos obteve valores médios mais elevados para os diagnósticos de enfermagem tentativa de suicídio (60%) e risco de suicídio (55,6%). Contudo, verificou-se que a população com idade igual ou inferior a 24 anos obteve valores médios mais elevados para o diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio por IMV (100%). Verifica-se também que o estado civil solteiro apresenta valores médios mais elevados para estes três diagnósticos de enfermagem, ou seja, para Tentativa de suicídio (100%), Tentativa de suicídio por IMV (100%) e risco de suicídio (88,9%).

TABELA 70: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Alucinação auditiva, Alucinação visual e auditiva, Percepção: alucinações auditivas

		Alucinação auditiva		Alucinação visual e auditiva		Percepção: alucinações auditivas	
		N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	1	16,7%	2	66,7%	1	100,0%
	Feminino	5	83,3%	1	33,3%	0	0,0%
Idade em categorias	<=24 anos	3	50,0%	2	66,7%	1	100,0%
	>24 anos	3	50,0%	1	33,3%	0	0,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	5	83,3%	2	66,7%	1	100,0%
	Casado	1	16,7%	1	33,3%	0	0,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

No que diz respeito ao género, e apesar do número reduzido de ocorrências, verificamos que os homens obtiveram valores médios mais elevados de Perceção: alucinações auditivas (100%) e Alucinação visual e auditiva (66,7%). Ao contrário do diagnóstico de enfermagem Alucinação auditiva (83,3%), sendo o género feminino a prevalecer. Com idade inferior ou igual a 24 anos observamos que os diagnósticos de enfermagem mais identificados pelos enfermeiros são a Perceção: alucinações auditivas (100%), alucinação visual e auditiva (66,7%). Relativamente ao diagnóstico Alucinação auditiva (50%) verificou-se em ambas as categorias de idade. Verifica-se que o estado civil solteiro obteve valores médios mais elevados para os três diagnósticos de enfermagem, ou seja, Perceção: alucinações auditivas (100%), Alucinação auditiva (83,3%) e Alucinações visuais e auditivas (66,7%).

TABELA 71: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Alimentar-se comprometido por recusa, Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia, Ingestão de alimentos insuficiente, Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar, Alimentar-se: quantidade insuficiente

		Alimentar-se comprometido por recusa		Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia		Ingestão de alimentos insuficiente		Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar		Alimentar-se: quantidade insuficiente	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Feminino	2	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
	>24 anos	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	1	50,0%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	Casado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Para o diagnóstico de enfermagem Alimentar comprometido por recusa obteve-se uma percentagem maior para o sexo feminino (100%), com idade superior a 24 anos (100%), sendo que 50% são solteiros e os restantes 50% vivem em união de facto. O mesmo se verificou relativamente ao diagnóstico Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia à exceção do estado civil, em que os solteiros representam a generalidade (100%). O género feminino prevaleceu nos restantes diagnósticos de enfermagem, nomeadamente para a Ingestão de alimentos insuficiente, Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar e Alimentar-se: quantidade insuficiente. Em relação à idade, o diagnóstico de enfermagem Ingestão de alimentos insuficiente prevalece nos indivíduos com idade inferior ou igual a 24 anos e no estado civil solteiro. Na Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar e Alimentar-se: quantidade insuficiente predomina a idade superior a 24 anos, sendo que no primeiro domina o estado civil divorciado e no segundo o solteiro.

TABELA 72: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Autoagressão, Risco de autoagressão, Risco de automutilação

		Autoagressão		Risco de autoagressão		Risco de automutilação	
		N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Feminino	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	>24 anos	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
	Casado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

No que diz respeito ao género, verificamos que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados de Autoagressão (100%) e Risco de automutilação (100%). Ao contrário do diagnóstico de enfermagem Risco de

autoagressão (100%), sendo o género masculino a prevalecer. Relativamente à idade para os três diagnósticos, a categoria que prevalece é a superior a 24 anos (100%), bem como o estado civil solteiro (100%).

TABELA 73: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz, Risco Autocontrolo impulso ineficaz, Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico, Ação desviante por comportamento autolítico, Risco de comportamento autoagressivo

		Autocontrolo impulso ineficaz		Risco autocontrolo impulso ineficaz		Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico		Ação desviante por comportamento autolítico		Risco de comportamento autoagressivo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		Género dos doentes	Masculino	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Feminino	3	100,0%	2	50,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	1	33,3%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	>24 anos	2	66,7%	1	25,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	3	100,0%	4	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	Casado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nesta tabela, verifica-se que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados de Autocontrolo impulso ineficaz (100%), Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico (100%), Ação desviante por comportamento autolítico (100%) e Risco de comportamento autoagressivo (100%). O diagnóstico de enfermagem Risco autocontrolo impulso ineficaz verifica-se em igual percentagem para ambos os sexos (50%). A idade superior a 24 anos foi a categoria que obteve maior percentagem para os diagnósticos de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico (100%), Ação desviante por comportamento autolítico (100%), Risco de comportamento autoagressivo (100%) e autocontrolo impulso ineficaz (66,7%). Por sua vez, a categoria de idade inferior ou igual a 24 anos obteve valores

médios mais elevados para o diagnóstico de enfermagem Risco autocontrolo impulso ineficaz (75,0%). O estado civil Solteiro prevalece nos diagnósticos de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz (100%), Risco autocontrolo impulso ineficaz (100%), Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico (100%), Risco de comportamento agressivo (100%). O diagnóstico de enfermagem Ação desviante por comportamento autolítico verifica-se numa percentagem maior no estado civil Divorciado.

TABELA 74: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Insónia final, Insónia total, Insónia intermédia e terminal, Insónia intermédia, Insónia inicial

		Insónia final		Insónia total		Insónia intermédia e terminal		Insónia intermédia		Insónia inicial	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	3	42,9%
	Feminino	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	3	75,0%	4	57,1%
Idade em categorias	<=24 anos	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	2	50,0%	4	57,1%
	>24 anos	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	2	50,0%	3	42,9%
Estado civil dos doentes	Solteiro	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	3	75,0%	6	85,7%
	Casado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Verificamos que as mulheres obtiveram de forma consistente, valores médios mais elevados de Insónia final (100%), Insónia total (100%), Insónia intermédia e terminal (100%), Insónia intermédia (75,0%) e Insónia inicial (57,1%). Por sua vez, a idade superior a 24 anos obteve maior percentagem nos diagnósticos de enfermagem Insónia total (100%). O diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia verifica-se em igual percentagem para ambas as categorias de idade (50%). A categoria de idade inferior ou igual a 24 anos obteve valores médios mais elevados para o diagnóstico de enfermagem

Insónia final (100%), Insónia intermédia e terminal (100%) e Insónia inicial (57,1%). O estado civil solteiro apresenta valores médios mais elevados para os cinco diagnósticos em causa, ou seja Insónia final (100%), Insónia total (100%), Insónia intermédia e terminal (100%), Insónia inicial (85,7%) e Insónia intermédia (75%).

TABELA 75: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Angústia, Ansiedade, Ansiedade em grau moderado

		Angústia		Ansiedade		Ansiedade em grau moderado	
		N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Feminino	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	>24 anos	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
	Casado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Verificamos que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados de Angústia (100%) e Ansiedade em grau moderado (100%). A categoria de idades superior a 24 anos obteve também valores médios mais elevados para a Angústia (100%) e Ansiedade (100%). O estado civil Solteiro prevalece para os três diagnósticos de enfermagem (100%).

TABELA 76: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Pensamento alterado, Pensamento (delírio), Pensamento alterado: delírio persecutório, Pensamento: delírio de envenenamento, Pensamento: delírio místico

		Pensamento alterado		Pensamento (delírio)		Pensamento alterado: delírio persecutório		Pensamento: delírio de envenenamento		Pensamento: delírio místico	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	1	50,0%	1	100,0%	1	50,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Feminino	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	1	50,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	>24 anos	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	2	100,0%	1	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
	Casado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Verificamos que os homens obtiveram de forma consistente, valores médios mais elevados de pensamento delírio (100%), pensamento delírio de envenenamento (100%). O Pensamento alterado e o Pensamento alterado: delírio persecutório têm uma percentagem equivalente em ambos os géneros (50%). A categoria de idade superior a 24 anos também obteve valores médios mais altos para Pensamento alterado: delírio persecutório (100%), Pensamento: delírio de envenenamento (100%). E para a idade inferior ou igual a 24 anos prevalece o pensamento (delírio) e pensamento: delírio místico. Obteve-se uma maior percentagem em todos estes diagnósticos de enfermagem para o estado civil solteiro (100%).

TABELA 77: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os diagnósticos de enfermagem Mutismo, Crise, Hostilidade

		Mutismo		Crise		Hostilidade	
		N	%	N	%	N	%
Género dos doentes	Masculino	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Feminino	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Idade em categorias	<=24 anos	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
	>24 anos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Estado civil dos doentes	Solteiro	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Casado	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viúvo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	União de facto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Verificamos que as mulheres obtiveram valores médios mais elevados de Mutismo (100%) e de Hostilidade (100%). Os homens obtiveram valores médios mais elevados de Crise (100%). A categoria de idade inferior ou igual a 24 anos prevalece nos diagnósticos de enfermagem Crise e Hostilidade (100%). Obteve-se uma maior percentagem no diagnóstico de enfermagem Crise para o estado civil solteiro. O contrário se verificou para o Mutismo e a Hostilidade, que prevalece o estado civil casado. Do estudo da relação entre as variáveis género, idade, estado civil e focos de enfermagem foi possível constatar que os focos mais prevalentes, humor depressivo e vontade de viver diminuída, são os mais prevalentes no género feminino, nos indivíduos mais velhos (idade > a 24 anos) e nos indivíduos solteiros.

Apresentamos de seguida a relação entre os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem executadas pelos enfermeiros.

TABELA 78: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Humor depressivo, Humor subdepressivo, Vontade de viver diminuída.

	Humor depressivo		Humor subdepressivo		Vontade de viver diminuída	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	85	98,8%	5	100,0%	40	97,6%
Vigiar ideação suicida	31	36,0%	2	40,0%	27	65,9%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	4	4,7%	0	0,0%	2	4,9%
Vigiar vontade de viver	35	40,7%	3	60,0%	39	95,1%
Vigiar alucinação	10	11,6%	0	0,0%	3	7,3%
Vigiar autocontrolo	7	8,1%	0	0,0%	4	9,8%
Vigiar autoagressão	2	2,3%	1	20,0%	3	7,3%
Proteger a integridade da pessoa	1	1,2%	0	0,0%	1	2,4%
Vigiar refeição	5	5,8%	0	0,0%	3	7,3%
Vigiar ingestão de alimentos	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	3	3,5%	0	0,0%	3	7,3%
Vigiar sono	11	12,8%	2	40,0%	8	19,5%
Facilitar o sono	4	4,7%	2	40,0%	4	9,8%
Evitar interrupção do sono	4	4,7%	2	40,0%	3	7,3%
Gerir medicação em SOS	9	10,5%	0	0,0%	2	4,9%
Gerir medicação hipnótica em SOS	3	3,5%	0	0,0%	1	2,4%
Gerir a comunicação	35	40,7%	3	60,0%	17	41,5%
Gerir o ambiente físico	35	40,7%	2	40,0%	18	43,9%
Escutar o doente	3	3,5%	0	0,0%	2	4,9%
Encorajar projetos de vida	1	1,2%	0	0,0%	1	2,4%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	6	7,0%	0	0,0%	2	4,9%
Promover o envolvimento da família	3	3,5%	0	0,0%	1	2,4%
Promover o humor adequado	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	7	8,1%	0	0,0%	1	2,4%
Vigiar ação do doente	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%

As intervenções de enfermagem mais executadas nos indivíduos cujo os diagnósticos de enfermagem é o humor depressivo são Vigiar o humor (98,8%), Vigiar vontade de viver (40,7%) e Vigiar ideação suicida (36,0%). Relativamente ao diagnóstico de enfermagem Humor subdepressivo, verificamos que as intervenções de enfermagem executadas são Vigiar humor (100%), Vigiar vontade de viver (60,0%), Gerir a comunicação (60,0%). No que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem Vontade de viver diminuída as intervenções de enfermagem executadas em maior número foram Vigiar humor (97,6%), Vigiar vontade de viver (95,1%) e Vigiar ideação suicida (65,9%).

TABELA 79: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Risco de suicídio, Tentativa de suicídio, Tentativa de suicídio por IMV

	Risco de suicídio		Tentativa de suicídio		Tentativa de suicídio por IMV	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	9	100,0%	5	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	9	100,0%	5	100,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	2	22,2%	2	40,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	5	55,6%	2	40,0%	1	100,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	1	20,0%	1	100,0%
Vigiar autoagressão	1	11,1%	1	20,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	2	22,2%	1	20,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	1	11,1%	1	20,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	1	11,1%	1	20,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Gerir a comunicação	1	11,1%	2	40,0%	1	100,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	2	40,0%	1	100,0%
Escutar o doente	0	0,0%	1	20,0%	1	100,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%

Verificamos na Tabela 79 que a amostra cujo diagnóstico de enfermagem é o Risco de suicídio apresentam em número significativo as intervenções de enfermagem Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%) e Vigiar vontade de viver (55,6%). Por sua vez, relativamente ao diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio, as intervenções executadas pelos enfermeiros do SII foram Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%) e Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio (40%), Vigiar vontade de viver (40%), Gerir a comunicação (40%), Gerir o ambiente físico (40%). Para o diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio por IMV, os enfermeiros executaram as intervenções Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar a vontade de viver (100%), Vigiar o autocontrolo (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%), Escutar o doente (100%).

TABELA 80: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Alucinação auditiva, Alucinação visual e auditiva e Percepção: alucinações auditivas

	Alucinação auditiva		Alucinação visual e auditiva		Percepção: alucinações auditivas	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	5	83,3%	2	66,7%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	16,7%	1	33,3%	0	0,0%
Vigiar alucinação	6	100,0%	3	100,0%	1	100,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	0	0,0%	1	33,3%	1	100,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Gerir medicação em SOS	2	33,3%	2	66,7%	1	100,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	1	33,3%	1	100,0%
Gerir a comunicação	4	66,7%	2	66,7%	1	100,0%
Gerir o ambiente físico	4	66,7%	2	66,7%	1	100,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	3	50,0%	2	66,7%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Vigiar pensamento	1	16,7%	1	33,3%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Por sua vez, na tabela 80, para o diagnóstico de enfermagem Alucinação auditiva, as intervenções executadas pelos enfermeiros do SII foram Vigiar alucinação (100%), Vigiar humor (83,3%), Gerir a comunicação (66,7%), Gerir o ambiente físico (66,7%), Requerer serviço médico (50,0%). Por outro lado, para a Alucinação visual e auditiva, as intervenções de enfermagem executadas foram Vigiar alucinação (100%), Vigiar humor (66,7%), Gerir a medicação em SOS (66,7%), Gerir a comunicação (66,7%), Gerir o ambiente físico (66,7%) e Requerer serviço médico (66,7%). Relativamente ao diagnóstico de enfermagem Percepção: alucinação auditiva, as intervenções foram Vigiar humor (100%), Vigiar alucinação (100%), Vigiar o sono (100%), Facilitar o sono (100%), Evitar a interrupção do sono (100%), Gerir a medicação em SOS (100%), Gerir a medicação hipnótica em SOS (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%).

TABELA 81: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz, Risco autocontrolo impulso ineficaz

	Autocontrolo impulso ineficaz		Risco autocontrolo impulso ineficaz	
	N	%	N	%
Vigiar humor	3	100,0%	4	100,0%
Vigiar ideação suicida	1	33,3%	1	25,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	2	66,7%	2	50,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	3	100,0%	4	100,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	0	0,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%

Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	1	33,3%	1	25,0%
Gerir o ambiente físico	2	66,7%	2	50,0%
Escutar o doente	1	33,3%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%

À amostra cujo diagnóstico de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz foi identificado foram sujeitas às seguintes intervenções: Vigiar humor (100%), Vigiar autocontrolo (100%), Vigiar vontade de viver (66,7%), Gerir o ambiente físico (66,7%). As intervenções de enfermagem executadas à amostra com o diagnóstico de enfermagem Risco autocontrolo impulso ineficaz foram Vigiar humor (100%), Vigiar autocontrolo (100%), Vigiar vontade de viver (50%), Gerir o ambiente físico (50%), Vigiar ideação suicida (50%), Gerir a comunicação (25%).

TABELA 82: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia, Ingestão de alimentos insuficiente, Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar

	Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia		Ingestão de alimentos insuficiente		Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%

Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar sono	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

A amostra para a qual foi identificado o diagnóstico de enfermagem Ingestão nutricional por apresentar historial de bulimia, foram-lhe executadas as intervenções de enfermagem Vigiar humor (100%), Vigiar refeição (100%). Relativamente ao diagnóstico de enfermagem Ingestão de alimentos insuficiente as intervenções de enfermagem foram Vigiar humor (100%), Vigiar refeição (100%), Vigiar ingestão de alimentos (100%). Para a amostra que

apresentou o diagnóstico de enfermagem Fraca adesão ao regime terapêutico, foram executadas as intervenções de enfermagem Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Incentivar a pessoa alimentar-se (100%), vigiar o sono (100%), Gerir a medicação em SOS (100%).

TABELA 83: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Alimentar-se: quantidade insuficiente, Alimentar-se comprometido por recusa

	Alimentar-se: quantidade insuficiente		Alimentar-se comprometido por recusa	
	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	2	100,0%
Vigiar ideação suicida	0	0,0%	2	100,0%
Vigiar ação do doente em risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	100,0%	2	100,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	1	100,0%	2	100,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	2	100,0%
Vigiar sono	0	0,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	0	0,0%	1	50,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	1	50,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	1	100,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%

Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%

A amostra cujos diagnósticos de enfermagem identificados foram Alimentar-se: quantidade insuficiente foi sujeita às seguintes intervenções: Vigiar humor (100%), vigiar vontade de viver (100%), Vigiar refeição (100%) e Promover o envolvimento da família (100%).

Por sua vez, a amostra que apresenta o diagnóstico de enfermagem Alimentar-se comprometido por recusa, as intervenções de enfermagem executadas foram Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Vigiar refeição (100%), Incentivar a pessoa alimentar-se (100%), Gerir a comunicação (50%), Gerir o ambiente físico (50%).

TABELA 84: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Risco de autoagressão, Risco de automutilação, Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico

	Risco de autoagressão		Risco de automutilação		Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar vontade de viver	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar autoagressão	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Vigiar sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

No que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem Risco de autoagressão, à amostra do estudo foram executadas as intervenções de enfermagem Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%) e Vigiar autoagressão (100%). Por sua vez os indivíduos cujos diagnósticos de enfermagem identificados foram Risco de automutilação e Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico foram sujeitas às intervenções de enfermagem Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio (100%), vigiar autocontrolo (100%), Vigiar autoagressão (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir a comunicação (100%) e Gerir o ambiente físico (100%).

TABELA 85: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem
 Ação desviante por comportamento autolítico, Risco de comportamento
 autoagressivo, Autoagressão

	Ação desviante por comportamento autolítico		Risco de comportamento autoagressivo		Autoagressão	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar- se	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Vigiar sono	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

À amostra do estudo cujo diagnóstico de enfermagem identificado foi a Ação desviante por comportamento autolítico foram-lhe executadas as seguintes intervenções: Vigiar humor (100%) e Vigiar vontade de viver (100%). Por sua vez, nos casos em que foi identificado o diagnóstico de enfermagem Risco de comportamento autoagressivo, foram executadas as intervenções de enfermagem Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Incentivar a pessoa alimentar-se, Vigiar o sono (100%), Gerir a medicação em SOS (100%). No caso do diagnóstico de enfermagem Autoagressão, as intervenções de enfermagem executadas foram Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Vigiar autoagressão (100%), Proteger a integridade da pessoa (100%) e Vigiar o sono (100%).

TABELA 86: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Insónia inicial, Insónia final, Insónia total

	Insónia inicial		Insónia final		Insónia total	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	7	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	2	28,6%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	2	28,6%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar alucinação	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	7	100,0%	1	100,0%	1	100,0%

Facilitar o sono	3	42,9%	0	0,0%	1	100,0%
Evitar interrupção do sono	3	42,9%	0	0,0%	1	100,0%
Gerir medicação em SOS	2	28,6%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	3	42,9%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Na tabela 86 verifica-se que amostra para a qual foi identificado Insónia inicial, foram executadas as intervenções de enfermagem em número significativo Vigiar humor (100%), Vigiar sono (100%), Facilitar o sono (42,9%), Evitar a interrupção do sono (42,9%), Gerir a medicação hipnótica em SOS (42,9%), Gerir a comunicação (42,9%), Gerir o ambiente físico (42,9%). Relativamente ao diagnóstico de enfermagem Insónia final, as intervenções executadas foram Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Vigiar sono (100%), Gerir a comunicação (100%). Para os que apresentaram Insónia total, as intervenções executadas foram Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Vigiar o sono (100%), Facilitar o sono (100%) e Evitar interrupção do sono (100%).

TABELA 87: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem
Insónia intermédia e terminal, Insónia intermédia

	Insónia intermédia e terminal		Insónia intermédia	
	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	3	75,0%
Vigiar ideação suicida	0	0,0%	2	50,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	100,0%	3	75,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	1	25,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	1	25,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	1	25,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	1	25,0%
Vigiar sono	1	100,0%	4	100,0%
Facilitar o sono	1	100,0%	1	25,0%
Evitar interrupção do sono	1	100,0%	1	25,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	2	50,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	1	25,0%
Gerir a comunicação	1	100,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	1	100,0%	2	50,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	0	0,0%	1	25,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%

As intervenções de enfermagem executadas na amostra cujo diagnóstico de enfermagem é Insónia intermédia e terminal são Vigiar humor (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Vigiar sono (100%), Facilitar o sono

(100%), Evitar interrupção do sono (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%). Para o diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia foram executadas em número significativo as intervenções de enfermagem Vigiar o sono (100%), Vigiar humor (75%), Vigiar vontade de viver (75%), Vigiar ideação suicida (50%), Gerir medicação em SOS (50%) e Gerir o ambiente físico (50%).

TABELA 88: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Angústia, Ansiedade, Ansiedade em grau moderado

	Angústia		Ansiedade		Ansiedade em grau moderado	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar alucinação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Gerir o ambiente físico	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Escutar o doente	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Requerer serviço médico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Pode-se verificar que amostra com o diagnóstico de enfermagem Angústia foi sujeita às intervenções Vigiar humor (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%), Encorajar a comunicação expressiva de emoções (100%). Para os indivíduos que apresentam o diagnóstico de enfermagem Ansiedade as intervenções mais executadas foram Vigiar humor (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%), Escutar o doente (100%). Para a Ansiedade em grau moderado verificou-se que amostra foi sujeita às seguintes intervenções: Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%), Vigiar vontade de viver (100%), Vigiar autocontrolo (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%) e escutar o doente (100%).

TABELA 89: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Pensamento alterado, Pensamento (delírio)

	Pensamento alterado		Pensamento (delírio)	
	N	%	N	%
Vigiar humor	2	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	1	50,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	50,0%	0	0,0%
Vigiar alucinação	1	50,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%

Vigiar sono	1	50,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	1	50,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	1	50,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	2	100,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	2	100,0%	1	100,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	1	50,0%	1	100,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	1	50,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%

Por outro lado, para os indivíduos que apresentaram o Pensamento alterado, foram executadas as intervenções Vigiar humor (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%), Vigiar ideação suicida (50%), Vigiar vontade de viver (50%), Vigiar alucinação (50%), Vigiar o sono (50%), Gerir a medicação em SOS (50%), Gerir medicação hipnótica em SOS (50%), Requerer serviço médico (50%), Vigiar pensamento (50%). No caso do Pensamento (delírio) as intervenções foram Vigiar humor (100%), Gerir o ambiente físico (100%), Requerer serviço médico (100%), Vigiar pensamento (100%).

TABELA 90: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Pensamento alterado: delírio persecutório, Pensamento: delírio de envenenamento, Pensamento: delírio místico

	Pensamento alterado: delírio persecutório		Pensamento: delírio de envenenamento		Pensamento: delírio místico	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	1	50,0%	1	100,0%	1	100,0%

Vigiar ideiação suicida	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar alucinação	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	1	50,0%	1	100,0%	0	0,0%
Promover o envolvimento da família	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	2	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

A amostra cujo diagnóstico de enfermagem identificado foi Pensamento alterado: delírio persecutório, foi submetido às intervenções de enfermagem Vigiar pensamento (100%), Vigiar humor (50%), Vigiar ideiação suicida (50%), Vigiar vontade de viver (50%), Vigiar alucinação (50%), Requerer serviço médico (50%). Para o diagnóstico de enfermagem Pensamento: delírio de envenenamento foram executadas as intervenções Vigiar humor (100%), Gerir

medicação em SOS (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%), Requerer serviço médico (100%), Promover o envolvimento da família (100%), Vigiar pensamento (100%). Por outro lado, para o Delírio místico as intervenções de enfermagem foram vigiar humor (100%) e Vigiar o pensamento (100%).

TABELA 91: Relação entre as intervenções e os diagnósticos de enfermagem Mutismo, Crise, Hostilidade

	Mutismo		Crise		Hostilidade	
	N	%	N	%	N	%
Vigiar humor	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
Vigiar ideação suicida	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar ação do doente risco de tentativa de suicídio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar vontade de viver	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Vigiar alucinação	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autoagressão	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Proteger a integridade da pessoa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar refeição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ingestão de alimentos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Incentivar a pessoa a alimentar-se	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sono	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Facilitar o sono	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Evitar interrupção do sono	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir medicação em SOS	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir medicação hipnótica em SOS	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir a comunicação	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Gerir o ambiente físico	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Escutar o doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar projetos de vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Requerer serviço médico	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Promover o envolvimento da família	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Promover o humor adequado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar autocontrolo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar pensamento	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar ação do doente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Analizamos também a relação entre o diagnóstico de enfermagem Pensamento: mutismo e as intervenções de enfermagem. Foram executadas pelos enfermeiros do SII as intervenções Vigiar humor (100%), Vigiar alucinação (100%), Gerir a medicação em SOS (100%), Gerir a comunicação (100%), Requerer serviço médico (100%) e Vigiar pensamento (100%). Os indivíduos cujo diagnóstico de enfermagem Crise foi identificado, foram submetidos às seguintes intervenções de enfermagem: Vigiar humor (100%), Vigiar alucinação (100%), Vigiar o sono (100%), Facilitar o sono (100%), Evitar a interrupção do sono (100%), Gerir medicação em SOS (100%), Gerir a medicação hipnótica em SOS (100%), Gerir a comunicação (100%), Gerir o ambiente físico (100%). No caso do diagnóstico de enfermagem Hostilidade, as intervenções de enfermagem executadas foram Vigiar humor (100%), Vigiar ideação suicida (100%) e Vigiar vontade de viver (100%).

Os focos de enfermagem com maior número de intervenções associadas (nº de intervenções > 10) são: o humor depressivo (n=26), a vontade de viver diminuída (n=22), a insónia intermédia (n=14), a tentativa de suicídio (n=13), a insónia inicial (n=12), o risco de suicídio e o pensamento alterado (ambos com n=11). Não se verificou nenhum foco de enfermagem sem intervenção associado. A média de intervenções por cada foco de enfermagem é de 7,6.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretendemos neste capítulo discutir os resultados mais relevantes do presente estudo. Para Fortin (2009) a interpretação dos resultados constitui a etapa mais difícil de um trabalho de investigação, exigindo uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação.

O instrumento de colheita de dados foi o registo informático da base de dados SAPE, utilizado no Hospital Psiquiátrico onde foi realizado o estudo. Este estudo foi efetuado numa amostra de 91 doentes que deram entrada num serviço de intervenção intensiva de um hospital psiquiátrico do Porto, num período delimitado, ou seja, no último semestre de 2011 e o primeiro de 2012.

A amostra é constituída por todos os indivíduos com idade compreendida entre os 18 e os 30 anos, que foram admitidos no SII nesse período, apresentando obrigatoriamente, o diagnóstico de enfermagem humor depressivo e humor subdepressivo.

Relativamente às características da amostra, a maioria é do sexo feminino (63,7%), o que poderá estar relacionado, segundo a OMS (2002), com o facto da mulher, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, correr maior risco de perturbações mentais do que os homens. A média de idades é de 25,3 anos, o que comparativamente com a média das idades dos estudos consultados (Sadock et al, 2008), em que 50% das pessoas com perturbação depressiva tem o início entre os 20-50 anos, não nos parece significativamente diferente do esperado. No que diz respeito ao estado civil a maioria é solteira (79,1%), característica sobreponível às características

descritas por Sadock et al (2008). A média de duração do internamento é de 2,5 dias.

Na tentativa de dar resposta à questão de investigação “Qual a sintomatologia depressiva mais frequente no jovem adulto num serviço de intervenção intensiva?”, verificamos que o sintoma da depressão mais identificado pelos enfermeiros é o humor alterado, ou seja, 94,5% da amostra apresenta o diagnóstico de enfermagem humor depressivo. O humor subdepressivo representa apenas 5,5% da amostra.

Por outro lado, verificamos que são identificados os diagnósticos de enfermagem risco de suicídio, tentativa de suicídio, tentativa de suicídio por IMV, autocontrolo impulso ineficaz, risco autocontrolo impulso ineficaz, o que vem confirmar que nos quadros depressivos são comuns os comportamentos autodestrutivos. Apenas 1,1% da amostra indica que a tentativa de suicídio foi por IMV e 5,5 % foram admitidos por tentativa de suicídio, no entanto não está especificado o motivo. Mas vimos anteriormente que os recursos mais utilizados numa situação fatal são a arma de fogo, tentativa por enforcamento ou atirar-se de um lugar alto (Stuart et al, 2002). Se o autocontrolo impulso é ineficaz, existe um grande risco de comportamentos autodestrutivos que podem levar ao ato de lesionar intencionalmente o próprio corpo (Stuart et al, 2002) e consequentemente levar ao suicídio, nomeadamente nas faixas etárias mais jovens (Neury citado por Mari, 2002). Verifica-se, que 45,1% da amostra apresentavam vontade de viver diminuída, existindo efetivamente um risco acrescido de suicídio. Relativamente a outros comportamentos autolíticos, verificamos ainda a Autoagressão, Risco de autoagressão, Risco de automutilação, Autocontrolo impulso ineficaz por comportamento autolítico, Ação desviante por comportamento autolítico, Risco de comportamento autoagressivo.

Na amostra em causa, foram também identificados os diagnósticos de enfermagem Alucinação auditiva, Alucinação auditiva e visual, Perceção: alucinação visual, que podem indicar que poderá ser uma depressão psicótica. Para além desta sintomatologia psicótica, foram encontradas alterações do pensamento, nomeadamente Pensamento alterado (não especifica o tipo de alteração), Pensamento por delírio, Pensamento alterado por delírio

persecutório, Pensamento alterado por delírio de envenenamento, Pensamento alterado por delírio místico, Pensamento alterado por mutismo. Não existem dados que permitam comparar estes resultados, embora para Sadock et al (2008), a presença de sintomatologia psicótica na perturbação depressiva major reflete doença grave e é um indicador de mau prognóstico. Cordeiro et al (2007) referem que as alterações do pensamento mais comum nas depressões graves são delírio de culpa, alucinações auditivas e olfativas.

Por outro lado, Horimoto (2005, p.37) menciona os delírios persecutórios e as alucinações (não especifica o tipo). Contrariamente, neste estudo, verificamos que não foram identificados o delírio de culpa e as alucinações olfativas.

No que diz respeito às alterações alimentares, os diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros do SII foram: Alimentar-se comprometido por recusa, Ingestão nutricional por apresentar história de bulimia, Ingestão de alimentos insuficiente, Fraca adesão ao regime terapêutico alimentar, Alimentar-se: quantidade insuficiente, Ingestão nutricional insuficiente. Porém, não é possível comparar estes dados estatisticamente com estudos realizados anteriormente pela sua inexistência.

No entanto, sabemos que, para (Busse, 2004) muitas vezes as pessoas deprimidas não se alimentam adequadamente para melhorar a sua autoestima que está em declínio ou pela falta de apetite, também comum nos quadros depressivos.

Os indivíduos da nossa amostra apresentaram insónia intermédia, insónia inicial, insónia final, insónia total, insónia intermédia e terminal. Segundo Tufik et al cit. por Mari et al (2002), a prevalência de insónia na população em geral é de cerca de 30 a 50%, que neste caso não é possível comparar tendo em conta que a nossa amostra está limitada em termos de idade (18-30 anos). No entanto, podemos averiguar que as alterações do sono fazem parte da sintomatologia depressiva e a insónia possui uma percentagem significativa, tal como nos afirma a literatura (Sadock et al, 2008). Vimos ao longo do trabalho, que o tempo de sono insuficiente pode causar fadiga e conseqüentemente afetar negativamente a concentração, no entanto, não

foram identificados como diagnósticos de enfermagem a “fadiga” e a “concentração”.

Não foi reconhecido o foco de enfermagem Autoestima, um sintoma comum na depressão. A depressão leva muitas vezes à baixa autoestima. A Ordem dos Enfermeiros (2012) revela que a análise de vários estudos experimentais permitem concluir que existe consistente relação entre baixa autoestima e a conduta suicida. Para além deste, não foi identificado o sintoma anedonia, ao contrário do que referia Sims (2011).

Verificamos que apenas 1,1% da amostra apresentou o sintoma “Angústia”, também comum nos quadros depressivos (Abraham cit por Coelho, 2004, p.35).

A Hostilidade representa também e apenas 1,1%, que para Yen et al (2011) é uma forma de agressão relacionado com a depressão.

Os indivíduos que fazem parte da nossa amostra apresentaram Ansiedade e Ansiedade em grau moderado. Não existem outros dados estatísticos que nos permite comparar estes resultados, bem como para os diagnósticos de enfermagem Pensamento: mutismo e Hostilidade.

Foi apurado que apenas 1,1% da amostra possui o diagnóstico de enfermagem Crise, o que acaba por ser um contrassenso, tendo em conta o tipo de serviço onde foi realizada a colheita de dados.

Quanto à questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem de que foram alvos os jovens adultos com sintomatologia depressiva?”

As intervenções de enfermagem de que foram alvo os jovens adultos foram:

- Vigiar humor,
- Vigiar ideação suicida,
- Vigiar ação do doente em risco de tentativa de suicídio,
- Vigiar vontade de viver,
- Vigiar alucinação,
- Vigiar autocontrolo,
- Vigiar autoagressão,
- Proteger a integridade da pessoa,

- Vigiar refeição,
- Vigiar ingestão de alimentos,
- Incentivar a pessoa a alimentar-se,
- Vigiar sono,
- Facilitar o sono,
- Evitar interrupção do sono,
- Gerir medicação em SOS,
- Gerir medicação hipnótica em SOS,
- Gerir a comunicação,
- Gerir o ambiente físico,
- Escutar o doente,
- Encorajar projetos de vida,
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções,
- Requerer serviço médico,
- Promover o envolvimento da família,
- Promover o humor adequado,
- Vigiar autocontrolo,
- Vigiar pensamento,
- Vigiar ação do doente.

No que diz respeito às alterações alimentares, constatamos que existem intervenções que deveriam ser tidas em conta, nomeadamente a monitorização do peso corporal. Pois, como já vimos, na depressão pode ocorrer perda de peso, não se verificando a intenção propositada de emagrecer. Não se verificaram as intervenções de enfermagem alusiva à vigilância da autoestima bem como a vigilância de possível amenorreia, sintomas comuns nas alterações alimentares nos quadros depressivos (Sims, 2011).

A base de dados da SAPE não tem intervenções associadas para alguns diagnósticos de enfermagem, nomeadamente para a Angústia, Crise e Hostilidade.

Para dar resposta à questão de investigação “Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva do jovem adulto?”, verificamos que, em concordância com Sadock et al (2008), os dados revelam

que o Humor depressivo tem uma incidência maior nas mulheres do que nos homens (65,1%). O contrário se verifica com o Humor subdepressivo, em que os homens apresentam valores médios mais altos (60%). Relativamente à idade, mais de metade da amostra tem idade superior a 24 anos (58,1%) e é mais comum em solteiros (79,1%).

Verificamos que as alterações do sono são muito comuns nos quadros depressivos. Assim, constatamos que qualquer alteração do padrão de sono nesta amostra são mais comuns nas mulheres do que nos homens. Os diagnósticos de enfermagem Insónia inicial, insónia final, insónia intermédia e terminal são mais comuns na amostra com idade inferior ou igual a 24 anos.

Ao contrário do que se verifica nos casos da Insónia total e Insónia intermédia. A perturbação do sono é mais comum nos solteiros. Estatisticamente, não existem dados que nos permitam comparar estes resultados contudo, podemos afirmar que estas alterações podem ser a causa da presença de perturbação do humor (Sims, 2011).

De acordo com os dados estatísticos, as perturbações alimentares são mais comuns em mulheres do que nos homens, tal como a bibliografia indica: manifesta-se 10 a 20 vezes mais em mulheres do que em homens (Sadock et al, 2008). Surgiu um caso de história de bulimia, numa pessoa do sexo feminino que podemos comparar com os estudos realizados por Sadock et al (2008), quando menciona que a bulimia nervosa é mais comum nas mulheres e a sua estimativa varia de 1 a 3% entre mulheres jovens, podendo ocorrer no início da vida adulta (Sadock et al, 2008). Por outro lado, verificamos que na nossa amostra as perturbações alimentares na maioria surgem após os 24 anos, ao contrário do que Sadok et al (2008) indicam: 5% dos pacientes com anorexia têm o início no começo dos 20 anos. Podemos afirmar, com estes diagnósticos de enfermagem, que a pessoa deprimida pode ter comportamentos desajustados no que diz respeito à alimentação.

Sadock et al (2008) asseguram que as mulheres têm quatro vezes mais a probabilidade de tentar suicídio do que os homens. Estes resultados são consistentes com os obtidos neste estudo. A probabilidade de as pessoas deprimidas cometerem suicídio é na grande maioria os solteiros (Sadock et al 2008). Analisando os dados que obtivemos, verificamos que as tentativas de

suicídio são mais comuns nas mulheres do que nos homens, com idade superior a 24 anos e a maioria é solteira. Durante este trabalho percebemos que as mulheres têm quatro vezes mais a probabilidade de tentar o suicídio, que as taxas aumentam com a idade e a probabilidade de cometerem o suicídio é maior se forem solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas (Sadock et al, 2008). Podemos considerar que nas tentativas de suicídio, o autocontrolo impulso é ineficaz. Assim, verificamos que o diagnóstico de enfermagem Autocontrolo impulso ineficaz é mais comum nas mulheres (100%) do que nos homens, com idade superior a 24 anos (66,7%) e solteiras (100%). Quanto ao diagnóstico de enfermagem Risco autocontrolo impulso ineficaz, surge nos dois géneros, contudo prevalece na idade inferior ou igual a 24 anos e no estado civil solteiro.

A ansiedade interfere na atividade intelectual do indivíduo e quando não alcança mecanismos de adaptação eficientes, apresenta comportamentos depressivos (Claudino et al, 2006). Porém, não existem dados sociodemográficos que permitem comparar com os dados do nosso estudo, que indicam que a Ansiedade é mais comum nos homens, com idade superior a 24 anos e a grande maioria é solteira. O mesmo não se verificou nos casos de Ansiedade em grau moderado, que são mais comuns nas mulheres, com idade inferior ou igual a 24 anos e solteiros. Mas Sadock et al (2008) consideram que as mulheres têm mais probabilidade de ter um transtorno de ansiedade do que os homens.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem relacionados com alteração da perceção e do pensamento, não existem dados sociodemográficos que permitam comparar com os resultados obtidos.

E finalmente, para dar resposta à questão de investigação “Qual a relação entre as intervenções de enfermagem e a sintomatologia depressiva do jovem adulto?” verificamos que o resultado indica que os diagnósticos de enfermagem que mais intervenções são executadas por parte dos enfermeiros são o Humor depressivo (com 26 intervenções), Vontade de viver diminuída (com 22 intervenções), Insónia intermédia (com 14 intervenções) e Tentativa de suicídio (com 13 intervenções).

As intervenções de enfermagem executadas em maior número nos indivíduos que apresentaram humor depressivo foram Vigiar o humor, Vigiar vontade de viver e Vigiar ideação suicida. No que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem Vontade de viver diminuída as intervenções de enfermagem executadas em maior número foram Vigiar humor, Vigiar vontade de viver e Vigiar ideação suicida.

Por sua vez, relativamente ao diagnóstico de enfermagem Tentativa de suicídio, as intervenções mais executadas pelos enfermeiros do SII foram Vigiar humor e Vigiar ideação suicida.

Para o diagnóstico de enfermagem Insónia intermédia foram executadas em número significativo as intervenções de enfermagem Vigiar o sono, Vigiar humor, Vigiar vontade de viver, Vigiar ideação suicida, Gerir medicação em SOS e Gerir o ambiente físico.

Constatamos, pela análise realizada aos registos, que existe alguma divergência na utilização da parametrização dos diagnósticos de enfermagem e na associação de algumas intervenções. Sugere-nos esta análise, a necessidade de se encontrar nos serviços, tempo para refletir e discutir a práxis do nosso quotidiano, no sentido de compreendermos as razões que podem estar subjacentes a algumas divergências. Certamente que a exigência a que cada vez mais estamos sujeitos, não deixa de ter implicações na prática, refletindo-se a mesma nos registos, já que estes são preteridos na ordem prioritária relativamente aos cuidados a prestar aos doentes.

No entanto, consideramos que este trabalho pode ser uma mais valia, já que aponta esta necessidade, permitindo-nos desenvolver estratégias no serviço e na instituição para as colmatar.

Esta é uma oportunidade para pensarmos e reestruturarmos o sistema de informação em uso na instituição e os critérios de uniformização de linguagem nos registo de enfermagem, no sentido de melhorarmos a qualidade dos mesmos e de procurarmos que estes sejam os tradutores reais de uma prática efetiva.

CONCLUSÃO

O atendimento individualizado para as perturbações psiquiátricas e a abordagem de fatores precipitantes psicossociais integram as melhores alternativas para prevenir novos episódios depressivos.

A complicação mais grave da depressão é a morte por suicídio. Para evitar que tal aconteça deve fazer parte da prática clínica a identificação precoce da sintomatologia depressiva e a avaliação sistemática do risco de suicídio.

A revisão da literatura no domínio permitiu obter uma maior e melhor perceção da relevância da identificação e avaliação da sintomatologia depressiva nos jovens adultos.

Após uma longa pesquisa bibliográfica não foi encontrado nenhum estudo de investigação sobre a sintomatologia depressiva no jovem adulto num contexto de um serviço de intervenção psiquiátrico, pelo que nos pareceu pertinente a elaboração deste estudo.

De acordo com a natureza quantitativa do estudo, a colheita de dados concretizou-se através da consulta da base de dados da SAPE. A informação recolhida foi tratada pelo método de análise estatística descritiva dos dados com recurso ao SPSS. Esta metodologia revelou-se ajustada face aos objetivos delineados.

Tínhamos como objetivo a compreensão e a identificação dos sintomas da depressão no sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes seja em situação de crise ou não.

Verifica-se que algumas situações não são identificados adequadamente, pois nem todos os sintomas mais frequentemente descrito na

literatura foram apurados na colheita de dados. Ou então, se são reconhecidos, não foram reportados nos registos de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, J. L. P. - Comunicação e Medicina. Coimbra, 1998. ISBN 972-97547-0-5.

ALMONDES, K. M.; ARAÚJO, J. F. - Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. [Em linha] Estudos de Psicologia 2003, 8 (1), p. 37-43. [Consult. 15 Jan. 2014]. Disponível em: WWW:< URL: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17233.pdf>.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. - Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. [Em linha] Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010, 28 (2), p. 127 - 131. [Consult. 3 Jun. 2013]. Disponível em: WWW:< URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>.

AMARAL, A. C. - Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental (mediante a CIPE). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2010. ISBN: 978-972-8930-55-4.

ATHAYDE, J.S. - Elementos de Psicopatologia. 4ª edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.

BAPTISTA, M. N.; LIMA, R. F.; CAPOVILLA, A. G. S; MELO, L. L. - Sintomatologia Depressiva, Atenção Sustentada e Desempenho Escolar em Estudantes do Ensino Médio. Depressão, atenção e desempenho. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional

(ABRAPEE). [Em linha]. Vol. 10, nº1 (2006). [Consult. 13 Abr. 2013] Disponível em: WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v10n1/v10n1a09.pdf>.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. - Neurociências. Desvendando o Sistema Nervoso. 3ª edição. Artmed, 2008.

BUSSE, S. - Anorexia, Bulimia e Obesidade. 1ª Edição brasileira - 2004. ISBN 85-204-1672-1.

CAMPOS, A. M. M. de - Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação e documentação de enfermagem em suporte eletrónico: um estudo no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. 2012. [Em linha] Repositório Científico da Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/21505>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão Beta 2, 2002. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 2.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. - Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. [Em linha] Educação, ciência e tecnologia (2006), p. 197-210. [Consult. 5 Mar. 2013] Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/413/1/N%c3%adveis_de_ansiedade_e_depressao.pdf.

COELHO, R. - Depressão. Perspectiva Psicodinâmica. Abril de 2004. Lidel, edições técnicas.

CORDEIRO, D. C.; BALDAÇARA, L. - Emergências Psiquiátricas. 1ª edição pela Editora Roca Ltda, 2007.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. [Em linha] Lei nº 36/98 de 24 de Julho. Lei da Saúde Mental (1998). Disponível em: WWW: <URL: http://www.dgpj.mj.pt/DGPJ/sections/leis-da-justica/livro-iv-leis-criminais/pdf4/l-36-1998/downloadFile/file/L_36_1998.pdf?nocache=1182172855.09

FORTIN, M. F.- Fundamentos e etapas do processo de Investigação. Loures: Lusociência - Lusodidacta, 2009.

FORTIN, M. F. -O processo de investigação, da concepção à realização. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda, 1999.

GOLIN, V.; SPROVIERI, S. R. S. - Condutas em Urgências e Emergências para o clínico. 2ª Edição, S. Paulo: editora Atheneu, 2012.

HORIMOTO, F. C.; AYACHE, D.C. G.; De SOUZA, J. A. - Depressão. Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico. 1ª edição, 2005.

KAPCZINSKI, F; QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; CHACHAMOVICH, E. - Emergências psiquiátricas. Porto Alegre, 2001. ISBN 85-7307-784-0.

JOSÉ, H. (M. G.) - Humor nos Cuidados de Enfermagem. Vivências de Doentes e Enfermeiros. 2002, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-34-7.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. - Medicina Psiquiátrica de Emergência. Porto Alegre 1995.

MARI, J. J.; RAZZOUK, D.; PERES, M. F. T.; DEL PORTO, J. A. - Guia de Psiquiatria. Editora Manole, 2002, ISBN 85-204-1483-4.

MCDERMOTT B.; BAIGENT M.; CHANEN A.; FRASER L.; GRAETZ B.; HAYMAN N.; NEWMAN L.; PARIKH N.; PEIRCE B.; PROIMOS J.; SMALLEY T.; SPENCES S.; *Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults*. Melbourne: *beyondblue: The national depression initiative*. [Em linha] beyondblue: the national depression initiative (2011), p. 1-64. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/ext0007>.

MONTGOMERY, S. A. - Ansiedade e depressão. 2ª edição, Lisboa, Fevereiro de 2000. ISBN 972-95908-0-X.

MONTEIRO, I. S. - Depressão. Porque é que uns deprimem e outros não?. Climepsi Editores, 2012, ISBN 978-972-796-326-3.

OLIVEIRA, S.; RIBEIRO, L. - A hostilidade e a raiva na dor crónica. [Em linha] *Psilogos*, Vol. 10, nº1 (2012), p. 9-18. [Consult. 15 Jan. 2014] Disponível em: http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/842/1/Oliveira%2c%20Ribeiro_p9-18.pdf.

OMS (Organização Mundial de Saúde) - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. CID-10, volume 1, 2012. Organização Mundial de Saúde.

OMS, Organização Mundial de Saúde - 2002. Relatório Mundial da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2002. Climepsi editores. 972-675-082-2.

OMS. THE WORLD HEALTH REPORT 2000. Suicide. Genebra: Disponível em: Ordaz, O.; Vala, J. (1997) .Objetivação e Ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa. *Análise Social*. - Lisboa. (32), 847-874, 2000.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária.

Cadernos OE, Série 1, nº4, edição: ordem dos enfermeiros - Outubro de 2012, ISBN - 978-89-8444-18-9, ano 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 129/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. D.R., II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8669-8673.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. [Em linha] Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

PASINI, W. - A autoestima. ISBN 972-42-3058-9. Círculo de leitores. 2003.

PETROIANU, A. - Urgências Clínicas e Cirúrgicas. Editora Guanabara Koogan S.A, 2002.

PICHOT, P. - DSM-IV: Breviário: Critérios de Diagnósticos. Barcelona, 1995. ISBN 84-458-0329-8.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. - Intervenção em crise. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas [Em linha]. Vol. 4, nº1 (2008), p. 1-10. [Consult. 7 Jul. 2013]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf>.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. - Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2ª Edição. Porto Alegres: Artmed 2008. ISBN 978-85-363-1126-5).

SANTOS, C. M. R. - O atendimento à pessoa diabética e a formação de enfermeiros para a utilização do sape na ucsp de marvila. 2011. [Em linha] Repositório Científico da Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/9578>.

SIMS, A. - Sintomas da Mente. Introdução à Psicopatologia Descritiva. 4ª Edição. 2011 Libri-Faber.

SNYDER, C.R; LOPEZ, S. J. - Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-1656-7.

STUART, Gail; LARAIA, Michele Teresa - Enfermagem Psiquiátrica. 4ª Edição, 2002. ISBN 85-871-48-62-1.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. - Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática. 6ª Edição. Porto Alegre, 2001.

TAKAKI, M. H.; SANT'Ana, D. M.G. - A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. [Em linha]. Vol. 9 (2004). [Consult.10 Dez. 2013]. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1708/1416>.

TOWNSEND, M. C. - Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados. 3ª Edição. Editora Guanabara Koogan, 2002.

WAHLBECK K. - Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide. Luxembourg: European Communities. [Em linha] World Health Organization (2009), p. 1-54. [Consult. 20 Fev. 2013]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_background_en.pdf.

WORDEN, J. W. - Terapia do luto. 2ª edição, Porto Alegres 1998. ISBN 85-7307-277-6.dd.

YEN, Ju-Yu; YEN, Cheng-Fang; WU, Hsiu-Yi; HANG, Chun-Jen; KO, Chih-Hung - Hostility in the Real World and Online: The effect of Internet Addiction,

Depression, and Online Activity. [Em linha]. Vol. 14 (2011). [Consult. 13 Mai. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21476897>.

ANEXOS

Anexo I

Grelha de recolha de dados

Nºprocesso	Género	Idade	Estado Civil	Focos de Enfermagem	Intervenções	Data de admissão	Data de Saída Do SII	Duração do internam no SII (dia (s))
------------	--------	-------	-----------------	------------------------	--------------	------------------------	-------------------------------	--



Anexo II

Pedido de autorização para a recolha de dados

Ex.^{mo} Sr. Presidente do
Conselho de Administração do
Hospital de Magalhães Lemos, E.P. E.

Célia Patrícia Esteves Claro, Enfermeira Especialista a exercer funções no Serviço de Intervenção Intensiva da referida instituição, na qualidade de aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a frequentar o 2º Ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para a realização de um estudo de investigação científico, subordinado ao tema **“O jovem adulto com sintomatologia depressiva no contexto de um serviço de intervenção intensiva psiquiátrico ”**.

A pertinência deste tema deve-se ao facto de a depressão afetar 20% da população portuguesa (Ministério da Saúde, 2006). Este número tem vindo a aumentar, sendo provavelmente a situação socioeconómica da atualidade um dos fatores intervenientes neste fenómeno.

É comum a manifestação de sintomatologia depressiva, nomeadamente após situações que afetam de forma negativa as pessoas, atingindo todas as faixas etárias: a infância, adolescência, o adulto e o idoso.

Tem-se vindo a verificar que a depressão no jovem adulto é hoje em dia cada vez mais frequente, sendo necessário uma melhor identificação e um maior conhecimento acerca desta realidade.

Torna-se assim fundamental estimar a prevalência da sintomatologia depressiva nos jovens adultos, caracterizá-la e identificar as intervenções dos enfermeiros nesta população.

Assim, pretende-se com este estudo atingir os seguintes objetivos:

- ✓ Descrever as características sociodemográficas dos jovens adultos internados num serviço de intervenção intensiva psiquiátrico;
- ✓ Caracterizar a sintomatologia depressiva que o jovem adulto apresenta;
- ✓ Caracterizar as intervenções de que foram alvo por parte dos enfermeiros.

A população-alvo em estudo será constituída pelos jovens adultos que entraram no Serviço de Intervenção Intensiva com sintomatologia depressiva no último semestre de 2011 e o primeiro de 2012, com idades compreendidas entre os 18-30 anos.

A metodologia a utilizar será do tipo quantitativa de carácter retrospectivo, descritivo e exploratório. A recolha de dados será feita com recurso à base de dados do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

Serão respeitados todos os princípios éticos inerentes à realização de um estudo desta natureza.

Neste sentido, solicito a V. Ex.^a se digne autorizar a realização deste estudo permitindo a concretização da referida recolha de dados, a partir desta data e até Junho de 2013, que depois de examinados e analisados me permitirão atingir os objectivos deste estudo.

Estes dados serão somente usados para este fim e são confidenciais, pelo que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Agradeço desde já a atenção dispensada por V. Ex.^a, apresento os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Porto, 27 de Dezembro de 2012

Assinatura

Anexo III

Consentimento de autorização da instituição



Autorizado a realizar

hospital de
magalhães lemos
E.P.E.



HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A.	
5.14.13	
Acta n.º 9.2013	
<i>[Signature]</i> António Leuschner Presidente	<i>[Signature]</i> Alberio Paixoto Vogal Executivo
<i>[Signature]</i> Joaquim Ramos Director Clínico	<i>[Signature]</i> João Tares Enfermeiro Director

RELATÓRIO

*Aprovado em
Reunião do CER
de 3.04.2013
Lda B. B. B.*

No que respeita à solicitação de parecer que o Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos (HML), EPE, na pessoa do seu Presidente, Dr. António Leuschner, dirigiu à Comissão de Ética do HML, referente ao pedido de autorização do estudo subordinado ao tema “O jovem adulto com sintomatologia depressiva no contexto de um serviço de intervenção intensiva psiquiátrica”, formulado no âmbito de Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, por Célia Patrícia Esteves Claro, Enfermeira com o grau académico de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação do Professora Doutora Graça Maria Ferreira Pimenta, considero que a investigação científica em apreço está conforme as normas da confidencialidade e protecção de dados, por garantir o anonimato dos sujeitos investigados e prescindir da consulta do processo clínico. Por se tratar de um estudo retrospectivo, realizado através da consulta da base de dados informática do HML, não é necessário o “consentimento informado”.

Porto e Hospital de Magalhães Lemos, EPE, 03 de Abril de 2013

O Vogal da Comissão de Ética do HML, EPE,

[Signature]

(Victor Mota)