



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à pessoa
com Perturbação Afetiva Bipolar**

Marta de Guadalupe dos Santos Mestre

Orientação: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Pessoa
com Perturbação Afetiva Bipolar**

Marta de Guadalupe dos Santos Mestre

Orientação: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ...

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Maria Alice Gois Ruivo

Arguente: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Orientador: Professor Doutor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Setúbal, 2023

O conhecimento dirige a prática,
No entanto a prática dirige o conhecimento.
(Thomas Fuller)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Lino Ramos pelo seu apoio e pela sua valiosa orientação, por toda a sua compreensão, dedicação e colaboração neste percurso tão intenso da minha vida. Muito obrigada por ter acreditado e não ter desistido de mim nesta caminhada

Agradeço à minha família, pelo suporte inigualável que me dispensaram.

Ao meu namorado pela paciência e pelo apoio incondicional ao longo desta etapa.

Às minhas amigas que me ajudaram neste percurso de realização profissional e pessoal.

Um bem-haja a todos pela dedicação, compreensão, tolerância e apoio.

Sou grata!!

RESUMO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Os cuidados de enfermagem desempenham um papel crucial no suporte à saúde mental dos indivíduos. Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica têm um conjunto único de habilidades e conhecimentos para lidar com os desafios específicos defrontados por indivíduos que estão a passar por processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental. Os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica estão envolvidos em atividades que visam fortalecer fatores de proteção e promover hábitos e estilos de vida saudáveis que contribuam para a saúde mental.

Há uma ênfase crescente em intervenções psicossociais, como terapias cognitivo-comportamentais, terapia de grupo e intervenções baseadas em evidências que visam melhorar as habilidades de enfrentar as situações e a qualidade de vida.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica participam em sessões de terapia individual ou em grupo, proporcionando um espaço seguro para os doentes expressarem os seus sentimentos, desenvolver habilidades para encarar a sua condição de saúde e promover o apoio mútuo.

Desta forma, os enfermeiros capacitam os doentes para que se tornem participantes ativos no seu plano de cuidados, promovendo a autonomia e o autocuidado, e isso inclui envolvê-los na definição de metas terapêuticas e no planeamento de intervenções.

Durante a realização deste percurso formativo o objetivo principal deste foi a implementação de intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, tal como a Psicoeducação, Terapia de Relaxamento e Treino da Assertividade e avaliar a sua contribuição na qualidade de vida da pessoa com Perturbação Afetiva Bipolar

Palavras-chaves: Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Doença mental; Perturbação Afetiva bipolar; Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

Nursing care plays a crucial role in supporting the mental health of individuals. Nurse practitioners who specialize in mental health and psychiatry have a unique set of skills and knowledge to deal with the specific challenges faced by individuals who are experiencing processes of suffering, alteration or mental disturbance.

Mental health and psychiatric nurses are involved in activities that aim to strengthen protective factors and promote healthy habits and lifestyles that contribute to mental health.

There is a growing emphasis on psychosocial interventions such as cognitive behavioral therapies, group therapy, and evidence-based interventions that aim to improve coping skills and quality of life. Nurses specializing in mental health and psychiatric nursing can participate in individual or group therapy sessions, providing a safe space for patients to express their feelings, develop skills to cope with their health condition and promote mutual support between patients.

In this way, nurses empower patients to become active participants in their care plan, promoting autonomy and self-care, and this includes involving patients in defining therapeutic goals and planning interventions.

During this training course, the main objective of this was the implementation of interventions by the specialist nurse in mental and psychiatric health, such as Psychoeducation, Relaxation Therapy and Assertiveness Training and evaluating their contribution to the quality of life of the person with Affective Disorder Bipolar.

Keywords: Mental health; Psychiatric Nursing; Mental disease; Bipolar Affective Disorder; Nursing Interventions

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UC - Unidade Curricular

ESS - Escola Superior de Saúde

IPB - Instituto politécnico de Beja

ESMP - Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ESMP - Enfermagem de Saúde e Psiquiátrica

PAB - Perturbação Afetiva Bipolar

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

APA - *American Psychological Association*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

MS - Ministério da Saúde

EU - União europeia

CCE - Comissão das Comunidades Europeias

DGS - Direção-Geral da saúde

PNS - Programa Nacional da Saúde

WHO - *World Health Organization*

OMS - Organização Mundial da Saúde

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

TB - Transtorno Bipolar

ADEB - Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares

CID – 10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

ECD - Exames Complementares de Diagnóstico

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

SP - Serviço de Psiquiatria

SPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

EPG - Equipa de Psiquiatria Geriátrica

EPVA - Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

TA - Tensão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

TAX - Temperatura Axilar

OE - Ordem dos Enfermeiros

MMSE - *Mini-Mental State Examination*

ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA.....	1
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1.	SAÚDE MENTAL.....	4
2.2.	DOENÇA MENTAL.....	8
2.3.	PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR.....	10
2.3.1	SINTOMATOLOGIA:	13
2.3.2	TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICOS:.....	15
3.	CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	18
3.1.	CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	19
3.1.1	CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO:	19
3.1.2	CONSULTAS DE ENFERMAGEM:.....	22
3.1.3	VISITAS DOMICILIÁRIAS:.....	24
4.	CONTEXTO DE INTERNAMENTO.....	28
4.1	CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO:.....	28
5.	PROJETO DE ESTÁGIO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA À PESSOA COM PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR.....	30
6.	TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU	44
7.	REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	47
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
10.	APÊNDICES	62
11.	ANEXOS	89

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório de estágio, de índole académica, integra-se na Unidade Curricular (UC) Relatório inserido no plano de estudos da 4ª edição do Curso de Mestrado em Associação das Escolas de Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Beja (IPB), com Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

O relatório é, sem dúvida, um instrumento que nos possibilita relatar as estratégias; propósitos e atos desenvolvidos nos estágios, onde constatamos os métodos que se instituiu para orientar a nossa própria formação, em consonância com o objetivo geral e os objetivos específicos que determinámos. Foi utilizada uma sistematização descritiva e analítica, de forma a retratar a nossa trajetória nos dois contextos de estágio.

Torna-se assim fulcral definir objetivos para alcançar as metas propostas. Segundo Ferrito et al. (2010), os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, desde os gerais até aos específicos

Todavia, para o presente relatório de estágio delineou-se alguns objetivos, particularmente, deter habilidades e conhecimentos de compreensão aprofundada na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; saber empregar os meus conhecimentos e habilidades de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos ampliados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem; capacitar para agregar conhecimentos para lidar com questões complexas; desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação reduzida ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos.

O “Estágio I” decorreu no Ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de uma Unidade Local de Saúde da Região do Alentejo e decorreu no período compreendido entre o dia 26 de março a 30 de abril 2021, perfazendo um total de 144 horas

O “Estágio II” ocorreu na Unidade de Internamento do DPSM dessa mesma Unidade Local de Saúde da Região do Alentejo e decorreu no período compreendido entre o dia 1 de outubro de 2021 a 8 de março de 2022, completando 336 horas.

Com a realização de ambos os estágios, pretendeu-se refletir, aprofundar, consolidar e acrescentar conhecimentos teóricos, de forma a colocá-los em prática, coadjuvando o desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), em circunstâncias da interação com a pessoa com Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), sua família e comunidade onde a mesma se encontra inserida.

No que respeita à estruturação do relatório de estágio, num primeiro ponto será realizado um breve enquadramento teórico sobre as temáticas Saúde Mental, Doença Mental e Perturbação Afetiva Bipolar, de forma a demonstrar a pertinência do tema, assim como os objetivos do mesmo. De seguida será apresentado o projeto de estágio, o qual se debruçou nas Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) à pessoa com Perturbação Afetiva Bipolar e estas serão descritas pormenorizadamente no contexto de internamento, tal como as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enfermeiro “utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade.” (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; artigo 9º, ponto 4, alínea c)

No que respeita ao “Estágio I” serão abordadas consultas de enfermagem, onde tivemos a oportunidade de efetuar diversas entrevistas a pessoas com perturbações mentais graves e serão descritas também as visitas domiciliárias realizadas com a equipa multidisciplinar.

Por último finalizamos o relatório com uma reflexão sobre a aquisição de competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e uma nota conclusiva englobando uma criteriosa análise e reflexão dos pontos mais eloquentes do estágio e como estes contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Para terminar, encontram-se os apêndices e anexos que elucidam e sustentam o trabalho concebido no decorrer dos Estágios.

Importa, também, referir desde já que no presente projeto de estágio adotei o estilo bibliográfico APA 7ª edição (*American Psychological Association*), e o mesmo foi redigido segundo as regras do novo acordo ortográfico.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Iremos em seguida abordar os conceitos que nos pareceram ser enquadramentos da temática deste relatório que pautaram as nossas decisões e prática clínica durante a realização deste trabalho.

2.1. SAÚDE MENTAL

Em sentido lato, “A saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, mas também de geração de riqueza e bem-estar. Em Portugal, a opção por um modelo de Serviço Nacional de Saúde (SNS) surge como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social” (Ministério da Saúde, 2018, p.5). Podemos observar avanços consideráveis, face ao acesso, eficácia, qualidade dos cuidados, e também da sustentabilidade, pois o SNS tem vindo a progredir visivelmente nos últimos tempos.

Nos tempos que decorrem, Portugal tem evidenciado uma transformação no que concerne à sua demografia e epidemiologia, tal como se pode observar nos países desenvolvidos. Serão muitos os desafios que Portugal irá proporcionar à sociedade, tal como ao SNS. (MS, 2018).

“Perto de completar 40 anos, o Serviço Nacional de Saúde permitiu conquistas inquestionáveis. Prestamos cuidados de elevada qualidade à população, melhorámos o seu acesso à saúde e encontrámos respostas para os novos problemas que enfrentamos.” (MS, 2018.p.7). O Ministério da Saúde considera, que hoje em dia, os indivíduos portugueses têm uma esperança de vida superior a 80 anos e que os indivíduos com 75 anos, ou mais, já excedem um milhão:

Porque a saúde mental é parte integrante da saúde e é um fator determinante para a coesão social, progresso económico e desenvolvimento sustentável da nossa sociedade, desde 2008, alinhado com as principais recomendações políticas propostas no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, está em curso o Programa Nacional para a Saúde Mental. (p 7)

Segundo o livro verde, algumas das finalidades estratégicas a nível comunitário passa pela condição da saúde mental do povo europeu, particularmente no que respeita à solidariedade e justiça social, remetendo a Europa num caminho próspero e, por conseguinte, aumentar a qualidade de vida da população europeia (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

É de salientar que a saúde mental da União Europeia (UE) pode prosperar de forma considerável:

- A doença mental atinge um em cada quatro cidadãos e pode conduzir ao suicídio, que provoca demasiadas mortes;
- A doença mental tem incidências significativas sobre os sistemas económico, social, educativo, penal e judicial;
- A estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou diminuída mental continua a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus fundamentais. (CCE, 2005, p.3)

Podemos considerar que “Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade.” (CCE, 2005, p.4) A saúde mental é promotora da prosperidade que nos remete para uma responsabilidade recíproca e como resultado a contribuição para a justiça social das sociedades em que nos encontramos inseridos.

A saúde mental é definida por vários estudiosos de distintas culturas, “Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.” (Direção-Geral da Saúde, 2002, p.32).

Conforme a Direção-Geral da Saúde (DGS) é praticamente inexequível, na ótica da transculturalidade, explicar o que é a saúde mental de forma absoluta. Considera-se que a saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, esta deverá ser entendida como algo maior, de uma forma global. Dever-se-á entender a atividade da mente, e o que ela abrange, com o intuito de compreender o desenvolvimento dos transtornos mentais e de comportamento.

Constata-se que “Nos últimos anos, novas informações dos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram expressivos avanços à nossa maneira de ver o funcionamento mental.” (DGS, 2002, p.32). Com o passar do tempo, clarifica-se que o desempenho mental detém uma essência fisiológica sendo que a mesma é inseparável da ação física e social, e aos ganhos em saúde.

Epidemiologicamente, os dados obtidos nos últimos dez anos, revelam "...que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados." (DGS, 2017, p.14) De acordo com a mesma fonte, Portugal apresenta um distinto predomínio de transtornos mentais em toda a Europa e, grande parte dos indivíduos com estes mesmos transtornos subsistem sem qualquer tipo de acesso a cuidados diferenciados. Os indivíduos, que têm acesso a estes cuidados, encontram-se desfavorecidos face aos modelos intervencionais, nomeadamente programas de tratamento e de reabilitação psicossocial que, atualmente, são estratégias consideradas indispensáveis.

Conforme o Programa Nacional de Saúde (PNS), o mesmo refere:

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde, que pela primeira vez estabelece metas concretas a atingir pelos diferentes países, veio confirmar que, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016, aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008, se encontrava no caminho certo, uma vez que, tanto a nível dos objetivos, como das estratégias preconizadas, se verifica uma sobreposição quase total entre o Plano Nacional e o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS. (DGS, 2017, p.14).

Segundo a DGS "Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes." (DGS; 2002, p.29). Quando se começa a compreender, no seu todo este conceito, as pessoas atribuem um valor diferente à saúde mental pois esta reflete-se na serenidade de todos nós, das nossas sociedades e dos países de todo o mundo.

É de lamentar que grande parte da humanidade não assuma a mesma relevância aos transtornos mentais e às perturbações, comparativamente à saúde física e orgânica. Devido a esta situação, evidencia-se um progressivo aumento de dificuldades no que concerne à saúde mental com a agravante de um declínio no tratamento. Milhões de pessoas de todo o mundo sofrem transtornos mentais e apenas uma pequena percentagem destas recebe tratamento, sendo este rudimentar.

Muitos dos indivíduos com perturbações mentais graves inseridos em países em desenvolvimento, não têm qualquer tipo de acompanhamento, “obrigando” os mesmos a solucionarem os seus problemas conforme possam, sem qualquer tipo de ajuda e possivelmente recorrendo a serviços não especializados.

Apesar de haver uma preocupação progressiva em consciencializar e educar a maior parte do mundo, para esta mesma realidade, decorrerá um acréscimo do número de doentes devido ao deterioramento dos problemas sociais e do avanço da idade da população. “As perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo.” (DGS; 2002, p.29). O crescimento deste encargo será significativo para o ser humano, tanto no sofrimento como na inaptidão do mesmo, e, por conseguinte, trará danos económicos para diversos países.

Segundo Ferro “Sendo a saúde mental um aspeto da vida humana cada vez mais importante e a doença mental um problema comum a cada vez mais pessoas, torna-se fundamental perceber de que forma os jornais abordam estes assuntos.” (Ferro, 2013, p.38). É imprescindível estimar a perceção das pessoas face à saúde e doença do foro psiquiátrico, tal como são representadas para contrariar o estigma associado ao doente com transtornos mentais, uma vez que estes são constantemente alvo de posturas discriminatórias tornando-se uma das maiores barreiras para a recuperação dos doentes. É preciso relacionar todas estas construções e questões através dos profissionais habilitados para tal, sejam da área da psiquiatria como da psicologia, e das instituições que foram desenvolvidas com o mesmo propósito.

De acordo com World Health Organization (WHO, 2015):

Exemplos de estratégias gerais para a promoção da saúde mental e a prevenção de transtornos mentais ao longo da vida incluem campanhas de informação; promoção dos direitos; primeira infância e programas de competências para a vida; oferta de condições saudáveis de trabalho e programas de proteção que combatam o abuso de crianças bem como outras violências a nível doméstico e comunitário. (p.47)¹

¹ Examples of broad strategies for mental health promotion and the prevention of mental disorders across the life course include information campaigns; promotion of the rights; early childhood and life skills programmes; provision of healthy working conditions; and protection programmes that tackle child abuse as well as other violence at domestic and community levels.”

Segundo a mesma fonte “A meta global 3.1 é que 80% dos países tenham pelo menos duas promoções nacionais e multisectoriais em funcionamento e programas de prevenção no domínio da saúde mental (até 2020).” (WHO; 2015, p.47)²

Abordar a saúde mental como uma prioridade exige um esforço coletivo que envolve governos, profissionais de saúde, comunidades e organizações não governamentais. É fundamental continuar a advogar por mudanças sistémicas e garantir que a saúde mental seja integrada de maneira significativa nas políticas e práticas de saúde. Essa abordagem holística é fundamental para garantir que as pessoas afetadas recebam o suporte e os cuidados que merecem.

2.2. DOENÇA MENTAL

A doença mental afeta um em quatro indivíduos portugueses, e consequentemente Portugal é o país que assinala a segunda maior prevalência de transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. É de realçar que somente 15% dos indivíduos com transtornos mentais são devidamente assistidos e o tempo médio para que os mesmos tenham acesso a tratamento especializado são de 4 anos. (Comissão de Saúde Mental, s.d.)

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) “Definir transtorno mental é difícil porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum.” (Organização Mundial da Saúde, 2005, p.27). Ao longo dos tempos, tem vindo a discutir-se quais as características que devem ser englobadas na definição de transtorno mental.

Qualquer que seja a definição de transtorno mental por uma legislação nacional, esta depende de inúmeras condições. Essencialmente, o intento da legislação é instituir os limites corretos da categoria. Desta forma, “...a legislação preocupada primordialmente com a admissão e tratamento involuntários pode restringir a categoria apenas a transtornos mentais graves.” (OMS; 2005, p.27). Sob outra perspetiva, “... a legislação preocupada com direitos positivos pode definir transtorno mental da forma mais ampla possível para estender os benefícios da legislação a todas as pessoas com transtornos mentais. (p.27). Contudo, a situação social,

² Global Target 3.1 is for 80% of countries to have at least two functioning national, multisectoral promotion and prevention programmes in mental health (by the year 2020).

cultural, económico e legal das diversas sociedades vão influenciar na definição de transtorno mental.

A OMS (2005) refere que “O termo “transtorno mental” pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias.” (p.28). Porém, existe uma divisão, uma vez que nem todos concordam que todas as categorias mencionadas sejam transtornos mentais. Ou seja, no que respeita à esquizofrenia e depressão bipolar a definição destes transtornos não passa só pelo retardamento mental, mas sim por uma definição mais extensa.

De acordo com os autores Sequeira et al. (2020) “A doença mental é uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental.” (Sequeira et al., 2020, p.3). Os mesmos consideram que “Todas as afeções que afetam o corpo podem provocar doença mental, desde que tais afeções provoquem um desequilíbrio em termos de organização mental.” (Sequeira et al., 2020, p.3). Todavia, os autores referem ainda que a doença mental pode ser definida “... como um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando, na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais e/ou comunitários).” (p.4). Para os autores supracitados “... doença mental é a desarmonia ou desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade, entendendo-se por personalidade os traços próprios e as características constituídas a partir dos fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos, de aprendizagem, etc.” (Sequeira et al., 2020, p.4).

De acordo com um dos mais importantes sistemas de classificação da atualidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, quinta edição (DSM-5):

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e

conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito. (Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013, p.20)

A definição de saúde mental tem uma extrema relevância pois é através da mesma que é possível perceber as razões pela qual a promoção e prevenção desta necessitam de ser prioridades da saúde. Como outros autores citaram anteriormente, de uma forma abrangente, a saúde mental não é unicamente a inexistência de perturbações mentais.

Segundo João Palha e Filipa Palha. (2016):

É um recurso que está na base do bem-estar, da capacidade de enfrentar obstáculos e ser resiliente face às adversidades, de estar envolvido e interessado nas questões sociais e na promoção da paz e estabilidade das comunidades, contribuindo para o capital social e desenvolvimento económico das sociedades. (Palha, J. e Palha, F., 2016, p.7)

Atualmente, o ser humano tem vindo a desenvolver a sua compreensão no que concerne a relacionar a saúde mental e a saúde física. A saúde mental pode afetar qualquer um de nós, em qualquer parte do mundo uma vez que a mesma é resultante da relação de inúmeros fatores. Porém, é de salientar que doenças do foro psiquiátrico podem ter tratamento especializado e eficiente. (DGS, 2002).

2.3.PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR

DEFINIÇÃO:

Existe um leque de doenças do foro psiquiátrico, contudo, a Perturbação Afetivo Bipolar é uma das mais graves. Para Pereira et al. “O Transtorno Bipolar (TB) é uma patologia psiquiátrica grave, recorrente, que se caracteriza por oscilações de humor e envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais, familiares e socioeconômicos. A literatura descreve dificuldades em vários domínios cognitivos em pacientes bipolares, podendo persistir mesmo nos períodos de eutímia.” (Pereira et al.,2010, p.151)

De forma a obter um criterioso diagnóstico de transtorno bipolar, o DSM-5 (2013) tem como um dos requisitos:

Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária). (p.124)

Contudo, os autores Moreno et al. (2005) referem o transtorno bipolar como sendo” ... um dos quadros nosológicos mais consistentes ao longo da história da medicina e as formas típicas (euforia – mania, depressão) da doença são bem caracterizadas e reconhecíveis, permitindo o diagnóstico precoce e confiável.” (Moreno et al.,2005, p.40).

O transtorno Bipolar, conforme os autores supracitados, Costa corrobora com os mesmos e refere que este transtorno “...é uma doença recorrente, crônica e grave. Causa impacto significativo na qualidade vida dos pacientes, além de grande carga para família e sociedade em geral.” (Costa, 2008, p.105). Os primeiros sintomas do Transtorno Bipolar surgem por volta dos 20 anos de idade, ou seja, quando as pessoas começam as suas vidas profissionais provocando um atroz impacto na vida destas e, por conseguinte, um peso para os seus familiares e para a sociedade em si.

Atualmente, o Transtorno Bipolar é considerado como um transtorno crónico e recorrente, e 1,5% da população é afetada pela doença. Este transtorno tem vindo a destacar-se pelas altas taxas de mortalidade e também pelas grandes perdas socioeconómicas que acarreta. (Santin et al., 2005).

Segundo o website da Associação de apoio aos doentes Depressivos e Bipolares (ADEB), a mesma designa Transtorno Bipolar como uma doença maníaco-depressiva, uma doença psiquiátrica assinalada pelas alterações enfáticas do humor, com crises frequentes de depressão e também de mania. A ADEB realça ainda que as mudanças de humor, sejam de depressão ou de mania, tem grandes repercussões no que concerne às emoções e sensações da pessoa afetada com a doença, tal como nos comportamentos e ideias, sendo visível uma perda relevante da saúde e da própria autónoma da personalidade. (Associação de apoio aos adolescentes Depressivos e Bipolares, s.d.).

Relativamente aos Transtornos do humor, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10 são: “Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação.” (World Health Organization, s.d.; p.17)

Ainda conforme a CID – 10:

A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes. (p.17)

Jurena (2001) menciona que “As fortes mudanças no humor, na personalidade, no pensamento, e no comportamento inerentes ao transtorno bipolar frequentemente profundam efeitos nos relacionamentos interpessoais.” (Jurena, 2001, p.2)

Em suma, resta acrescentar que é necessário compreender esta doença, tal como os seus sintomas e como eles afetam o quotidiano dos indivíduos com Transtorno Bipolar de forma que clarifique o quão difícil é viver com a doença.

No que concerne ao diagnóstico do transtorno Bipolar, Justo et al. menciona que “... pode ser feito a partir de critérios razoavelmente bem estabelecidos tanto na prática clínica quanto para efeito de pesquisa, embora seja ainda necessário o esclarecimento objetivo de aspetos cruciais como, por exemplo, a etiologia e o processo fisiopatológico.” (Justo et al., 2004, p.92). Os autores reforçam que este transtorno é um transtorno crónico e recorrente, em que os indivíduos com esta psicopatologia sofrem de constantes alternâncias do humor em que experienciam pelos menos um episódio de mania, hipomania ou episódio misto.

De forma a proporcionar um tratamento adequado e prevenir o surgimento de crises aos indivíduos que sofrem do Transtorno Bipolar, o diagnóstico da doença deve ser feito o mais precocemente possível. Contudo, diagnosticar Transtorno Bipolar não é propriamente fácil e como resultado disso inúmeras pessoas acabam por padecer da doença durante largos anos. O diagnóstico do Transtorno Bipolar assenta na história clínica e familiar da pessoa portadora

do Transtorno e na concretização de exames complementares de diagnóstico (ECD), pois é através dos mesmos que se podem eliminar outras doenças. A história da pessoa é relevante e determinante para a obtenção do diagnóstico final de acordo com os autores do website do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

2.3.1 SINTOMATOLOGIA:

Os indivíduos que sofrem da Perturbação Afetivo Bipolar (PAB) podem vir a experienciar episódios graves de mania e de hipomania. Num episódio de mania os sintomas mais comuns no indivíduo com PAB são: o aumento do nível de energia e de atividade física; falam mais que o habitual, mais rapidamente e conversas diferentes; a necessidade de dormir diminui despoletando insónias; surgem momentos de irritação e de ansiedade que desencadeiam a sensação de pensamentos acelerados; muitos indivíduos abusam do álcool e das drogas; adotam comportamentos de risco, como ter relações sexuais descautelosas e/ ou gastar quantidades exageradas de dinheiro em compras supérfluas.

Uma das principais características do transtorno bipolar é a mania, e esta resulta de uma alteração acentuada do humor e os episódios desta normalmente surgem de forma repentina. Estas crises podem ser leves, moderadas ou até graves. A mania, para Moreno et al. (2005):

(...) afeta o humor e as funções vegetativas, como sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia. Em um episódio maníaco clássico, o humor é expansivo ou eufórico, diminui a necessidade de sono, ocorre aumento da energia, de atividades dirigidas a objetivos (por exemplo, o paciente inicia vários projetos ao mesmo tempo), de atividades prazerosas, da libido, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. O pensamento torna-se mais rápido, podendo evoluir para a fuga de idéias. O discurso é caracterizado por prolixidade, pressão para falar e tangencialidade. As ideias costumam ser de grandeza, podendo ser delirantes. (p.40).

Moreno et al. (2005) realça que os indivíduos em episódio maníaco "...podem ter horas ou dias sem sintomas francos e, em alguns casos, a elevação do humor é mais bem caracterizada como um estado de hiper-reatividade a estímulos." (p.42).

Muitas vezes, a mania, ou os sintomas desta, são complicados de se diferenciar da esquizofrenia quando nas formas mais críticas, nomeadamente a delírios paranóides, agitação psicomotora e momentos de irritabilidade. Isto porque a esquizofrenia é a perturbação mental que geralmente ostenta maior número de delírios incompatíveis com a disposição e com sintomas *schneiderianos* de classe primária. (Moreno et al.,2005).

Conforme o DSM-5:

A característica essencial de um episódio maníaco é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento persistente da atividade ou da energia, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária), acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais do Critério B. Se o humor é irritável em vez de elevado ou expansivo, pelo menos quatro sintomas do Critério B devem estar presentes. (p.127).

Ainda de acordo com o Manual Diagnostico e Estatístico de Perturbações Mentais, o indivíduo, no decorrer de um episódio de mania "... pode se envolver em vários projetos novos ao mesmo tempo. Os projetos costumam ser iniciados com pouco conhecimento do tópico, sendo que nada parece estar fora do alcance do indivíduo." (DSM-5; 2013, p.128).

Num episódio depressivo, hipomaníaco, podemos verificar na pessoa doente uma acentuada tristeza, em que a pessoa refere sensação de vazio; baixa autoestima; revela desinteresse na concretização de atividades que anteriormente gostava; dificuldades na concentração; cansaço e lentidão; comer em excesso ou perda de apetite; o sono pode sofrer alterações, ou seja, sono em demasia ou carência deste e pensar na morte e ter ideias suicidas. (SNS, 2023)

De acordo com Moreno et al. (2005), anteriormente, a hipomania não era identificada pelos clínicos em geral. Muitos destes chegavam a confundi-la como "... a normalidade ou transtornos de personalidade borderline, histriônico, narcisista ou anti-social." (p.40).

Podemos considerar que o episódio de hipomania é idêntico ao episódio de mania, mas de uma forma mais suave. Geralmente este episódio é curto e a duração não ultrapassa uma semana. Pode apurar-se uma alteração do humor normal do indivíduo para euforia ou para "... irritabilidade, reconhecida por outros, além de hiperatividade, tagarelice, diminuição da

necessidade de sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo, e impaciência. (Moreno et al., 2005, p.41). Neste tipo de episódio, hipomania, não se verifica sintomas psicóticos e os indivíduos com PAB não necessitam de ser hospitalizados.

Segundo Pereira et al. (2010) os autores relatam que esta doença “...costuma se apresentar, inicialmente, através da presença de sintomas depressivos que, comumente, podem ser percebidos como Transtorno Depressivo Unipolar.” (p.155)

Mundialmente, conforme Costa “O TAB é uma das grandes causas de incapacidade, tanto para homens como para mulheres...” (Costa, 2008, p.109). São nestas pessoas, portadoras deste transtorno, que existe um maior risco de suicídio, maior predomínio de comorbidades a nível físico mental e um aumento de fatores de risco a nível cardiovascular. Já as causas que desencadeia maior carga e custos inerentes ao Transtorno Bipolar são: a baixa ou a não adesão ao tratamento, as doenças pré-existentes, o malefício social e/ou profissional e o risco de suicídio. Ainda de acordo com a mesma autora, esta explana que:

O TAB está associado a altas taxas de recorrência e recaída; por isso, a informação de condições gerais médicas pode ajudar os médicos a ajustarem suas estratégias de tratamento, considerando cuidadosamente todos os fatores de carga e custos associados, fatores estes que devem ser considerados também pelos profissionais que trabalham com gestão de saúde, tanto no setor privado quanto no público. (p.109).

É importante que, diante a sintomatologia proveniente do TAB, seja feito um correto diagnóstico, pois a falha do mesmo acaba por impedir o tratamento adequado. Por outro lado, a carência de informação da doença pode levar a que os indivíduos com TAB negligenciem o tratamento.

2.3.2 TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICOS:

Hoje em dia, é possível verificar-se um significativo progresso no que respeita aos tratamentos da PAB. Este progresso deve-se ao uso de medicamentos anticonvulsivantes, e ultimamente, ao uso de medicamentos antipsicóticos atípicos. Os autores Costa et al. (2005) consideram que na teoria:

(...) os tratamentos que corrigem a fisiopatologia subjacente à mania melhoram todos os sinais e sintomas associados à elevação patológica do humor e, até o momento, não se dispõe deste tratamento. O tratamento medicamentoso visa restaurar o comportamento, controlar sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios. Não se limita apenas à administração de medicamentos e sim ao gerenciamento de uma doença complexa, que abarca fatores biológicos, psicológicos e sociais, devendo ser implementado pelo médico psiquiatra. (p.43).

De entre os vários estabilizadores de humor, o lítio, o ácido valpróico e carbamazepina são os mais utilizados na PAB. Contudo, a baixa adesão desta terapêutica está relacionada com o próprio doente, com a medicação e também com os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, dificultando desta forma o tratamento da doença. (Santin et al., 2005)

De acordo com Knapp e Isolan (2005) os mesmos referem "... mesmo utilizando-se as mais adequadas estratégias medicamentosas, o curso do transtorno bipolar é, frequentemente, caracterizado por sintomas crônicos e por altos índices de recaídas e internações." (Knapp e Isolan, 2005, p.99). Não esquecendo que mesmo com o alívio dos episódios de humor, é possível que "... ainda podem persistir sintomas subsindrômicos substanciais, principalmente sintomas depressivos, em grande parte dos pacientes. (Knapp e Isolan, 2005, p.99).

Os mesmos autores realçam ainda que "A compreensão do transtorno bipolar tem sido focada, principalmente, nos aspectos genéticos e biológicos e a psicofarmacoterapia tem-se constituído como um componente essencial do manejo desse transtorno." (Knapp e Isolan, 2005, p.99). Contudo, tem vindo a conferir-se um aumento substancial de que as abordagens psicoterapêuticas podem alterar o trajeto do transtorno em questão. Para os autores "A importância de se combinar a psicoterapia com medicações reside no fato de que apenas 60% dos pacientes bipolares respondem ao lítio ou aos outros estabilizadores do humor." (p.99). É preciso aludir que somente 40% dos doentes com PAB, e com doses de terapêutica ajustadas, subsistem sem reincidências e/ou repetições num período abrangente de dois a três anos. Das diferentes abordagens psicoterapêuticas que podem ter efeito positivo na PAB, a psicoeducação e a terapia cognitivo comportamental (TCC) foram as que se destacaram por demonstrarem resultados congruentes e também porque foram as intervenções mais profundamente analisadas. (Knapp e Isolan, 2005).

No tratamento da PAB, as abordagens anteriormente mencionadas têm várias finalidades, conforme Knapp e Isolan (2005):

(...) principalmente o aumento da adesão ao tratamento, a redução dos sintomas residuais, a identificação de pródromos sindrômicos com a conseqüente prevenção das recaídas/recorrências, a diminuição das taxas e períodos de hospitalizações e a melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. (p.99).

Em vista disso, estas mesmas técnicas podem vir a expandir no que respeita ao funcionamento social e ocupacional das pessoas com a doença e capacitá-las na gerência de situações de tensão que possam ocorrer no seu cotidiano.

Promover a conscientização, investir na educação dos profissionais de saúde, e incentivar uma abordagem holística são passos fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a indivíduos com PAB. O seu realce na importância desses elementos contribui para uma visão mais abrangente e centrada no paciente no campo da saúde mental.

3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Neste capítulo serão enumerados os objetivos gerais e específicos referentes à trajetória dos estágios realizados, sendo que a premissa seria desenvolver um projeto de estágio obedecendo à temática escolhida. “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à pessoa com Perturbação Afetiva Bipolar”, foi o projeto proposto e desenvolvido no decorrer deste percurso, cujo intuito era desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo o mesmo objetivo geral para ambos os contextos. Em conformidade com o referido anteriormente e com a temática em questão, delineou-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver Intervenções de enfermagem na gestão da sintomatologia inerentes à PAB;
- Entender o impacto destas intervenções de enfermagem em indivíduos com PAB;
- Promover sessões de psicoterapia individuais e/ou em grupo;
- Dinamizar sessões de treino de assertividade individuais e/ou em grupo;
- Realizar sessões de relaxamento de Jacobson individuais e/ou em grupo;
- Avaliar as intervenções de enfermagem em indivíduos com PAB;
- Reconhecer competências adquiridas durante os estágios;

É importante referir que os objetivos delineados para os estágios não abrangeram apenas as pessoas com PAB, uma vez que estas são o enfoque primordial do projeto, mas todas as outras pessoas que ostentam qualquer psicopatologia que careçam de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

3.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO

3.1.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO:

O estágio referente ao contexto comunitário decorreu num Departamento de Psiquiatria de uma Unidade Local de Saúde da Região do Alentejo. E conforme o site desta Unidade Local de saúde o Serviço de Psiquiatria (SP) incorpora, em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) cujas fundações ocorreram há cerca de 40 anos.

É na área assistencial desta Unidade Local de Saúde da Região do Alentejo que o DPSM se encontra introduzido, e está sob a sua responsabilidade, a prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária em Psiquiatria e Saúde Mental.

O ambulatório do SP é composto por uma sala de trabalho de enfermagem, gabinetes para realização de consultas, como de avaliação e de intervenção, sala do hospital de dia, sala de formação, sala de psicomotricidade, sanitários para equipa multidisciplinar e utentes, secretariado e sala de arrumos. De acordo com o site da Unidade a vertente ambulatória encontra-se distribuída por três equipas comunitárias, sendo que as áreas geográficas são especificadas e definidas por cada equipa. O trabalho é repartido pelas atividades efetuadas no espaço físico do serviço, nomeadamente consultas externas de psiquiatria, psicologia e enfermagem e intervenção social. No terreno propriamente dito, sobretudo atividades clínicas e consultoria nos diversos centros de saúde e interligação com estruturas da comunidade. Existem ainda duas equipas de subespecialidade, a Equipa de Psiquiatria Geriátrica (EPG), esta formada recentemente, e a Equipa para Prevenção da Violência em Adultos (EPVA). As atividades forenses e o hospital de dia complementam o trabalho ambulatório.

As atividades clínicas desenvolvidas no ambulatório são várias, nomeadamente, consultas de enfermagem, consultas de psiquiatria geral, consultas psiquiátricas de subespecialidade (violência em adultos e gerontopsiquiatria); visitas domiciliárias, psicoterapias individuais, consultas de ligação, consultas de psicologia, consultas descentralizadas, perícias e avaliações forenses, avaliações psicométricas e neuropsicológicas, grupos terapêuticos e de psicoeducação, serviço social, consultoria (cuidados primários e estruturas da comunidade), hospital de dia e intervenções psicomotoras e de reabilitação.

Em suma, é primordial para o SP a prestação de cuidados clínicos aos indivíduos com doença psiquiátrica, com o intuito da promoção da melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Como foi anteriormente mencionado, o primeiro estágio decorreu no serviço de ambulatório de uma Unidade Local de Saúde da Região do Alentejo. Este seria o primeiro contato com o serviço e também com a equipa multidisciplinar que integra o mesmo. Consideramos que as duas primeiras semanas de estágio não foram fáceis e que sentimos dificuldades em adaptar-nos à nova realidade principalmente por fatores profissionais. Por este motivo consideramos até cancelar o estágio. Contudo, com o apoio de familiares, amigos, do professor perceptor e de alguns colegas da equipa, decidimos continuar, independentemente das inúmeras adversidades que se apresentavam.

De forma a nos integrarmos e desenvolver competências na equipa, para além das informações clínicas que íamos obtendo dos doentes seguidos em ambulatório, foram feitas várias pesquisas bibliográficas para que as nossas intervenções com os mesmos fossem proveitosas. A equipa em que nos encontrávamos inseridos acompanhava doentes psiquiátricos em condição aguda, maioritariamente doentes esquizofrénicos, o que nos deixou deveras inquietos, refletindo nas estratégias a empregar na abordagem a estes doentes. Porém, conseguimos ultrapassar esse pequeno obstáculo pois inicialmente ficámos apenas a observar o enfermeiro tutor nas diversas abordagens aos doentes, nas consultas, tais como as suas intervenções e dinâmicas.

Após três dias de observação iniciámos, com supervisão do enfermeiro tutor, entrevistas não estruturadas a alguns doentes elegidos pelo mesmo. Por cada entrevista realizada um momento de insegurança e receio que com o tempo se dissiparam uma vez que fomos adquirindo condições para o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Interiorizámos que para esta relação terapêutica resultasse seria importante termos um conhecimento aprofundado de nós próprios além de cada um ser um instrumento terapêutico também.

Conforme Chalifour (2008):

O trabalho profissional exige um bom conhecimento de si, do seu papel, dos fundamentos teóricos que conduzem a sua prática e dos processos em curso numa relação de ajuda e nas intervenções de carácter psicoterapêutico.” (...) “exige que o interveniente se invista verdadeiramente na relação. Para tal é essencial que tenha elevado conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos. (p.23).

Com o tempo e após várias reflexões, consideramos que o autoconhecimento é indispensável para que identifiquemos os nossos valores pessoais, as nossas fraquezas, os nossos erros e virtudes, os males que nos atormentam interiormente e aquilo que nos impulsiona a ser uma pessoa melhor. Este conhecimento e consciência de si-mesmo vai refletir-se no controlo das nossas emoções e a conter os nossos instintos.

Para Rogers “É de fato paradoxal verificar que, na medida em que cada um de nós aceita ser ele mesmo, descobre não apenas que muda, mas que as pessoas com quem ele tem relações mudam igualmente.” (Rogers, 2009, p.25)

Tentou-se sempre que a relação terapêutica fosse assinalada pela confiança, uma vez que esta é a base de uma relação terapêutica; assinalada pelo respeito; pela autenticidade, onde tentámos ser o mais honestos e francos possível, e pela empatia. Consideramos que as entrevistas apresentam um papel essencial, pois é através destas que conseguimos identificar as necessidades de cada doente e deste modo escolher as intervenções psicoterapêuticas individualizadas.

Para Chalifour (2008) este refere que:

A ajuda profissional do interveniente visa ajudar o cliente a aprender ou reaprender, a estar à escuta dos processos internos do seu organismo e, a expressar-se livremente.” (...) “O cliente atingirá estes objetivos na medida em que o interveniente for capaz de conjugar os seus, saber, saber-fazer e saber-estar com os dele, numa relação marcada pela aceitação, compreensão, acolhimento e esperança. (p.42)

É imprescindível que sejamos autênticos, ter atitudes de atenção, afeto, interesse e de respeito. É essencial entrar no universo da pessoa tão integralmente de modo a que não façamos julgamentos e/ou juízos de valor. Temos que aceitar o doente como ele é.

Segundo Rogers “A nossa primeira reação à maior parte das afirmações que ouvimos das outras pessoas é uma avaliação imediata, é mais um juízo do que uma tentativa de compreensão.” (Rogers, 2008, p 21)

O nosso comportamento enquanto profissionais de saúde tem de ser um comportamento não ameaçador. Temos que libertar o doente do medo de ser julgado pelos outros. Temos que ver o doente como uma pessoa em processo de transformação. Nesse processo de busca do “eu” entram os profissionais de saúde, não como detentores do saber, do caminho que leve o doente as suas descobertas, mas sim como facilitadores. Percebemos que ao nos implicarmos nesse processo de auxílio, que fomos alcançando maturidade e crescimento, permitindo que as nossas atuações fossem cada vez mais eficientes.

Assim, podemos dizer que esta relação terapêutica não é só o doente que vai fazer o seu processo de crescimento e mudança, nós próprios iríamos fazer, também, um caminho de crescimento, profissional e pessoal.

3.1.2 CONSULTAS DE ENFERMAGEM:

São nas consultas de enfermagem de monitorização, pós alta de internamento, que se faz o acompanhamento dos doentes, neste caso a doentes em condição aguda. Estes doentes dirigem-se à consulta em tratamento compulsivo, porém voluntário e com prescrição de injetáveis. Estas consultas são ações de enfermagem especializada que tencionam avaliar de forma geral e pormenorizadamente o doente no momento da transição, ou seja, posterior ao seu internamento. Em algumas destas consultas de enfermagem tivemos a oportunidade de, além da administração de injetáveis, efetuar a avaliação global do doente. Esta avaliação global consistia na identificação de alterações mentais, da sua apresentação e postura, da sua atitude e comportamento, entre outros. As informações recolhidas eram registadas no sistema informático, nomeadamente no SClínico, de forma a implementar-se as intervenções essenciais para aquele doente. O intuito da implementação destas intervenções é, essencialmente de prevenir agudizações da psicopatologia do mesmo. Para além desta apreciação eram avaliados parâmetros vitais, tais como a tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e a temperatura axilar (TAX), tal como o agendamento da data próxima consulta.

Para Eduarda Bolsoni et al (2016):

A consulta de enfermagem em saúde é uma potente ferramenta para o enfermeiro cuidar da pessoa e ter mais subsídios históricos e relacionais com a pessoa em sofrimento. A consulta de enfermagem em saúde mental é uma das formas de assistência do cuidado que traz

reconhecimento ao profissional, compartilhamento de saberes e dá autonomia possível à pessoa e aos familiares. (p.25)

Os mesmos autores consideram que:

A consulta de enfermagem à pessoa com uma demanda de saúde, ou transtorno mental, ou sofrimento psíquico abrange os fatores determinantes e condicionantes para a qualidade de vida, como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (p.25)

Aquando da consulta, e num gabinete mais adequado, foi possível a realização de entrevistas não estruturadas, assim como sessões de psicoeducação a alguns doentes, estes determinados pelo enfermeiro tutor, com o objetivo de ensinar ao doente sobre a sua psicopatologia bem como o seu tratamento.

Manuel Lopes, na sua Dissertação de Doutoramento, refere que "...a entrevista pode ser vista como um processo de interacção social entre duas pessoas. Pelo que, esta técnica de colheita de dados coloca questões relacionadas com esse processo e que não devem ser esquecidas." (Lopes, 2005, p.116)

A psicoeducação realizada aos doentes nestas consultas incluíam a manutenção do padrão de sono, alimentação, adesão terapêutica, atividades físicas, a relevância de permanecer em contato com a equipa de saúde mental, etc. Sessão após sessão considerámos que fomos aperfeiçoando as nossas técnicas de comunicação e, por conseguinte, o estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz.

Conforme Tatiana Brusamarello et al. (2010) "Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve considerar o paciente como um todo, os aspectos afetados e os sadios, reforçar e estimular as suas potencialidades, a subjetividade do ser cuidado." (P.246)

É através das consultas de enfermagem que podemos apreciar o retorno do doente à sua vida quotidiana com a finalidade de encontrar dúvidas e obstáculos sentidos por este e intervir nesta sequência de transição que visem a melhoria da sua qualidade de vida em contexto comunitário.

De acordo com Sandra Pereira et al. (2014) “As mudanças que ocorrem na rotina e ambiente familiar provocadas pelo paciente portador de transtornos mentais causam alterações que necessitam de adaptação e reorganização visando o cuidado e apoio ao paciente.” (p.92)

Em conclusão, Brusamarello enaltece que “consulta de enfermagem em saúde mental é essencial para que os enfermeiros fortaleçam esta profissão como prática científica.” (Brusamarello et al., 2010, p.246).

3.1.3 VISITAS DOMICILIÁRIAS:

As visitas domiciliárias são uma das atividades clínicas desenvolvidas no serviço de ambulatório do DPSM desta Unidade de Saúde. Estas visitas eram realizadas às sextas-feiras com horários predefinidos pelo enfermeiro, contudo, podiam ser programadas e/ ou antecipadas conforme a situação o exigisse. As visitas eram efetivadas pelos enfermeiros e caso fosse necessário por outros elementos da equipa, sobretudo a assistente social no caso de se terem levantado, por exemplo; questões sociais.

Conforme a Ordem dos enfermeiros (OE) no parecer do conselho de enfermagem n.152/2019, este refere que:

(...) cuidados prestados no domicílio considera-se que, sempre que seja possível e haja disponibilidade de meios, em contexto de consulta de enfermagem no domicílio, a mesma deverá ser assegurada por dois enfermeiros de forma a garantir o apoio necessário à prestação dos cuidados de enfermagem, bem como por razões de segurança tanto do cliente como do profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.3)

Depois de várias visitas domiciliárias apreendemos que para as visitas evoluíssem com sucesso, os intervenientes, enfermeiros e outros elementos da equipa, deveriam ter em consideração alguns aspetos cruciais, nomeadamente a definição de papéis, o contexto do atendimento domiciliário e o processo de enfermagem em contexto domiciliário.

Para Manuel Lopes “Os cuidados domiciliários deslocalizam os cuidados das instituições para a casa das pessoas, obrigando assim à redefinição do processo de cuidados e introduzindo no

mesmo um equilíbrio diferente, razões pelas quais se torna obrigatório repensar o modelo de cuidados.” (Lopes, 2021, p.36)

No que respeita à definição de papéis, foi-nos explicado que é fundamental que o enfermeiro elucide o seu papel na vida do doente conseguindo identificar que tipo de ajuda pode ou não lhe prestar. Que é essencial reconhecer as prioridades para o atendimento e as situações que estão fora do desejo do doente de mudar, e consequentemente distinguir o interveniente, neste caso enfermeiro, de referência.

No que toca ao contexto do atendimento no domicílio, percebemos que é indispensável ponderar-se vários aspetos, nomeadamente a sensibilidade cultural; no que respeita ao enfermeiro e como anteriormente mencionado, este deve ter um elevado conhecimento de si próprio; relativamente a preconceitos, estes relacionados com a situação socioeconómica, relações sexuais e estrutura familiar do doente. Um dos aspetos a realçar é sobre os métodos para confrontar as emoções inerentes a todos estes preconceitos e estigma. Desta forma o enfermeiro é capaz de entender o doente na sua bagagem étnica e cultural.

Para Telles et al. (2008) “O estigma na experiência vivida da doença mental permeia as relações sociais, familiares e de trabalho, e se expressa no controle da informação do diagnóstico psiquiátrico, na incompreensão e descrédito da doença mental, e no auto-estigma.” (p.4)

Por outro lado, Maria Ferreira refere que “O Estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, dum conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.” (Ferreira; 2005, p.5)

Enquanto enfermeiro é essencial percebermos com clareza qual o nosso papel na vida do doente e na vida da família do mesmo. Desta forma, saberemos exatamente o que é importante fazer com aquele doente e com a sua família, e qual o tipo de ajuda/apoio lhes é preciso prestar. Não nos podemos esquecer que para além de um doente, temos uma família que precisa de ter consciência do que se vai fazer e do que pode ser feito. Muitas famílias geram muitas expectativas que por vezes não são, nem podem ser correspondidas, logo o enfermeiro deve ser o mais claro possível perante a situação e não sustentar falsas expectativas.

Segundo Pereira "... apesar das visitas domiciliares terem sido realizadas para avaliação de demandas específicas focadas nos pacientes, a família muitas vezes necessitava de atendimento, sendo uma unidade de cuidado ou solicitada para participar do cuidado ao paciente." (Pereira et al, 2014, p.92)

De acordo com Labate et al. (2004) referem que:

A expressão "família" foi criada na idade antiga pelos romanos. A família romana tinha como chefe o pai e como subordinados a mulher e os filhos. Com o avanço do processo histórico a constituição e os papéis foram se modificando. Na modernidade a família é chamada nuclear, composta por mãe, pai e filhos. (p.627)

Nas visitas domiciliárias o enfermeiro deve reconhecer as prioridades para o atendimento e perceber quais as situações que estão fora do desejo do doente mudar, porque os cuidados de enfermagem são adaptados às necessidades deste e do seu ambiente. Desta forma o enfermeiro deve fazer o que é fundamental para esta adaptação, mostrando assim, respeito pelas opções do doente e também, demonstrando ser flexível.

Um dos aspetos que julgamos pertinente nas visitas domiciliárias foi o estabelecimento de limites e prestação de cuidados adequados às necessidades do doente no seu meio circundante. Neste contexto, consideramos que a confiança é um sentimento que se deve instituir entre o enfermeiro e o doente num primeiro contacto. Do mesmo modo que é importante ter em atenção a utilização de uma abordagem empática com base na credibilidade, utilizando uma comunicação assertiva e atendendo sempre à privacidade do doente, ou seja, sustentar um relacionamento patenteando um compromisso com o doente apesar de poder vir a existir resistência ou não da aderência por parte deste.

A avaliação do atendimento domiciliário deve anteder a questões de segurança tanto para o doente como para o enfermeiro onde a informação é fundamental sobre como agir em situação de crise. Intervenções como incluir enfermeiros de cuidados comunitários na visita domiciliária; avaliação do ambiente doméstico; desenvolvimento e implementação de um plano de tratamento/atendimento individualizado através de consultoria com o médico psiquiatra ou médico de família com relação à adesão à terapêutica, a intervenções terapêuticas, oferta de psicoterapia de apoio, etc.; são algumas das que se podem colocar em prática no sentido de oferecer ao doente o apoio necessário num contexto domiciliário.

A nível do processo de enfermagem em contexto domiciliário o enfermeiro deve avaliar de forma abrangente fatores físicos, emocionais, espirituais, ambientais, económicos e culturais; deve formular diagnósticos de enfermagem e realizar um plano de atendimento individualizado visando os problemas e necessidades do doente. Este plano deve este ser implementado e avaliado para que se possam reajustar intervenções conforme as necessidades do doente. São, portanto, pontos que não devem ser desconsiderados aquando da visita domiciliária ao doente.

As intervenções de enfermagem realizadas nestas visitas passam por ser planeadas para um determinado doente, de acordo com toda a equipa multidisciplinar, e não são centradas no enfermeiro, mas sim no doente. Estas intervenções são propostas para avaliar o estado de saúde mental e de resposta do doente à sua doença e tratamento, servindo para implementar um plano de tratamento com vista a: adesão à terapêutica; intervenção na crise; encaminhamento para recursos comunitários; apoio ao doente/família para prevenção de reincidentes.

Em suma, estes são os aspetos cruciais que o enfermeiro deve ter em conta para ter sucesso na sua intervenção nas visitas domiciliárias que concretizar. No entanto, há que ressaltar que estas visitas devem ocorrer sempre que necessário, isto é, caso a situação o exija.

4. CONTEXTO DE INTERNAMENTO

4.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO:

A unidade de internamento do SP tem catorze camas distribuídas por quatro enfermarias, sendo que cada enfermaria tem capacidade para três camas. As camas são designadas por números, números pares e números ímpares. As visitas aos doentes internados podem ser realizadas diariamente. A unidade ainda dispõe de dois quartos de isolamento para os doentes mais agitados ou que tenham insónia total de forma a não incomodar os outros doentes, entre outros. Apesar da unidade ter catorze camas a mesma só tem capacidade para doze doentes devido ao rácio de enfermeiros. Todas as enfermarias possuem casa de banho e televisão, exceto as enfermarias de isolamento. As portas das enfermarias contêm uma janela para fácil observação ao doente. Estas e outras portas do serviço estão sempre trancadas como medida de segurança, tanto para os doentes como para os profissionais. Preenche a unidade de internamento, uma sala de trabalho de enfermagem, onde os enfermeiros preparam a terapêutica, injetáveis e outros; dois gabinetes de enfermagem, onde os enfermeiros reúnem para as passagens de turno, para efetuar registos no SClinico, para realizarem os acolhimentos, etc; secretariado, três gabinetes, sala ocupacional, onde se desenvolvem atividades com os doentes; sala de refeições, toda a louça para a refeição é de plástico como medida preventiva, duas salas de armazenamento de material clínico e também farmacológico, uma sala de sujos e dois sanitários de serviço para a equipa multidisciplinar. A unidade de internamento dispõe de uma planificação semanal de atividades que foi adaptada e que se encontra em apêndice (apêndice I). No piso 2, na ala sul, existe uma biblioteca, duas áreas de vestiário e uma copa. O jardim ocupacional encontra-se situado no piso 1 e são áreas partilhadas com o serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA). No jardim ocupacional, os doentes têm um terreno onde os mesmos cultivam várias árvores de fruto e hortícolas que habitualmente regam às quartas-feiras, sábados e domingos. A seguir a cada refeição, nomeadamente cinco, os enfermeiros acompanham os doentes ao jardim ocupacional para que estes possam fumar, os que são fumadores, mas também para fazer caminhadas, realizar atividades e aproveitar o espaço para conviver. É de salientar que cada doente tem direito a efetuar uma chamada por dia e receber uma chamada nos horários estabelecidos. Os doentes podem ainda utilizar o seu próprio telemóvel meia hora por dia no horário de acordo com o número da cama em que se encontram.

Por meio de resumo, a equipa multidisciplinar da unidade de internamento é composta por uma diretora de serviço, dois médicos psiquiatras, treze enfermeiros, sendo que um deles é o enfermeiro chefe, nove assistentes operacionais, um administrativo e uma assistente social.

5. PROJETO DE ESTÁGIO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA À PESSOA COM PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR

A definição do presente projeto de estágio teve em conta dois grandes fatores, nomeadamente a nossa intenção de trabalhar com pessoas com perturbação afetiva bipolar e pela existência de apenas três enfermeiros especialistas na área de saúde mental e psiquiátrica. Na unidade de internamento somente estes três enfermeiros, enfermeiros com a ESMP, lhes era possibilitado desenvolver intervenções mais específicas, estas inerentes à especialidade. Os restantes enfermeiros desenvolviam outro tipo de atividades comuns aos doentes no internamento, especificamente pequenos passeios fora do internamento, trabalhos manuais, entre outras. Consideramos vantajoso implementar intervenções diferentes das já praticadas na unidade de internamento com o objetivo de desenvolver novas competências pessoais e sociais nos doentes com PAB.

Segundo o Diário da República n.º 122/2015, Série II 25 de junho de 2015 as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental:

(...) visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. (Ordem dos Enfermeiros [OE], (2015: 17034).

A classificação das intervenções de enfermagem (NIC) define que “Uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados de um paciente.” (Bulechek et al., 2010, p.78)

Nos primeiros dias de estágio sentimos algumas dificuldades devido à inexperiência nesta área. Foi complicado delinear uma planificação face ao estágio bem como incrementar as intervenções nos doentes internados na unidade, particularmente com os doentes com PAB, mas pareceu um desafio muito interessante. No decorrer dos turnos, percebemos que a prestação de cuidados a doentes psiquiátricos é crucial, principalmente na relação interpessoal e na comunicação para que se obtenha uma relação de ajuda eficiente.

O doente com PAB é uma pessoa que carece de ajuda, que tal como qualquer um de nós, tem características cognitivas, biológicas, sociais, emotivas, e espirituais e que no seu relacionamento com o ambiente o torna único. Quando se estabelecer uma relação de ajuda com o doente é preciso assimilar todas as suas características e entender de que forma o mesmo interage com o ambiente e de que maneira esse ambiente o afeta, ou seja, se lhe causa frustrações, ameaças e conflitos. Conseguindo ter esta compreensão do doente conseguimos entender quais as causas de stress e de que maneira o tem conseguido gerir e quais os seus mecanismos de defesa.

Manuel Geada (1996) refere que “A função de tais mecanismos de defesa seria a de proteger o indivíduo da vivência de estados afectivos negativos intensos e crónicos susceptíveis de interagir nos sistemas biológicos, dessa forma desencadeando a doença ou influenciando a sua progressão.” (p.193)

De acordo com a Elizabete Silva (2011) a mesma faz referência a Freud, em que explana “... Freud ampliou o conceito de mecanismo de defesa, aplicando-o, tanto a situações normais quanto patológicas (nas quais um método especial de defesa protege o ego contra exigências instintivas).” Os principais mecanismos, descritos pela autora são “...a repressão, a negação, a racionalização, o isolamento, a formação reativa, a projecção, a regressão e a sublimação, sendo tais mecanismos encontrados em sujeitos saudáveis e sua presença excessiva é, via de regra, indicação de possíveis sintomas neuróticos.” (p.2)

Este conhecimento do doente irá permitir-nos fazer uma correta avaliação do mesmo, levar a uma implementação (em conjunto com o doente) de intervenções centradas nele e assim implementar uma verdadeira Relação de Ajuda.

Segundo Héléne Lazure, a autora estima “...que uma boa relação de ajuda é essencial para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes”. (Lazure,1994, p.9)

Em conformidade com Margot Phaneuf, a relação de ajuda é “... uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova”. (Phaneuf, 2005, p.324) A autora considera que o enfermeiro para estabelecer uma

relação de ajuda deverá ostentar distintos requisitos, tendo como exemplo: a vontade de não julgar, a presença, a centralização no doente a auxiliar, a escuta, entre outros.

No entanto, Phaneuf (2005) refere ainda, e adotando uma visão mais abrangente, que os objetivos da relação de ajuda são:

- Colocar a sua dificuldade em palavras a fim de que ela possa perceber-se como uma interveniente activa na sua própria situação;
- Aceitar a dor ou as dificuldades de uma situação com mais serenidade;
- Ver o seu problema mais claramente, de maneira mais realista, nas suas justas proporções, e modificar as suas perspetivas sobre o assunto, em caso de necessidade;
- Apresentar à enfermeira o seu problema como ele se lhe coloca, enquanto que ser único nas condições que lhes são particulares;
- Compreender e comunicar à pessoa que ajuda as diferentes ligações entre os acontecimentos da sua vivência e as diferentes relações de força que se exercem entre as pessoas-chave da sua vida para chegar a uma melhor compreensão de um problema ou de um conflito;
- Expressar os seus sentimentos e as suas opiniões, mesmo se são negativos;
- Libertar a sua tensão;
- Sentir-se escutada, aceite tal como é, e compreendida para que em seguida seja capaz de se aceitar a ela própria tal como é;
- Abrir-se aos outros e sentir-se mais à vontade para comunicar;
- Ter em conta os outros e tornar-se consciente das suas responsabilidades;
- Estabelecer uma relação significativa com uma enfermeira que servirá de trampolim para o estabelecimento de outras relações interpessoais;
- Desenvolver uma auto - imagem mais positiva;
- Modificar certos comportamentos que prejudicam a sua adaptação;
- Encontrar um sentido para a sua dificuldade;
- Adaptar-se a uma situação à qual não se poderia adaptar sem ajuda;
- Conhecer os recursos pessoais de que dispõe para resolver as suas dificuldades;
- Ver a sua vida de forma mais confiante e mais positiva, e a dar-se objetivos de vida;
- Tomar-se a cargo e tornar-se mais autónoma para diminuir a influencia das suas dificuldades na sua vida e resolvê-las se possível;
- Enfrentar a morte com dignidade e serenidade. (p:326)

Neste sentido entendemos que seria primordial desenvolver uma relação profissional empática, uma relação interpessoal terapêutica segura, com a finalidade de cultivar confiança entre nós e

o doente e, por conseguinte, ajudar o mesmo nas suas carências. Era fundamental procurar avaliar os problemas do doente e ajudá-lo a resolver esses mesmos problemas.

Podemos considerar que é através da comunicação interpessoal, que tanto o doente como o enfermeiro poderão atingir os seus desígnios, uma vez que se estabelece um relacionamento interpessoal próprio. É imprescindível ter em conta que esta comunicação deverá ser terapêutica pois irá promover a compreensão e o respeito, concretizando assim o cuidado. Desta forma, e após várias reflexões, evidenciamos que é indispensável aprofundar estratégias de relacionamento interpessoal para que se institua uma comunicação eficaz entre enfermeiro e o doente. Ao longo do estágio, consideramos que o procedimento de comunicação terapêutica deveria ser estimado como uma prioridade de enfermagem devido à sua importância. Depreendemos que os momentos de reflexão, neste tipo de situações, poderiam ser uma vasta consciencialização na evolução da competência do relacionamento interpessoal terapêutico.

Após a realização de dois/três turnos, e conhecermos o serviço e o funcionamento do mesmo, começámos a colaborar na preparação da terapêutica em conjunto com os enfermeiros do internamento e na administração da mesma. Esta toma era sempre assistida. Também se realizaram várias atividades, nomeadamente as atividades comuns a todos os doentes internados, sobretudo trabalhos manuais. Assistimos e tivemos a oportunidade de colaborar nas reuniões multidisciplinares que decorriam sempre às segundas, quartas e sextas-feiras no horário da manhã. Nestas reuniões estavam presentes os médicos psiquiatras os enfermeiros do turno da manhã, a enfermeira chefe e a assistente social. Aqui eram transmitidas todas as informações essenciais e pertinentes de forma a assegurar a continuidade de cuidados, possibilitando a colheita de informações relevantes com o intuito de planear e implementar intervenções personalizadas a cada doente na unidade.

Acompanhámos várias vezes os doentes até ao jardim ocupacional, após as refeições, para que estes pudessem fumar e também nos foi oportuno realizar pequenos passeios em torno do hospital com os doentes com sintomatologia menos acentuada. Percebemos que estes momentos proporcionavam aos doentes tempo para socializarem entre eles e com os profissionais, tempo para capacitarem a própria comunicação e tempo para refletirem sobre a sua condição de saúde.

A passagem de turno era um dos momentos que mais nos deixava nervosos. Como desconhecíamos alguns termos utilizados inerentes à especialidade e sentíamos dificuldades em empregá-los de forma correta quando a situação o exigia, decidimos realizar um glossário de A a Z com os termos utilizados na unidade, e não só, para que quando fossemos passar o turno pudéssemos mencioná-los com conhecimento dos mesmos.

De acordo com Margarida Antunes na sua Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados (2019, p.47) refere que a “... comunicação é importante na enfermagem, pois é por meio da comunicação vivida entre enfermeiro e doente que se definem metas, objetivos a serem atingidos pelo doente, por ele próprio ou pela equipa, para em conjunto se encontrarem soluções.”

De acordo com o PARECER CJ/20 – 2001 da OE:

A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação. (OE, 2001; p.1)

Durante os turnos, constatámos que durante os períodos que não se realizavam qualquer tipo de atividades, muitos dos doentes encontravam-se isolados, pouco interativos e dinâmicos. Esta condição também sobrevinha em consequência da própria patologia psiquiátrica, que em alguns casos, origina lentificação psicomotora, ou em resultado da terapêutica que afeta a motricidade dos doentes tornando-os pouco ativos.

Posteriormente a termos delineado uma planificação, esta respetiva ao estágio, refletir nas intervenções a implementar nos doentes com PAB e termos lido uma ampla bibliografia sobre vários pontos que iríamos abordar, foi-nos sugerido um estudo de caso. Nesta circunstância sentimos que poderíamos progredir da fase de enfermeira generalista para futura enfermeira especialista na área de saúde mental e psiquiátrica.

O estudo de caso a executar seria a uma doente com PAB, a D.^a H.CR.; recentemente internada na unidade de internamento por um quadro de mania. Como a sintomatologia da

mania levou alguns dias a reverter, foi-nos possível auferir de algum tempo para determinar quais as intervenções a implementar. Com o apoio do enfermeiro tutor e de alguns elementos da equipa, foram definidas três intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nomeadamente, a Psicoeducação, Treino da Assertividade e Terapia de Relaxamento (Relaxamento de Jacobson).

Anna Santana (2011) refere que:

Nesse novo paradigma, a psicoeducação está conquistando um lugar importante como uma intervenção complementar ao tratamento tradicional por se constituir em uma atividade condizente com os novos ideias de atenção em saúde mental sendo recomendada aos pacientes e familiares geralmente por psicólogos, psiquiatras e enfermeiros, entre outros profissionais. (p.2)

Segundo Ângela Figueiredo et al. (2009, p.15) defendem que “A psicoeducação consiste em uma modalidade de intervenção psicossocial.” Acrescentam ainda que:

A psicoeducação se apresenta como um modelo eficaz para adesão ao tratamento psicofarmacológico, melhor compreensão e entendimento do transtorno, redução do número de episódios maníacos, menor número de recaídas e internações, aumento do funcionamento social bem como para um melhor manejo de situações de crise e sentimentos de culpa. Da mesma forma, a psicoeducação se apresenta como uma alternativa importante para familiares de pacientes com transtorno bipolar. (p.15).

Por outro lado, Carina Lemes e Jorge Neto (2017) referem que “A psicoeducação é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento.” (p.17). Desta forma é exequível incrementar um trabalho preventivo e um processo de assimilação em saúde.

Posto isto, foi elaborado um PowerPoint, (apêndice II), para apresentar ao grupo de doentes, principalmente à doente do estudo de caso. O Intuito da apresentação do PowerPoint era de lhes ensinar sobre a sua patologia, neste caso a PAB, os seus sinais e/ou sintomas, bem como o tratamento da mesma, e consequentemente promover literacia em saúde.

Consoante Santana, realça que:

Um dos aspetos mais importantes da psicoeducação, é a democratização das informações que dizem respeito ao próprio indivíduo. Neste sentido, informar as características comuns ao transtorno mental, que, entretanto é vivenciado por cada um de uma forma particular, é fundamental para ampliar o autoconhecimento do portador. (Santana, 2011, p.2)

Podemos considerar que a Literacia em Saúde é de extrema importância, tornando-se uma prioridade de saúde pública. O Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, enaltece que esta: “ ... implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde,...” realça ainda que a Literacia em Saúde coopera na “... prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.”(DGS, 2018, p.6)

Sequeira et al. (2020; p.60) defendem que “... a promoção da literacia em saúde mental, assim como os fatores que contribuem para a qualidade de vida, é essencial ao bem-estar das pessoas na comunidade.”

Após ter-se feito uma revisão bibliográfica sobre esta temática optamos por operacionalizar as intervenções de enfermagem, supracitadas anteriormente, seguindo o procedimento padrão, ou seja, cada intervenção seria abordada em três sessões, estas sessões teriam um tempo de duração máximo de 45 minutos, a duração destas seria no máximo de três semanas e por fim a avaliação.

O primeiro contacto foi individualizado, com a finalidade de propiciar o seu consentimento, consentimento informado na participação do estudo de caso. Tanto no primeiro dia de internamento como último são utilizadas as escalas de serviço, as quais pudemos implementar na D.^a H.CR e também se empregou o questionário Mini-Mental State Examination (MMSE) traduzido para português para avaliar as suas funções cognitivas. (anexo I).

Para que existisse um relacionamento terapêutico com os doentes, não obstante, com a D.^a H.CR a abordagem seria mais meticulosa, teríamos que promover nesse relacionamento, a confiança, a empatia e o respeito. Tínhamos como objetivo construir uma parceria com a D.^a H.CR para proveito da mesma, prestando-lhe cuidados individualizados e fomentando uma

aliança terapêutica. Neste primeiro contacto seria fundamental investigar quais os conhecimentos que D.^a H.CR tinha sobre a sua psicopatologia, as suas aptidões, as suas preocupações e as suas expectativas gerais. Desta forma, foi realizado um documento, anamnese (apêndice III) com o intuito de recolher o maior número de informações possíveis da D.^a H.CR.

No relacionamento terapêutico todas as avaliações e intervenções aplicadas teriam de estar em evolução contínua, uma vez que todas as reavaliações vão colaborar para o aumento do conhecimento sobre o doente, para o surgimento de novos dados e adaptado as intervenções. Para uma avaliação diagnóstica concreta é essencial a realização de uma entrevista. Esta entrevista é o primeiro passo de ajuda na identificação das necessidades do doente, neste caso em específico a D.^a H.CR.

De acordo com Chalifour (2008) a entrevista inicial consiste num:

(...) encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com os objetivos de se conhecerem, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para responder ao pedido do cliente, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado. (p.82)

A entrevista de ajuda não é uma conversa na qual são trocadas opiniões, nem um interrogatório, não é um discurso de entrevistador e muito menos uma confissão. Optámos pela entrevista semiestruturada, pois esta tem por base uma relação de ajuda, tendo como finalidade a compreensão profunda do que se passa com o entrevistado, a forma como ele encara o problema ou uma determinada situação, a clarificação complexa da sua experiência de vida e a procura de meios que permitam uma mudança.

A entrevista clínica é uma ferramenta fundamental na prática dos profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros. É uma interação estruturada e comunicativa na qual o profissional procura compreender a situação de saúde do doente. A colheita de informações detalhadas durante a entrevista clínica é fundamental para a prescrição de intervenções personalizadas e individualizadas. Cada doente é único, e a compreensão aprofundada da sua condição de saúde, juntamente com a consideração de

fatores contextuais, permite que os profissionais de saúde desenvolvam planos de tratamento mais efetivos e adaptados às necessidades específicas de cada indivíduo.

De acordo com Sequeira et al. (2020, p.90) este refere que “A entrevista de colheita de dados é a mais utilizada, fazendo do quotidiano de trabalho da maioria dos profissionais de saúde, independentemente da área ou contexto de intervenção”.

O principal objetivo da entrevista clínica é reunir informações precisas e abrangentes que orientem o profissional de saúde no processo de diagnóstico. Essas informações podem ser fundamentais para a elaboração de diagnósticos de diferentes naturezas, incluindo diagnósticos de enfermagem, médicos, psicológicos, sociais e outros, dependendo da área de atuação do profissional.

Sequeira (2020, p.90) realça que “Uma entrevista é uma forma de interação social e de diálogo assimétrico em que uma das partes procura recolher dados e a outra é fonte de informação (definição interacionista).

Ainda de acordo com Sequeira, os elementos que integram a entrevista são:

- .Uma interação entre um profissional e uma pessoa com um objetio previamente determinado;
- . Um procedimento de recolha de informação que utiliza a comunicação;
- . Um procedimento utilizado na investigação social para a recolha de dados ou para diagnóstico e/ou tratamento de um problema social (investigação-ação, com intervenção no meio);
- .Técnicas específicas da comunicação verbal e não verbal.(p 90)

No que respeita aos objetivos gerais da entrevista clínica Sequeira (2020) enumera

“.Identificar uma necessidade/problema (diagnóstico);

Clarificar uma necessidade/problema (diagnóstico);

.Excluir uma necessidade/problema (diagnóstico);

Caracterizar a situação/contexto relacionada com um ou mais diagnósticos.” (p 90)

A entrevista clínica, portanto, serve como uma ferramenta multifuncional que adapta o seu foco de acordo com a área de especialização do profissional de saúde. O processo da colheita de informações é vital para orientar o pensamento do profissional em direção a um diagnóstico

preciso e para caracterizar adequadamente o problema de saúde, permitindo a implementação de intervenções eficazes

Para Suzy Souza e Lia Silveira (2019) fazem referência à valorização da escuta mencionando que “... os profissionais reconhecem o resultado que a escuta proporciona no cuidado em saúde, sendo um recurso que possibilita acessar a necessidade do usuário, atenuar angústias e sofrimentos, assim como construir uma terapêutica mais eficaz.” (p.38)

A intervenção psicoeducacional ocorreu poucos dias depois da entrevista à D.^a H.CR. Foi concebido um plano de sessão (apêndice IV) a especificar a sessão, e um dia antes desta foram convocados todos os doentes com PAB no internamento, particularmente a D.^a H.CR. Esta intervenção foi executada em três sessões, em semanas intervaladas, com a duração de aproximadamente 45 minutos abrangendo os mesmos doentes e/ou outros doentes com PAB com disponibilidade para colaborar na intervenção. A intervenção psicoeducacional foi avaliada pelos doentes através de um questionário de avaliação da sessão. (apêndice V).

A intervenção Treino da Assertividade surge nas semanas seguintes e foi executada de forma individual à doente do estudo de caso. O gabinete escolhido para a sessão era amplo, confrontável, silencioso, contribuindo favoravelmente para a sessão. Seria importante salientar à D.^a H.CR que a comunicação é um método interpessoal e que pode ser através de comunicação verbal e não verbal onde existe uma troca de propósitos e de esclarecimentos.

A assertividade é um estilo de comunicação que nos vai possibilitar a sermos mais proveitosos na relação com os outros. A comunicação assertiva é uma escolha. Ser assertivo vai amplificar a estima por nós próprios, diminuindo a noção de insegurança e vulnerabilidade e, por conseguinte, vai aumentar a autoconfiança e escassear a necessidade de aprovação para aquilo que fazemos.

A comunicação engloba 4 estilos, nomeadamente a comunicação assertiva, na qual nos iríamos debruçar, a comunicação passiva, comunicação passiva-agressiva e a comunicação agressiva.

Para Ana Querido et al. (2020, p.2) estes referem que “Na comunicação assertiva, os indivíduos defendem os seus direitos básicos pessoais sem para isso violarem os direitos

básicos dos outros. Neste estilo de comunicação os indivíduos “Expressam os seus direitos de forma aberta e honesta e assumem a responsabilidade pelas suas próprias ações deixando os outros fazerem as escolhas deles.” Calcula-se que este tipo de conduta proporciona a estes indivíduos a conseguirem instituir afinidades afáveis e satisfatórias com os demais.

Iniciei esta intervenção por falar um pouco da comunicação assertiva e quais os objetivos desta comunicação. Foi utilizado um quadro com exemplos de aquisições de aptidões e treino para o comportamento assertivo para fins de leitura individual, um questionário com respostas alternativas de forma que a doente identificasse a resposta assertiva e empregou-se um teste de assertividade. (anexo II).

Vera Martins (2017) refere-se à assertividade como “O termo assertividade origina-se de asserção. Fazer asserções quer dizer afirmar, do latim affirmare, tornar firme, consolidar, confirmar e declarar com firmeza. Quando falamos da comunicação humana, assertividade significa muito mais do que isso: é uma filosofia de vida.” (p.11). Ainda de acordo com a autora, a mesma relata que:

A assertividade clarifica as relações, propiciando uma comunicação ética entre as pessoas. A linguagem assertiva, verbal e não verbal, utiliza signos que exprimem a verdade, autorrespeito e respeito pelos outros, buscando uma solução para os conflitos que satisfaça aos interesses das partes envolvidas. (p.13)

Podemos considerar que um comportamento assertivo é um comportamento espontâneo, um comportamento honesto “... porque faz economia de palavras, não permitindo rodeios, justificativas e desculpas.” (Martins, 2017, p.14)

Segundo a autora supramencionada, a mesma explana as atitudes de base da assertividade, sendo elas:

.Autoestima — origina-se da imagem que você tem de si mesmo. É a sua reputação vista por seus próprios olhos. É o que você pensa e sente sobre si mesmo. A qualidade da autoestima depende de você. Depende da aceitação, da confiança e do respeito que você tem por si mesmo.

. Determinação — é uma energia que faz você ter coragem para ir em frente e não desistir perante os obstáculos. É ter foco e clareza sobre aonde quer chegar.

- . Empatia — é colocar-se no lugar do outro mentalmente e sentir o que o outro está sentindo numa determinada situação. Somente pessoas maduras conseguem estabelecer empatia.
 - . Adaptabilidade — é adequar seu estilo de comunicação e entrar em sintonia com seu interlocutor, seja uma criança, seja um idoso, tenha nível cultural alto ou baixo.
 - . Autocontrole — é assumir que o ser humano é bastante emocional e usar da racionalidade para gerenciar emoções, não perdendo o controle das situações.
 - . Tolerância à frustração — é aceitar que não podemos só ouvir sins, pois existem os nãoos que são pertinentes e justos. Isto significa aceitar a diversidade humana.
 - . Sociabilidade — é gostar de estar com pessoas, é se preocupar com o bem-estar do outro assim como o seu próprio. É tratar as pessoas com naturalidade e sem ideias preconcebidas.
- (p: 19)

Esta Intervenção foi realizada em três sessões, como já foi referido num ponto anterior, em diferentes semanas e com uma duração de aproximadamente 45 minutos. Como foi anteriormente aludido, a intervenção de Treino da Assertividade foi feita de forma individual. No fim das três sessões, estas foram avaliadas pela D.^a H. CH através de um questionário de avaliação de satisfação (apêndice VI).

Podemos considerar que a comunicação assertiva é uma aptidão que alguns indivíduos aperfeiçoaram ao longo das suas vivências e em que o seu meio sociocultural lhes concedeu condições para desenvolverem esta postura face à vida. Nem todos nós conseguimos ser seres assertivos, porém podemos treinar a assertividade para mais tarde a por em pratica no nosso quotidiano, pois esta é elementar para que sejamos bem-sucedidos, tanto a nível pessoal como profissional.

A Terapia de Relaxamento (Relaxamento de Jacobson) foi implementada várias vezes no decorrer das semanas de estágio. Esta intervenção abrangia todos os doentes internados na unidade com doença afetiva bipolar, distintamente a doente do estudo de caso. Realizou-se um plano de sessão (apêndice VII) descrevendo toda a sessão, referindo o dia e hora e o tempo estimado da concretização da mesma. Para avaliação da sessão realizou-se um questionário de avaliação da mesma. (apêndice VIII).

De acordo com Letícia Novaes e Mariana Santos (s.d.; p.2), “As técnicas de relaxamento promovem descontração muscular e proporcionam um reequilíbrio emocional.” As autoras realçam que:

O bem-estar gerado pela liberação de endorfina também atua nas habilidades emocionais, através da reestruturação dos afetos e desafetos. Por isso, os medos e as ansiedades que estavam causando as tensões diminuem e podem ser trabalhados em terapia, já que as defesas do inconsciente estão afrouxadas. (p.2)

Contudo para Pereira et al. (2018) definem a Terapia de Relaxamento como sendo:

(...) uma técnica que se engloba no âmbito da terapia cognitivo-comportamental, usada também no treino de habilidades sociais. Em múltiplos contextos internacionais pratica-se o assertive community treatment (tratamento comunitário de assertividade), programa em que o enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria se empenha de forma contínua e acompanha a pessoa nas suas atividades de vida diárias na comunidade. (p.32)

Após estudos analisados por Bezerra et al. (2020) e perante a análise da revisão integrativa dos mesmos os mesmos, os autores chegaram à conclusão que:

a técnica de relaxamento muscular, enquanto terapia complementar, é um método eficaz e que atua de forma positiva na redução dos sintomas de ansiedade nos diversos contextos de saúde, bem como na melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde do usuário assistido por profissionais da saúde, em especial pelo enfermeiro, que exerce papel crucial na promoção de métodos e técnicas que atuam na redução da ansiedade. (p.10)

A Terapia de Relaxamento tem vindo a conquistar relevância, face aos doentes psiquiátricos, devido às suas particularidades, pois as mesmas fortalecem as atitudes e as personalidades do doente no que respeita às dificuldades do quotidiano, conferindo-lhes autoestima e *empowerment* para que os doentes consigam superar com mais serenidade as adversidades do dia-a-dia.

Podemos constatar que as técnicas de relaxamento são reconhecidas pelos seus benefícios. O uso de técnicas de relaxamento, como o relaxamento de Jacobson, a respiração profunda, a meditação, podem oferecer benefícios significativos. Essas técnicas ajudam a reduzir o estresse, promovem a calma e podem melhorar a qualidade de vida dos doentes com PAB.

É importante destacar que essas técnicas podem ser incorporadas como complementos aos cuidados de enfermagem, dando oportunidade aos doentes de verbalizarem os benefícios que possam sentir com o uso desta técnica para garantir que são seguras e apropriadas para sua situação específica.

6. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

Quando o enfermeiro interage com o doente, estabelece-se uma relação. Esta pode ser uma relação que pode vir a modificar o que é problema numa oportunidade para que ambos possam crescer e amadurecer. Para o êxito do enfermeiro, o mesmo deverá desenvolver uma relação com o doente com base na confiança e no respeito com a finalidade de ajudar o doente a reconhecer os seus problemas e a encontrar soluções para estes. O enfermeiro deverá ter em conta também as suas próprias necessidades e aperfeiçoar o seu processo de autoconhecimento, pois não é fácil ter um bom relacionamento com o doente se o próprio enfermeiro não for capaz de se compreender e identificar o doente cuidado como pessoa que participa juntamente com ele neste processo.

No decorrer do “Estágio II” e com o propósito de poder fundamentar a nossa prática clínica optamos por utilizar o modelo teórico de Hildegard Peplau. Compreendemos que ao fundamentar a prática nos pressupostos da teoria de Peplau, esta nos auxiliaria no reconhecimento da fase da relação e nas posturas e procedimentos mais apropriados a empregar.

Para Almeida et al. (2005, p.203) a aplicação de modelos teóricos na enfermagem “...reflete um movimento da profissão em busca da autonomia e da delimitação de suas ações.” Os autores consideram que “...a Enfermagem esteve sempre dependente de outras ciências sem que houvesse um corpo de conhecimento próprio, o que fomentou o desejo nos enfermeiros de conhecer sua verdadeira natureza e construir sua identidade.” (p.203)

Foi no dia 1 de Setembro de 1909, em Reading, na Pensilvânia, que Hildegard Elizabeth Peplau nasceu. Em 1931, em Pottstown, na Pensilvânia, Peplau iniciou o seu percurso profissional. Formou-se em Junho de 1943 no Bennington College, onde lhe foi atribuído o grau bacharelato em Psicologia Interpessoal. No ano de 1946, Peplau exerceu funções de enfermeira do exército dos Estados Unidos da América (EUA), no hospital de neuropsiquiatria de Inglaterra, no decorrer da 2ª guerra mundial. Já no período pós guerra, Peplau auxiliou na reestruturação do sistema de saúde mental. Peplau adquiriu o título de “Mestre” em enfermagem psiquiátrica e o título de “Doutora” em desenvolvimento curricular, em 1947 no Teachers College, da Universidade de Colúmbia. A mesma alcançou, de igual forma, formação em psicanálise através do Instituto William Alanson White, de Nova Iorque. Em 1952 a

enfermeira psiquiátrica do século lançou o livro onde descreve a sua teoria, a Teoria das Relações Interpessoais. Peplau morre a 17 de Março de 1999, na Califórnia. Aferiu-se que inúmeras mudanças na prática da enfermagem ocorrem devido à vida e ao trabalho de Hildegard Peplau. (Barbara J. Callaway, 2013)

Foi em 1952 que sobreveio a Teoria de Peplau, em que enfatizava a existência de um relacionamento entre o doente e o enfermeiro, e em que o mesmo deveria ser um uma convivência contínua. Peplau baseou-se nas teorias de alguns autores como suporte teórico para desenvolver o seu modelo, nomeadamente, Sullivan, Freud e Fomme, entre outros. O seu modelo fala das relações interpessoais, tendo como objetivo elucidar o método interpessoal que compreende o doente e o enfermeiro, fazendo comparação das causas e os resultados desta convivência contínua, expondo de que forma e o porquê os constituintes do modelo interagem.

É de extrema importância realçar que os conceitos são os elementos mais fundamentais de uma teoria. No que concerne à teoria de Peplau, os principais conceitos passam pela:

- . Enfermagem: em que a mesma salienta que o foco primordial é a relação enfermeiro-doente;
- . Pessoa, esta como sendo o sistema vivo que procura o seu equilíbrio e efetivação plena sempre em interrupta evolução;
- . Saúde, como o propósito de conquistar uma vida pessoal, produtiva, social e construtiva;
- . O ambiente, onde se encontram resistências vindas do exterior do organismo no que respeita à cultura, onde se obtém os hábitos, as convicções e a moral.
- . Enfermagem Psicodinâmica: em que o próprio doente deverá entender e /ou reconhecer as suas próprias emoções. (Franzoi et al.,2016)

No modelo teórico de Hildegard Elizabeth Peplau identificam-se 4 fases, estas estão conexas por um agrupamento de funções. É preciso destacar que estas fases vão progredindo no decorrer do tempo tal como o relacionamento do enfermeiro-doente.

A primeira fase é a fase de Orientação. Esta fase engloba a perceção da particularidade de cada doente e do feedback que o mesmo tem face à dificuldade; reconhece as carências dos doentes, orientação e esclarecimento de incertezas expressas pelo doente sobre a causa do seu sofrimento.

A segunda fase é a fase de Identificação. Esta fase passa pela preferência por parte do doente no que respeita às pessoas que o podem assistir na sua dificuldade, na medida em que pode desenvolver três exemplos de resposta:

1. Desenvolver atividades de carácter interventivo e autónomo do enfermeiro;
2. Isolar-se e manifestar uma postura negativa face ao enfermeiro;
3. Assumir uma atitude de desajuda e dependência relativamente ao profissional;

É importante salientar que estas respostas podem ser restritas pela posição do enfermeiro

A terceira fase é a fase de Exploração. Esta fase explana a dependência do doente quanto ao enfermeiro, em que o enfermeiro deverá estimular a satisfação do doente e orientá-lo de forma a que este consiga alcançar novas metas.

A quarta e última fase é a fase da Resolução. Esta fase é direccionada para o regresso do doente à sua vida dita normal, em que este obtém as suas necessidades remediadas em pleno; em que há uma rutura de laços e de dependências anteriormente estabelecidas na fase da doença para com o enfermeiro e a fase psicológica e o sucesso sucede-se à satisfação vasta e relacionada das fases anteriormente aludidas. (Almeida et al.,2005)

De acordo com Almeida et al. (2005) os autores mencionam que “... os pressupostos teóricos de Peplau são operacionalizáveis e podem servir de base em quaisquer situações nas quais os enfermeiros possam comunicar-se e interagir com seus pacientes.” (p.202)

Em jeito de conclusão, quando o enfermeiro interage com o doente, cria-se um relacionamento, e para que se estabeleça um relacionamento interpessoal eficaz, o enfermeiro deverá conseguir identificar as suas próprias necessidades, e, por conseguinte, conseguir incrementar um método de autoconhecimento de forma a interagir com os demais. Quando o enfermeiro não é capaz de se compreender a ele mesmo e constatar o seu cuidado com o doente, torna-se complicado a interação com este último e o relacionamento é afetado negativamente. Depois de se compreender a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, consideramos que conseguimos fundamentar a nossa conduta nos propósitos da Teoria, contribuindo na identificação da fase da relação em que nos encontrávamos e quais as posturas e comportamentos mais apropriados a adotar.

7. REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Durante os estágios foi possível desenvolver competências de enfermagem especializada aos três níveis: competências comuns; competências específicas de saúde mental e competências de mestre.

Conforme o documento que se encontra na Ordem dos Enfermeiros [OE], com respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da Republica, 2.^a série, N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019 “Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.” (p.4744)

Tamanho requisito tem vindo a ser assistido pelo Estatuto da OE, pelo meio de atribuição de título de enfermeiro especialista em seis áreas de especialidade diferenciadas. Por esta razão, e de acordo com o regulamento supracitado no parágrafo anterior, o mesmo explana que “...enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído...” (p.4744)

Foi através dos dois estágios, estes em contextos diferentes, que consideramos ter desenvolvido competências de enfermeira especialista em ESMP, e posteriormente competências de Mestre, pois cada contexto permitiu-nos conhecer realidades completamente distintas no que concerne à saúde mental das pessoas com PAB, tal como permitiram aperfeiçoar o nosso desempenho junto das mesmas. Todo este percurso levou-nos a uma reflexão e retrospeção face às expectativas iniciais e como nos foi possível transpô-las tanto a nível pessoal como profissional.

Consideramos que esta trajetória não implicou apenas a obtenção de conhecimentos, mas que ela cooperou, de forma contínua, para o nosso processo de autoconhecimento e crescimento nos âmbitos pessoal e profissional.

Segundo Benner (2001, p.33) “O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias

para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder desenvolvido e melhorado.”

No que concerne às competências do EESMP e tendo em consideração a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018, p.21427), no âmbito deste relatório de estágio, o enfermeiro:

1. “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”

A realização deste relatório irá levar à promoção da participação ativa da pessoa com PAB na vida social, permitindo-me:

- avaliar os fatores que promovem e protegem a saúde mental e bem-estar da pessoa com PAB, sua família e comunidade;
- avaliar as capacidades internas da pessoa com PAB e dos recursos externos para poder recuperar ou manter a saúde mental, tais como a capacidade cognitiva, capacidade de estabelecer relações sociais;
- promover o autocuidado, sendo a sua principal finalidade atingir o seu máximo de funcionalidade e autonomia promovendo o *empowerment* e a saúde mental, prevenindo a doença mental.

2. “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p.21427).

Numa abordagem mais personalizada, as interações entre enfermeiro-pessoa com PAB, irão permitir ao enfermeiro, neste caso a mim, identificar, problemas ou necessidade de ajuda destas pessoas e sua família, assim como complicações que possam ocorrer tanto a nível físico como psíquico. Desta forma, será possível avaliar a situação em que se encontra cada pessoa com PAB, tornando possível a realização de um plano de intervenção para aquela pessoa, concebendo estratégias que promovam os conhecimentos e fatores de proteção da mesma, tais como a gestão do regime medicamentoso. A gestão do regime terapêutico irá, por um lado, prevenir reincidências, no caso de existir doença mental e, por outro lado, no caso de ausência de doença mental, agir como promotora da qualidade de vida e saúde, incidindo na saúde mental da pessoa.

3. “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, 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” (OE, 2018, p.21427). Neste contexto, a implementação do projeto “ Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Perturbação Afectiva Bipolar”, detém na sua abrangência um carácter psicoterapêutico, psicoeducativo, sócio terapêutico e psicossocial, a nível da promoção da estimulação cognitiva, promoção de técnicas de relaxamento, treino da assertividade e consequentemente promoção das relações sociais e pessoais na pessoa com PAB e da sua família e/ou comunidade em que esta se se encontra inserida.

É através do modelo de Dreyfus, que Benner (2001) descreve as particularidades e os comportamentos nos diferentes níveis de desenvolvimento para a prática de Enfermagem, nomeadamente:

.Estado 1 – Iniciado:

As iniciadas não tem nenhuma experiencia das situações com que elas possam ser confrontadas. Para as ensinar e permitir que elas adquiram experiencia tão necessária ao desenvolvimentodas suas comoetencias ,são-lhes descritas situações em termos de elementos objectivos tais como: o peso, os líquidos ingeridos e eliminados , a pressão arterial, a pulsação, e outros parameyros objectivamente medíveis, que permitam conhecer a condição de um doente... (p.49);

. Estado 2 – Iniciada avançada:

“O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a indicação de um orientador).” (p.50);

.Estado 3 – Competente;

“A enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se cometente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais esta consciente.” (p.53)

.Estado 4 – Proficiente:

(...) enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas. A percepção é aqui uma palavra chave. A perspectiva não é muito bem pensada mas “apresenta-se por si mesma”, porque é fundada sobre a experiencia e os acontecimentos recentes. (p.54)

.Estado 5 – Perito:

A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (p.58)

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, estas são aludidas no Regulamento nº 515/2918, no diário da república II série, nº 151 de 07 de agosto de 2018. Encontram-se no artigo 4.º do regulamento e são quatro as competências supramencionadas. São descritas de forma individualizada de acordo com as alíneas apresentadas no documento:

“ a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; “ (p.21427)

De forma a desenvolver esta competência, nas primeiras semanas de estágio, em ambos os contextos, houve uma necessidade de reflexão intrínseca e uma tomada de consciência de nós próprios, das nossas crenças e valores enquanto pessoas singulares e pessoas cuidadoras dos demais. Esta reflexão ajudou-nos a perceber o funcionamento da nossa mente, das nossas emoções, dos nossos sentimentos de forma a alcançar transparência na nossa atuação enquanto enfermeira face à realidade em que nos encontrávamos.

“b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;” (p.21427)

No decorrer desta trajetória as intervenções propostas em saúde mental e psiquiátrica inerentes à pessoa com PAB, e nem só, tiveram especial destaque no que respeita à promoção de sessões psicoeducativas, técnicas de relaxamento; dinamização de sessões de treino de assertividade, relação de ajuda, bem como na aptidão da assistência à pessoa e sua família apoiando-os nas suas complexidades, anseios e encorajando-os nas suas tomadas de decisões.

“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 de cada contexto;” (p.21427)

Dado que um dos estágios foi em contexto ambulatorio, foi uma mais-valia no que concerne à competência, pois foi-nos possível desenvolver a mesma através das intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro. O contacto com as famílias, cuidadores, era muito próximo, havendo a possibilidade de gerir possíveis conflitos e mesmo intervir na ansiedade e stress por parte dos mesmos face à doença do seu familiar. Tal como houve um contacto próximo do meio envolvente de cada doente e a realidade deste mesmo meio.

“d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, 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.” (p.21427)

No início do estágio ainda não se tinha delineado o projeto a desenvolver, o que nos levou a refletir sobre determinados pontos. Após esta reflexão e depois de uma leitura vasta sobre as psicopatologias que iríamos encontrar em estágio a nossa escolha recaiu sobre a pessoa com PAB. A grande finalidade seria implementar intervenções específicas e não praticadas nos contextos de estágio com o objetivo de desenvolver novas competências, tanto a nível pessoal como social a estas pessoas. Realizámos as intervenções propostas, já anteriormente citadas, e no fim de cada intervenção houve sempre momentos de partilha, aproximando as pessoas como um grupo, e tornando cada intervenção única e gratificante.

Face às Competências de Mestre em Enfermagem, e de acordo com o anunciado do Decreto-Lei n.º 63/2016 de setembro de 2016 publicado no Diário da República, 1ª série, N.º 176 de 13 de setembro, o grau de mestre é conferido aos enfermeiros que revelam:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.3174).

Considerando por menção as competências de Mestre, e de forma abrangente, é preciso evidenciar que todas as experiências, todo o percurso, todas as adversidades e sucessos tiveram um impacto generalizado no que toca ao desenvolvimento do autoconhecimento. Autoconhecimento este que se remete ao futuro permitindo-nos conhecer a nós próprios, e sobretudo conhecer o outro, percecionando a forma de como o tratamos, de como são os nossos comportamentos com este. Este autoconhecimento promove o amadurecimento, tanto a nível pessoal como profissional e amadurecer também requer de nós entender o ser humano, independente de qualquer condição, digno de amor, respeito e compaixão. Além disso, no relacionamento com o doente nós aprendemos, nós ensinamos; adquirimos e doamos sabedoria.

Durante este caminho, é imprescindível elevarmos a nossa consciência, pois quando a elevamos transgredimos várias barreiras. Fragmentamos estas mesmas barreiras quando nos começamos a analisar interna e externamente. Quando nos observamos e nos aceitamos, quando observamos e aceitamos o outro independentemente de qual for a sua condição, nesta fase decorrerá um processo de mudança, uma mudança positiva.

Enquanto enfermeiros devemos estar conscientes de que devemos olhar para o doente como um ser humano único e que todo o seu processo é exclusivo, que cada um tem os seus próprios valores, as suas próprias crenças e cada um requer cuidados de enfermagem

individualizados e especializados com base numa relação terapêutica que ostente sintonia e harmonia, confiança, respeito, empatia e autenticidade.

A enfermagem tem experimentado uma evolução significativa ao longo do tempo, tanto como profissão quanto na construção de seus fundamentos conceituais. Uma das mudanças notáveis tem sido a transição para uma prática mais baseada em evidências.

Nos últimos anos, houve uma crescente ênfase na busca de evidências científicas para fundamentar as práticas de enfermagem. Os enfermeiros, têm se esforçado para identificar e implementar intervenções com base nas melhores evidências disponíveis.

Ao longo de todo o percurso, consideramos que foi de extrema importância toda a investigação e pesquisa bibliográfica que foi realizada para a obtenção de competências de mestre, pois foi um processo dinâmico, e a atualização constante.

A procura por evidências na prática clínica não apenas fortalece a credibilidade da enfermagem como profissão, mas também melhora a qualidade dos cuidados prestados, garantindo que as intervenções sejam eficazes e alinhadas com as necessidades dos doentes

Essa abordagem baseada em evidências é vital para enfrentar os desafios complexos e em constante mudança do cenário de saúde

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental apresenta-se transversal a todo o ciclo de vida da pessoa, assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica ao apresentar-se como um profissional altamente qualificado e especializado desempenha um papel crucial em cada etapa do ciclo de vida da pessoa por forma a promover a saúde mental e a prevenir a doença mental. Por conseguinte, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental e na prevenção da doença mental.

A realização do presente projeto de intervenção apresenta-se como um instrumento de aprendizagem bastante útil enquanto futura EESMP, para que um dia mais tarde no decorrer da nossa prática sejamos capazes de colocar em execução as competências adquiridas no decorrer do presente Mestrado em Enfermagem.

É preciso realçar que na efetuação deste projeto fomos confrontados com diversas dificuldades que nos colocaram constantemente à prova, sobretudo à inexperiência nesta área. Porém, com o tempo a nossa evolução foi notória e esta deveu-se à disponibilidade de partilhas de experiências de vários colegas, das nossas reflexões diárias, tal como de uma constante leitura bibliográfica.

Ter-se elaborado um estudo de caso e implementado as intervenções inerentes à ESMP foi, sem dúvida, uma abordagem valiosa para enriquecer aprendizagens e melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença mental. Esta experiência deu-nos a oportunidade de identificar práticas eficazes que contribuíram para a melhoria dos cuidados. Isso incluiu estratégias específicas, métodos de ensino, abordagens terapêuticas e intervenções que se mostraram bem-sucedidas ao longo dos estágios.

O estudo de caso ofereceu-nos uma compreensão mais profunda das necessidades, desafios e preferências da população atendida. Isso permitiu personalizar os cuidados para melhor atender às demandas específicas de pessoas com PAB.

Consideramos que a elaboração e análise de um estudo de caso pode contribuir significativamente para o desenvolvimento profissional, abrangendo o aprimoramento de habilidades de pesquisa, avaliação crítica e aplicação prática de conhecimentos teóricos.

Esta experiência sendo partilhada com colegas de enfermagem e outros profissionais de saúde mental, irá promover a disseminação de boas práticas e a colaboração na melhoria contínua dos cuidados.

É de realçar que uma abordagem reflexiva e crítica contribui para avanços significativos na prática clínica e na qualidade dos serviços oferecidos.

Foi inspirador notar a alegria e satisfação dos participantes aquando as intervenções executadas do projeto de estágio. Essa resposta positiva foi um sinal claro de que o trabalho realizado teve um impacto positivo na vida das pessoas, e que essa alegria e satisfação indicavam não apenas a eficácia da prática das intervenções, mas também um impacto emocional positivo nos participantes. Essa dimensão emocional é fundamental para o bem-estar geral.

É importante também salientar que dar a oportunidade de dar voz aos participantes é um aspeto fundamental para emponderá-los. Sentir-se ouvido e valorizado pode aumentar a autoestima e a sensação de controlo sobre suas vidas.

Em suma, enquanto enfermeiro de ESMP considero que é de extrema importância assegurar o acesso a serviços habilitados a promover a saúde mental a toda a população portuguesa; que devo prestar cuidados de qualidade, facultando a reintegração e a recuperação das pessoas doença mental; que devo reduzir o impacto das perturbações mentais protegendo os direitos humanos; escutar a pessoa e discutir problemas emocionais, se necessário; monitorizar a terapêutica; acreditar que a pessoa com experiência em doença mental tem capacidades para ultrapassar as suas dificuldades; respeitar a pessoa; intervir o mais precocemente possível; acreditar que posso fazer a diferença nas minhas intervenções e, muito importante, apostar na prevenção primária. E é assim, com vontade de aprender cada vez mais, com uma mentalidade aberta a novas situações e aprendizagens, que prossigo o meu caminho como futura enfermeira ESMP.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEB - Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares. (sem data). Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. Obtido 16 de agosto de 2023, de <https://www.adeb.pt/>
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*, 202–210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- American Psychiatric Association & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATI. (2013). *Manual de Diagnósticos Estatístico de Transtornos Mentais*. Climepsi Editores.
- Antunes, M. (2019). *Perceção dos Enfermeiros Acerca da Passagem de Turno* (Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora. <http://quarteto.regiaocentro.net>
- Bezerra, B., Ibiapina, A., Costa, A., Júnior, J., Silva, R., Campelo, L., Filho, A., & Memoria, L. (2020). *Terapia de relaxamento muscular de Jacobson em pessoas com ansiedade: Revisão integrativa* | *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 51, 1–11. <https://doi.org/10.25248/reas.e3438.2020>
- Bolsoni, E. B., Heusy, I. P. M., Silva, Z. F. da, Rodrigues, J., Peres, G. M., & Moraes, R. de. (2016). Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: Revisão Integrativa. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 12(4), 249–259. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i4p249-259>
- Brusamarello, T., Capistrano, F. C., Oliveira, V. C. D., Mercês, N. N. A. D., & Maftum, M. A. (2013). Cuidado a Pessoas com Transtorno Mental E Familiares: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES A PARTIR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 18(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v18i2.32574>

- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem* (5ª). Elsevier Editora Ltda.
- Callaway, B. (2013). *Hildegard Peplau a Enfermeira Psiquiátrica do século*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica—Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda* (Vol. 1). Lusodidata.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. 1-25
- Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: Carga da doença e custos relacionados. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35(3), 104–110.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000300003>
- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde.
https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Diário da República (2016, de 13 de setembro). Decreto-Lei nº63/2016. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Atribuição do Grau de Mestre. Diário da República, 1.ª Série(pp 3174-3177)
<https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2016/09/17600.pdf>
- Direção-Geral da Saúde,. (2002). *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança* [Relatório Mundial da Saúde].
- Ferreira, M. (2005). *Um olhar sobre a (d)estigmatização do doente mental*. Escola de Saúde de Leiria.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). *Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos*. 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Ferro, H. (2013). A representação da saúde mental e da doença mental na imprensa portuguesa: Um estudo comparativo. *Estudos em Comunicação*, 13, 37–86. CEIS20.

- Figueiredo, Â. L. de, Souza, L. de, Jr, J. C. D., & Argimon, I. I. de L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v11i1.412>
- Franzoi, M., Lemos, K., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I., & Reis, P. (2016). *Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Uma Avaliação Baseada nos Critérios de Fawcett*. 3653–3661. <https://doi.org/DOL: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617>
- Geada, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 191–201.
- Juruena, M. (2001). Terapia cognitiva: Abordagem para o transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 322–330.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31(2), 91–99. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000200005>
- Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 98–104.
- Labate, R. C., Galera, S. A. F., & Avanci, R. de C. (2004). Visita domiciliária: Um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 627–628. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500024>
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. lusodidacta.
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lopes De Souza, S. A., & Cruz Da Silveira, L. M. (2019). (Re)Conhecendo a Escuta como Recurso Terapêutico no Cuidado à Saúde da Mulher. *Revista Psicologia e Saúde*, 19–42. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.571>
- Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde. Em *Imprensa da Universidade de Évora*. <https://doi.org/10.24902/uevora.24>

- Lopes, M. J. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: Construção de uma relação* (Repositório Aberto da Universidade do porto) [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Martins, V. (2017). *Seja Assertivo! — Como conseguir mais autoconfiança e firmeza na sua vida profissional e pessoal*. Alta Books.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 39–48. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700007>
- Novaes, L., & Santos, M. (s.d.). *Técnicas de Relaxamento*.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5415862/mod_resource/content/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Relaxamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019) Visitas domiciliárias, Parecer do Conselho de Enfermagem, n.º 152/2019, Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15709/parecer-do-conselho-de-enfermagem-n%C2%BA-152_2019.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018, de 7 de agosto). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, n. o 15121427-21430, Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, outubro). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001, de 14 de maio). Parecer CJ/20. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Conselho Jurisdicional
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Artmed Editora.

- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental: DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO*. OMS.
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3(2), 6–12. <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>
- Pereira, L. L., Dias, A. C. G., Carean, J., Collares, L. A., & Penteado, R. V. (2010). *Transtorno Bipolar: Reflexões sobre diagnóstico e tratamento/ Bipolar Disorder: reflections on the diagnosis and on the treatment*. 34, 151–166.
- Pereira, S. S., Cézar, J. G. S., Reisdorfer, E., & Cardoso, L. (2014). Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: Ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. *Saúde & Transformação Social*, 5(1), 91–95.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Montreal: Lusociência.
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). *Treino de Assertividade*. <https://doi.org/10.25766/J4HY-DG37>
- Reis, T., Barbosa, C., Lima, D., & Leite, D. (s.d). Saúde Mental. *FNERDM*, 89.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Padrões Culturais.
- Santana, A. (2011). *Psicoeducação para Pacientes Psiquiátricos e seus Familiares*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>
- Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). *Adesão ao tratamento no transtorno bipolar*. 32, 105–109.
- Sequeira, Sampaio, F., Santos, J. M., & Santos, C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1ª)*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Silva, E. (2010). *Mecanismos de Defesa do Ego*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0212.pdf>
- SNS. (2023, maio). *Doença Bipolar*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/doenca-bipolar/>

Telles, T., Bloc, L., Evangelista, K., & Moreira, V. (2008). *Diferentes Estigmas em Diferentes Doenças?* 1–14.

World Health Organization. (2015). *Mental Health Atlas 2014*.

https://reliefweb.int/report/world/mental-health-atlas-2014?gad_source=1&gclid=EAlaIQobChMI6WKrbaUgwMVYYtoCR0f-gCgEAAYAiAAEglol_D_BwE

10.APÊNDICES

Apêndice I

Planificação Semanal de Atividades

Planificação semanal de atividades

	Segunda feira	Terça feira	Quarta feira	Quinta feira	Sexta feira	Sábado	Domingo
08:45 – 09:15	Pequeno almoço						
09:30 – 09:45	Período: Jardim ocupacional						
09:45 – 10:15	Nutricionista						
10:00 – 11:00	Reunião semanal		Reunião semanal		Reunião semanal		
11:00 – 11:15	Caminhada pelo exterior						
11:00 – 12:30	Terapia Ocupacional	Atividades	Atividades	Atividades	Terapia Ocupacional	Caminhada	Caminhada
12:30 – 13:30	Almoço/Período: Jardim ocupacional						
14:00 – 16:00		Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional			
16:00 – 16:30	Lanche						
16:30 – 17:00	Visitas						
17:00 – 17:15	Período: Jardim ocupacional/ caminhada						
17:00 – 18:00	Chamadas telefónicas; fazer ou receber						
18:00 – 19:00	Acesso ao telefone e/ou tablet do doente						
19:00 – 19:30	Jantar						
19:30 – 19:45	Período: Jardim ocupacional						

21:30 – 21:45	Ceia
21:45 – 21:55	Período: Jardim ocupacional
22:00	Deitar

Apêndice II

PowerPoint – Perturbação Afetiva Bipolar



Perturbação Afetiva Bipolar



A Doença Afetiva Bipolar é uma doença Psiquiátrica, conhecida como doença maníaco-depressiva.

As principais características da doença são:

Alteração acentuada do humor com crises repetidas de **"mania"/euforia** e **depressão**.

As crises podem ser leves, moderadas ou graves.

Perturbação Afetiva Bipolar

O que acontece no episódio de "Mania"/ Euforia??

Normalmente os episódios maníacos surgem de forma repentina.

Neste episódio pode verificar-se na pessoa doente:



Perturbação Afetiva Bipolar

Sinais/sintomas

- Aumento do nível de energia e da atividade física;
- A necessidade de dormir diminui podendo levar a insónias;
- Algumas pessoas abusam de drogas e de álcool;
- Distrair-se facilmente;
- Momentos de irritação e de ansiedade que podem levar à sensação de pensamentos acelerados;
- Falar mais que o habitual, falando mais rapidamente e de coisas diferentes;
- Há pessoas que apresentam comportamentos de risco, como ter relações sexuais imprudentes e ou gastar quantidades excessivas de dinheiro em compras desnecessárias;

Perturbação Afetiva Bipolar

O que acontece no episódio depressivo??

Nos episódios depressivos pode-se verificar na pessoa doente:



Perturbação Afetiva Bipolar

Sinais/sintomas

- Baixa auto-estima;
- Tristeza ou sentir-se "em baixo", sensação de vazio;
- Sentir dificuldades em concentrar-se;
- Não ter interesse para realizar atividades que gostava antes;
- Sentir cansaço e lentificação;
- Sono em excesso ou perda do mesmo (insónia);
- Comer em excesso ou perda de apetite;
- Apresentar-se preocupada (inquietação);
- Pensar na morte e em ideias suicidas;

Título | Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Pessoa com Perturbação Afetiva Bipolar

Perturbação Afetiva Bipolar

Como tratar a doença afetiva bipolar??

As pessoas que sofrem da doença afetiva bipolar devem ser tratadas pelo médico psiquiatra. o médico inicia o tratamento e vai ajustar a medicação conforme a evolução da doença.

Há vários tipos de medicação que ajudam a controlar os sintomas da doença. Muitas pessoas tem a necessidade de tomar diferentes tipos de medicação de forma a que se descubra a mais adequada e que melhor funciona.



Perturbação Afetiva Bipolar



Os Psicofármacos são os medicamentos que atuam nas doenças psiquiátricas, com o objetivo de as estabilizar, melhorar ou até mesmo curar. Estes medicamentos atuam na doença afetiva bipolar, na ansiedade, na depressão, insónias e esquizofrenia.

Perturbação Afetiva Bipolar

Antidepressivos

Os medicamentos antidepressivos estão indicados para tratar a depressão e a ansiedade.

O médico psiquiatra escolhe o antidepressivo baseado nas características da depressão, nos seus efeitos secundários, tolerabilidade, custo, danos, etc.



Perturbação Afetiva Bipolar

Estabilizadores de humor

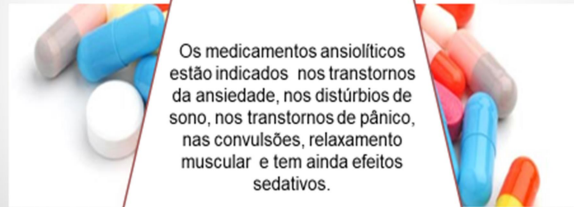
Os medicamentos estabilizadores de humor estão indicados para o tratamento da doença afetiva bipolar, na prevenção das crises de mania/euforia e depressão recorrente tal como no comportamento agressivo; etc.



Perturbação Afetiva Bipolar

Ansiolíticos

Os medicamentos ansiolíticos estão indicados nos transtornos da ansiedade, nos distúrbios de sono, nos transtornos de pânico, nas convulsões, relaxamento muscular e tem ainda efeitos sedativos.



Perturbação Afetiva Bipolar

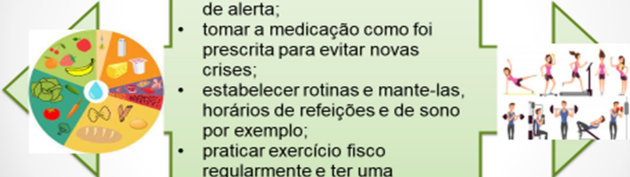


A doença afetiva bipolar também pode ser tratada com terapias não farmacológicas em simultâneo com a medicação. Para além do médico psiquiatra, os enfermeiros, os psicólogos, os terapeutas ocupacionais também colaboram no tratamento da doença adaptando qual o tipo de intervenção mais favorável face às particularidades clínicas de cada pessoa doente.

Perturbação Afetiva Bipolar

É fundamental que a pessoa com a doença afetiva bipolar:

- saiba reconhecer a sua doença, os sintomas da mesma e sinais de alerta;
- tomar a medicação como foi prescrita para evitar novas crises;
- estabelecer rotinas e mantê-las, horários de refeições e de sono por exemplo;
- praticar exercício físico regularmente e ter uma alimentação variada e equilibrada;
- em caso de dúvidas deverá falar com o seu médico psiquiatra;



Perturbação Afetiva Bipolar

Tanto o tratamento como as melhoras levarão algum tempo a surgir por isso a pessoa doente deverá ser paciente consigo mesma de forma a ultrapassar a doença.



Apêndice III

Guião da Anamnese

GUIÃO DA AMAMNESE

I. Identificação

(à data do internamento)

- Idade:
- Data de nascimento:
- Sexo: feminino
- Cor:
- Nacionalidade:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Estado civil:
- Religião:

II. Queixa principal (QP)

III. História da doença atual

IV. História pessoal

V. História familiar

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

VI. Exame psíquico

a) Apresentação (no dia de entrada no internamento)

- . Aparência:
- . Atividade motora e comportamento:
- . Atitude face ao entrevistador:
- . Atividade verbal:

b) Consciência:

c) Orientação

- . Autopsíquica:
- . Alopsíquica:

d) Atenção:

e) Memória:

f) Sensoprecepção:

g) Pensamento

- . Curso:
- . Forma:
- . Conteúdo:

h) Linguagem:

i) Consciência do eu:

j) Humor:

k) Psicomotricidade:

l) Consciência da doença atual:

VII. Resumo psicopatológico

VIII. Hipótese de diagnóstico

Apêndice IV

Plano de Sessão – “Perturbação Afetiva Bipolar”

PLANO DE SESSÃO “PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR”

TEMA DA SESSÃO	Perturbação Afetiva Bipolar
DURAÇÃO	Aproximadamente 45m
PÚBLICO-ALVO	Pessoas internadas no internamento de psiquiatria com Doença Afetiva Bipolar
LOCAL-DATA-HORA	Local: Internamento do Serviço de Psiquiatria No dia: 21/01/2022 Hora: 11h-11:45 aprox.
DINAMIZADOR	Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem

OBJETIVOS	Objectivo Geral: Ensinar a pessoa doente sobre a patologia
	Objectivos Específicos: - possibilitar que a pessoa doente expresse os seus sentimentos e pensamentos; - incentivar à adesão terapêutica; - ensinar sobre sinais e/ou sintomas da doença - promover literacia em saúde

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADE	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	- Objetivos da sessão;	- Expositivo;	- Apresentação do tema; - Objetivos da sessão;	- Portátil; - PowerPoint; - Data show;	5 minutos

DESENVOLVIMENTO	- Perurbação Afetiva Bipolar; - Episódio Mania; - Episódio Depressivo; - Como tratar a doença; - Psicofármacos;	- Expositivo;		- Portátil - PowerPoint - Data show	25 minutos
DISCUSSÃO	- Discussão do tema	- Ativo, - Expositivo - Interrogativo			10 minutos
CONCLUSÃO	- Síntese; - Conclusão da sessão; - Avaliação da sessão;	- Expositivo	- Síntese dos aspetos mais relevantes mencionados ao longo da sessão; - Entrega do questionário de avaliação da sessão;		5 minutos

Apêndice V

Questionário de Avaliação da Sessão – “Perturbação Afetiva Bipolar”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Achei a intervenção:

- ☐ Muito interessante
- ☐ Interessante
- ☐ Pouco interessante
- ☐ Nada interessante

O tema abordado foi claro:

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Voltaria a participar numa sessão semelhante?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Identifiquei em mim alguns dos sinais e sintomas mencionados na intervenção?

- ☐ Sim
- ☐ Não

A postura dos enfermeiros foi:

- ☐ Muito adequada
- ☐ Adequada
- ☐ Pouco adequada
- ☐ Nada adequada

Com a apresentação da intervenção senti-me:

- ☐ Muito calmo
- ☐ Calmo
- ☐ Nada calmo

Sugestões/Comentários:

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VI

Questionário de Avaliação da Sessão – Treino da Assertividade

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Achei a intervenção:

- ☐ Muito interessante
- ☐ Interessante
- ☐ Pouco interessante
- ☐ Nada interessante

Considera esta técnica importante para a sua condição de saúde?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Sentiu dificuldades em responder às perguntas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Conseguiu ser sincera nas respostas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Condira que a técnica foi devidamente implementada?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Gostaria de realizar novamente esta técnica?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Sugestões/Comentários:

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VII

Plano de Sessão – “Técnica de Relaxamento de Jacobson”

PLANO DE SESSÃO

“TÉCNICA DE RELAXAMENTO DE JACOBSON”

TEMA da SESSÃO	Técnica de Relaxamento de Jacobson
DURAÇÃO	Aproximadamente 45m
PÚBLICO-ALVO	Doentes internadas no internamento de psiquiatria com Perturbação Afetiva Bipolar
LOCAL-DATA-HORA	Local: Internamento do SP No dia: 5/01/2022 Hora: 11 – 11:45m aprox.
DINAMIZADOR	Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem

OBJETIVOS	Objetivo Geral: estimular os doentes a adquirirem um estilo de vida saudável através da prática de exercício físico.
	Objectivos Específicos: - promover o relaxamento; - diminuir a ansiedade; - incentivar a interação grupal; - estimular competências de concentração; - Fomentar a alteração do foco de atenção da pessoa para algo externo a si mesmo e centrar-se em realidades diferentes da sua.

FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADE	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	- Objetivos da sessão;	- Expositivo;	- Apresentação do tema; - Objetivos da sessão;	Material: - Portátil; - Televisão, - Música.	5 minutos

DESENVOLVIMENTO	-Técnica de Relaxamento de Jacobson	- Expositivo -Ativo		Recursos Humanos: Cinco Doentes Dois enfermeiros	25 minutos
DISCUSSÃO	- Discussão do tema	- Ativo, - Expositivo - Interrogativo			10 minutos
CONCLUSÃO	- Síntese; - Conclusão da sessão; - Avaliação da sessão;	- Expositivo	- Síntese dos aspetos mais relevantes ao longo da técnica; - Entrega do questionário de avaliação da sessão;		5 minutos

Apêndice VIII

Questionário de Avaliação da Sessão – “Técnica de Relaxamento de Jacobson”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Achei a intervenção:

- ☐ Muito interessante
- ☐ Interessante
- ☐ Pouco interessante
- ☐ Nada interessante

Conseguiu concentrar-se?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Conseguiu abstrair-se de pensamentos desagradáveis?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Conseguiu relaxar?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Sente-se tranquila/o?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Gostaria de realizar novamente esta técnica?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Sugestões/Comentários:

Obrigada pela sua colaboração!

11.ANEXOS

Anexo I

Mini-Mental State Examination

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

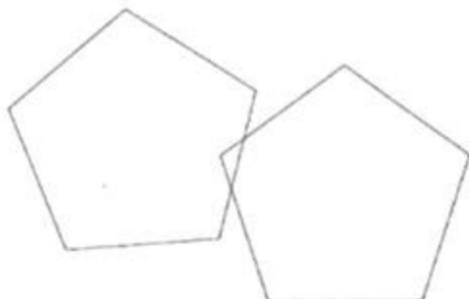
EVOCÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)



Anexo II

Teste de Assertividade

FONTE: Seja Assertivo! — Como conseguir mais autoconfiança e firmeza na sua vida profissional e pessoal

Vera Martins,

Comportamentos	Quase sempre	Com frequência	Raramente
1.Fico constrangido quando tenho de enfrentar alguém para resolver um problema.			
2.Eu perco a paciência com facilidade, pois sou do tipo “pavio curto”.			
3.Quando alguém é irônico e sarcástico comigo, eu reajo da mesma forma com ele.			
4.Prefiro que as pessoas percebam o que eu desejo ou preciso, do que eu ter de dizer-lhes.			
5.É importante para mim obter o que preciso e desejo, nem que com isto possa magoar outra pessoa.			
6.Não me incomodo em admitir meu erro perante os outros.			
7.Expresso minha discordância das opiniões das pessoas, em geral, sem dificuldade.			
8.Quando preciso me impor junto a outra pessoa a forma que normalmente uso é aumentar o tom de voz e olhar penetrante.			
9.Quando algo sai errado, acho um bode expiatório.			
10.Para mim, é importante conquistar a simpatia das pessoas, mesmo que para isto eu tenha que fazer coisas que normalmente não faria.			
11.Tenho habilidade em resolver satisfatoriamente a maioria dos conflitos com outras pessoas.			

12.Tenho dificuldade em dizer não aos pedidos que as pessoas me fazem, e quando digo me sinto culpado.			
13.Quando necessário, sou duro e inflexível e não dou explicações sobre minhas decisões.			
14.Sou objetivo e sempre falo a verdade, doa a quem doer.			
15.Prefiro ficar quieto e não expressar minhas opiniões.			
16.Quando preciso, sinto-me à vontade em pedir ajuda do outro.			
17.Quando alguém faz uma crítica, prefiro ficar quieto para não gerar conflito.			
18.Eu fico constrangido quando alguém me dá um presente.			
19.Quando eu falo algo é porque tenho certeza. Por isso fico irritado com a pessoa que discorda de mim.			
20.Expresso meus sentimentos franca e honestamente, sem constrangimento.			
21.Gosto de pedir feedback para saber se o outro concorda ou discorda do meu ponto de vista.			
22.Quando tenho dúvidas, evito fazer perguntas por medo de parecer ridículo.			
23.Percebo que, frequentemente as pessoas tiram vantagens de mim.			
24.Gosto de iniciar conversas com desconhecidos.			
25.Quando alguém é agressivo, fico chocado e não consigo reagir.			

26. Eu me sinto uma pessoa importante, competente e querida.			
27. Sou espontâneo e afetuoso com as pessoas que gosto.			
28. Quando vejo que um vendedor se esforçou em mostrar suas mercadorias, sinto dificuldade de dizer "Não quero nenhuma", se for o caso.			
29. Quando faço algo que considero bom, faço com que as pessoas saibam disso.			
30. Se alguém fala a terceiros algo a meu respeito que não me agrada, procuro-o logo para conversar sobre o assunto e mostrar minha insatisfação.			
31. Quando alguém faz uma crítica, procuro rapidamente mudar meu comportamento para adequar-me à situação.			
32. Percebo que as pessoas levam em conta minhas opiniões.			
33. Eu me envolvo facilmente com os problemas dos outros e assumo a responsabilidade em ajudá-los na solução. Se assim não o fizer, sentirei um desconforto.			
34. Sinto-me mais confortável em ajudar os outros do que ser ajudado.			
35. Tenho mais facilidade para criticar do que elogiar.			
36. Quando alguém me elogia, fico constrangido e digo que não fiz mais do que minha obrigação.			