



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na pessoa que vive com Perturbação Bipolar

Cátia Santos Monteiro

Orientação: Prof. Dr. Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na pessoa que vive com Perturbação Bipolar

Cátia Santos Monteiro


Orientação: Prof. Dr. Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

“Não nos amedrontemos com preocupações humanas, pois uma pessoa vale mais que o mundo inteiro” (S. Bento Menni (SD))



RESUMO

A perturbação bipolar representa um desafio significativo em Portugal, influenciando a qualidade de vida e a funcionalidade das pessoas afetadas. Esta condição psiquiátrica é marcada por variações extremas no humor. Nesse contexto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel crucial, atuando diretamente na promoção, na prevenção e na aplicação de tratamentos eficazes. O diário de humor emerge como um recurso, permitindo a automonitorização do humor das pessoas assistidas. Este instrumento pode ser tanto digital quanto manuscrito, facilitando uma melhor compreensão das flutuações de humor, e servir como base para intervenções psicoterapêuticas adaptadas às necessidades individuais de quem vive com perturbação bipolar.

O presente relatório reflete o percurso realizado durante o decorrer do Estágio Final para a aquisição do grau de Mestre e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Perturbação bipolar; Diário de humor; Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Bipolar disorder represents a significant challenge in Portugal, influencing the quality of life and functionality of affected individuals. This psychiatric condition is marked by extreme mood swings. In this context, the Mental Health and Psychiatric Specialist Nurse plays a crucial role, directly involved in promotion, prevention, and the application of effective treatments. Mood diaries emerge as a resource, allowing for self-monitoring of mood by the individuals under care. This tool can be either digital or handwritten, facilitating a better understanding of mood fluctuations and serving as a basis for psychotherapeutic interventions tailored to the individual needs of those living with bipolar disorder.

This report reflects the journey undertaken during the Final Internship to obtain the Master's degree and the common and specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Specialist Nurse.

KEYWORDS: Bipolar disorder; Mood diary; Mental Health, Psychiatric Nursing.

AGRADECIMENTOS

A realização deste Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica manifestou-se um percurso muito intenso, desafiante e enriquecedor, marcado por um enorme crescimento pessoal. Como tal, estou grata por todo o percurso realizado e muito agradecida a todas as pessoas que fizeram parte desta jornada da minha vida.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor orientador Raul Cordeiro, por toda a paciência, disponibilidade e empenho com a sua orientação. Não menos importante é agradecer à Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, orientadora do Estágio Final pela sua grande disponibilidade, ajuda e partilha de conhecimentos. Também agradeço à equipa multidisciplinar pelos contributos, acolhimento e dedicação ao longo do estágio.

Agradeço aos docentes e todos os colegas que participaram neste percurso académico.

Não posso deixar de agradecer em especial aos meus pais e família que me apoiaram e ouviram durante esta caminhada e que, acima de tudo, foi marcada pela minha ausência, e que prestaram sempre incentivo e motivação para a concretização do mestrado.

Um muito obrigado à minha prima Margarida Santos por toda a ajuda que deu, pelo tempo que me disponibilizou e por todo o esforço que houve, assim como agradeço à Carina Soares por todo o incentivo, apoio, momentos partilhados, companhia e ajuda nesta jornada intensa que realizamos a par e que é uma pessoa importante neste e noutros desafios. Agradecer também ao Jorge Fernandes que apoiou e esteve sempre presente.

Estou igualmente grata à instituição onde trabalho, que permitiu que eu conseguisse fazer este mestrado com participação ativa ao longo deste tempo.

Por fim, e como não poderia deixar de agradecer, a todos os que me acompanham na vida, nesta e noutras caminhadas.

A todos um muito obrigado!!

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE A- SCOPING REVIEW | 84 |
| APÊNDICE B- CALENDÁRIO DE GANTT | 104 |
| APÊNDICE C- REFLEXÕES | 106 |
| APÊNDICE C1- REFLEXÃO- A ENTREVISTA | 107 |
| APÊNDICE C2- REFLEXÃO – IMPACTO DA VIDA DAS PESSOAS | 121 |
| APÊNDICE C3- REFLEXÃO – A NÃO ADESÃO ÀS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS..... | 129 |
| APÊNDICE C4- REFLEXÃO – COMUNICAÇÃO E TEORIA DE MELEIS | 136 |
| APÊNDICE C5- REFLEXÃO- A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA TEORIA NA PRÁTICA | 141 |
| APÊNDICE C6- REFLEXÃO- O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOENÇA DA PESSOA ASSISTIDA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL | 143 |
| APÊNDICE C7- REFLEXÃO- AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO DA PESSOA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL..... | 147 |
| APÊNDICE C8- REFLEXÃO- LIMITAÇÕES NAS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA..... | 150 |
| APÊNDICE C9- REFLEXÃO- ABORDAGEM GERAL DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO FINAL..... | 152 |
| APÊNDICE D- ESTUDO DE CASO- PERTURBAÇÃO BIPOLAR..... | 159 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| ANEXO I- VII JORNADAS DO ASSUMAR -ARTICULAR RESPOSTAS EM SAÚDE MENTAL | 205 |
| ANEXO II- I CONGRESSO INTERNACIONAL: BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL..... | 207 |
| ANEXO III- IIIª JORNADAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO | 209 |
| ANEXO IV- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM WORKSHOP “O LUTO” | 211 |
| ANEXO V- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM WORKSHOP “ADIÇÕES SEM SUBSTÂNCIAS” | 213 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- ANÁLISE SWOT | 31 |
| Tabela 2- PLANEAMENTO DO ESTÁGIO | 37 |
| Tabela 3- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR PARTICIPANTE..... | 44 |
| Tabela 4- TABELA DE SCORES DE MMSE E ESCALA DE LAWTON | 45 |
| Tabela 5- MONITORIZAÇÃO DO HUMOR | 47 |
| Tabela 6- REAVALIAÇÃO DE MMSE E ESCALA DE LAWTON | 54 |
| Tabela 7- COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE | 63 |

LISTA DE ABREVIATURAS

p.- página

LISTA DE SIGLAS

APA- American Psychological Association

DH- Diário de Humor

EE- Enfermeiro Especialista

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EU- Universidade Évora

IPB- Instituto Politécnico de Beja

IPCB- Instituto Politécnico de Castelo Branco

IPP- Instituto Politécnico Portalegre

IPS- Instituto Politécnico de Setúbal

ME- Mestrado em Enfermagem

MMSE- Mini Mental State Examination

PB- Perturbação Bipolar

PA- Pessoa Assistida

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO..... | 4 |
| 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 7 |
| 2.1. SAÚDE MENTAL..... | 7 |
| 2.2. PERTURBAÇÃO BIPOLAR | 8 |
| 2.3. INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL | 15 |
| 2.4. DIÁRIO DE HUMOR..... | 17 |
| 3. MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM | 20 |
| 3.1. O MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN | 20 |
| 3.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS..... | 25 |
| 4. METODOLOGIA DO PROJETO | 28 |
| 4.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO | 29 |
| 4.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS..... | 34 |
| 4.3. PLANEAMENTO | 35 |
| 4.4. EXECUÇÃO | 43 |
| 4.5. AVALIAÇÃO..... | 56 |
| 4.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS | 58 |

| | |
|---|----|
| 5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA..... | 60 |
| 5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA..... | 62 |
| 5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA..... | 68 |
| 5.3. COMPETÊNCIAS MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA..... | 72 |
| CONCLUSÃO | 77 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 79 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito académico do 7º Mestrado em Enfermagem (ME) em Associação entre a Universidade de Évora (EU), o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP), o Instituto Politécnico de Beja (IPB), Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e o Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB). O ME apresenta áreas de especialização, sendo a escolhida Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado no IPP com início no ano letivo de 2021/2022 e término em 2023/2024.

O Relatório de estágio é desenvolvido no âmbito da unidade curricular Relatório inserido no plano curricular do 2º semestre do 2º ano de ME na Escola Superior de Saúde de Portalegre e constitui-se como um elemento de avaliação.

No que concerne ao primeiro estágio, foi submetido a processo de creditação e aceite. O procedimento para a acreditação de disciplinas dos alunos do Instituto Politécnico de Portalegre, com o objetivo de alcançar um título académico ou diploma, está detalhado no Despacho nº 8700/2019, publicado no *Diário da República*. Especificamente, no artigo 8º, encontra-se estabelecido que os créditos podem ser concedidos com base na experiência profissional, desde que esta seja devidamente validada, até um máximo de um terço do total de créditos necessários para completar o curso, conforme estabelecido pelo Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências.

O estágio final foi realizado numa equipa comunitária no período de doze de setembro a vinte seis de janeiro com interrupção de Natal de dezoito de dezembro a dois de janeiro, sendo realizadas dezoito semanas de estágio final. Com a realização deste estágio, é solicitado ao estudante a realização de um documento escrito que envolva uma análise reflexiva e crítica do trajeto e das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final. Não obstante, com a concretização deste relatório, é pertinente descrever e demonstrar o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo subdivididas em três campos gerais: Competências Comuns de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Competências Específicas em Saúde Mental e Psiquiátrica e Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O tema desenvolvido ao longo deste estágio final foi o diário de humor: instrumento de mediação em enfermagem de Saúde Mental na pessoa que vive com Perturbação Bipolar (PB).

Este tema torna-se pertinente pela sua inovação com vista a poder ser alvo de aplicação em contexto profissional. As perturbações de humor são prevalentes na comunidade e em específico no local de trabalho, motivando o empenho e dedicação do desenvolvimento desta temática e aprofundamento de métodos de trabalho, de forma a otimizar o seu tratamento.

Assim, segundo Soares (2015), a PB é uma condição psiquiátrica crónica e com complexidade, frequentemente manifestada através de alternância entre episódios depressivos e fases de mania (períodos de elevação de humor anormal, expansividade ou irritação) ou episódios mistos, onde sintomas depressivos coexistem com sintomas de polaridade contrária, caracterizando a PB tipo I. Em contrapartida, a PB tipo II distingue-se por episódios repetidos de depressão intercalados com períodos de hipomania.

O DH consiste na automonitorização do humor pela pessoa assistida (PA), em que a mesma realiza anotações ou registo do humor num diário, seja na vertente manuscrita ou digital. (Costa et al, 2020).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) apresenta a competência para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico como descrito no Regulamento nº129/2011.

Foi selecionado um modelo teórico de enfermagem e uma teoria de enfermagem, sendo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e a teoria das transições de Afaf Meleis. O Modelo dos Sistemas de Neuman é um referencial filosófico, teórico e conceptual, visando expandir a perspetiva de enfermagem. Por outro lado, é uma metodologia holística que promove a saúde, a preservação do bem-estar além da prevenção e gestão de fatores stressores. (Neuman & Fawcett, 2011; Jukes & Spencer, 2007).

É um modelo complexo e abrangente que facilita no cuidar em saúde mental, devido a oferecer diferentes perspetivas de aspetos da vida.

A teoria das Transições serve como alicerce para pesquisa, prática e educação em enfermagem, oferecendo uma estrutura compreensiva para compreender e facilitar o cuidado em momentos de mudança. (Smith et al., 2014).

Não menos importante neste relatório, é expor o projeto desenvolvido ao longo de 16 semanas no estágio. O tema que foi explorado foi o Diário de Humor (DH) como instrumento de mediação em Enfermagem e Saúde Mental.

O presente relatório consiste num trabalho descritivo, reflexivo e crítico, onde é pormenorizado e detalhado o desenvolvimento das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Este relatório tem por objetivos gerais:

- Elaborar o relatório usando a metodologia de projeto;
- Desenvolver competências nas intervenções de enfermagem com pessoas que vivem com PB;
- Desenvolver um projeto na automonitorização do humor através do DH;
- Analisar reflexivamente as competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e competências de mestre.

O relatório encontra-se estruturado em cinco partes, iniciando-se com a caracterização do local de estágio, seguida do enquadramento teórico. Na terceira parte, encontra-se o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman e a teoria de Afaf Meleis. O quarto ponto expressa a metodologia de projeto, sendo dividida em diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados. No quinto e último ponto é feita uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP, sendo englobadas as competências comuns, específicas e de mestre.

Importa ainda mencionar que o trabalho se encontra redigido com base no novo acordo ortográfico português e cumpre com as diretrizes de referência American Psychological Association [APA]: *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas* (7ª Edição).

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A seleção do local para a realização do estágio teve em consideração a prática profissional, especialmente para explorar aspetos desconhecidos. Desta forma, optei por me concentrar na continuidade dos cuidados a pessoas com patologia mental na comunidade, com especial interesse no papel do EEESMP.

O estágio foi realizado numa Unidade Funcional de Psiquiatria na Comunidade, pertencente a uma instituição hospitalar de Lisboa. Esta unidade faz parte de um departamento de psiquiatria que inclui diversas áreas, tais como: Internamento, Hospital de Dia, Pedopsiquiatria, Psiquiatria de Ligação e quatro Equipas Comunitárias.

O objetivo geral destes serviços é promover a saúde mental de uma forma generalizada, prevenir e tratar a doença mental, além de oferecer suporte no processo de reabilitação, para facilitar a reintegração social de pessoas que enfrentam problemas de saúde mental. (Cardoso & Maia, 2009)

O serviço integra cinco unidades funcionais que operam dentro do hospital: urgência psiquiátrica, internamento de agudos, hospital de dia, psiquiatria de ligação e consulta externa de psiquiatria de ligação.

De acordo com os mesmos autores, a psiquiatria de ligação funciona em articulação com os diversos serviços do hospital sempre que existam pessoas com problemas de saúde mental associadas a outras patologias somáticas.

A consulta externa de psiquiatria de ligação é destinada às PA que apresentam doenças somáticas e psiquiátricas no pós-alta e que realizem tratamentos regulares dentro da instituição hospitalar.

Na unidade do hospital de dia desenvolvem-se atividades terapêuticas, lúdicas e criativas em grupo ou individualmente, de acordo com as necessidades individuais das PA.

A unidade funcional comunitária engloba quatro equipas e o espaço@com. As equipas comunitárias operam em centros de saúde ou instalações próprias, oferecendo intervenções

adaptadas às necessidades individuais das PA, em ambientes mais acessíveis, que se encontrem com maior alcance em termos de localização. Além disso, a equipa de pedopsiquiatria atua na comunidade, estabelecendo consulta num dos centros de saúde locais, e sempre que há necessidade no internamento de pediatria é chamada a equipa para intervenção. Há uma outra entidade vinculada ao serviço de psiquiatria, que se encontra integrada na comunidade: uma Associação para a Reabilitação e Integração Social. Esta associação compreende uma unidade de vida protegida e uma unidade de dia, com a missão de promover a autonomia pessoal das PA por meio do treino de habilidades pessoais e sociais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida por meio da reabilitação e integração socio-ocupacional.

A equipa da unidade Funcional, onde foi realizado o estágio, atende uma ampla área de população e neste momento conta com quatro psiquiatras, dois EEESMP, um assistente social, uma psicóloga e uma assistente administrativa.

A missão desta unidade é a promoção de saúde mental; prevenção e tratamento de doenças psiquiátricas, além de reabilitação e reintegração biopsicossocial. A unidade segue princípios orientadores de um modelo holístico e humanitário, apresentando uma abordagem centrada na pessoa onde se estabelece aliança terapêutica e relação de ajuda.

A unidade Funcional de psiquiatria conta com um espaço comunitário (espaço@com) e com programa semente.

Segundo Teixeira (2017), o espaço@com é um espaço comunitário dedicado à reabilitação psicossocial, oferecendo atividades de avaliação, intervenção psicossocial e reabilitação em regime ambulatorio. A equipe do espaço@com realiza intervenções personalizadas, centradas nos domínios cognitivo, emocional, social e psicomotor, adaptadas ao perfil de cada PA. O objetivo principal é apoiar a manutenção das competências, autonomia, recuperação funcional e reintegração socio-ocupacional das PA. Além disso, procura promover uma vida ativa e a aplicação prática das habilidades adquiridas nos diversos contextos, envolvendo a família no processo reabilitativo.

De acordo com a Fundação Calouste Gulbenkian (2020), o programa semente tem como base a identificação dos filhos de PA pela equipa comunitária de Psiquiatria. O objetivo principal é avaliar os fatores de risco e protetores presentes em cada família e, a partir dessa análise, implementar

intervenções preventivas estruturadas. Essas intervenções visam fomentar a comunicação familiar e aumentar a consciencialização dos pais em relação às necessidades de seus filhos, bem como ao impacto da psicopatologia parental. Deste modo, o programa é uma colaboração entre os setores de Psiquiatria de adultos e Pedopsiquiatria, fortalecendo as conexões e a cooperação entre essas duas áreas de atuação.

O encaminhamento das PA para as equipes comunitárias, de modo geral, provém de referência pelo médico de família via «alert», referência por outros serviços hospitalares, nomeadamente serviço de urgência e internamento, por outros serviços de Psiquiatria do país.

No que se refere a área de enfermagem, as patologias mais comuns são psicoses e problemas de desenvolvimento. São realizadas consultas semanais, quinzenais e mensais. As consultas são ajustadas para cerca de 45 minutos por pessoa e são personalizadas a cada uma individualmente. As PA encontram-se divididas de acordo com o médico de referência, ou seja, cada enfermeiro fica responsável por determinada população. Existem intervenções com a gestão da terapêutica; entrega de terapêutica mensal, administração de injetáveis; intervenções de psicoterapia e de relação de ajuda como as mais frequentes.

Tendo em conta a complexidade do Serviço de Psiquiatria deste hospital, houve a necessidade de estabelecimento de canais de comunicação eficazes entre as diversas valências, com vista a garantir a efetividade de continuidade de cuidados às PA. Assim, todas as quartas-feiras são realizadas reuniões interdisciplinares e de articulação entre as diferentes valências do serviço, com o objetivo de discussão de casos clínicos e atividades de formação clínica.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento teórico teve como base o foco nos seguintes conceitos: Saúde Mental, Perturbação Bipolar, Enfermagem Psiquiátrica e Diário de Humor.

2.1. SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental é uma parte integrante da saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a "como o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere. O conceito de saúde mental é parte integrante do de saúde." (Retrato da Saúde 2018, p.35)

Segundo Alves & Rodrigues (2010), o conceito de saúde mental é amplo e de difícil definição. Como tal, é visto não apenas como ausência de perturbação mental, mas como complexas interações como os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

De acordo com Ministério da Saúde (2018), Portugal é o país que se distingue com maior prevalência de doenças psiquiátricas comparativamente à Europa. Como já referido, as que mais se destacam são: ansiedade e depressão, seguidas de controlo de impulsos e perturbações pelo consumo de álcool. Salientando que as duas primeiras são mais evidentes no sexo feminino e as seguintes no sexo masculino. O consumo de álcool também se evidencia em grupos mais jovens. O controlo de impulsos encontra-se relacionado em muitos casos com o baixo - médio nível de educação. O sexo feminino tende a procurar mais frequentemente cuidados de saúde comparativamente ao sexo masculino.

A título de exemplo, mais de um em cada cinco indivíduos sofre de uma perturbação mental. Com um retrato em que a doença mental tem aumentado significativamente, esta reflete-se em custos elevados para os sistemas, pois, cada vez mais, existem reformas antecipadas e necessidades de intervenção numa fase precoce, devido a alterações comportamentais, além do elevado

absentismo laboral por incapacidades temporárias. Assim, tem de haver um maior investimento na prevenção da saúde mental.

Oostervink (2009), afirma que a PB é uma condição de saúde mental crónica, debilitante e heterogênia, que impacta cerca de 1% da população. Esta perturbação está relacionada com significativas reduções de qualidade de vida e capacidade funcional das pessoas que vivem com PB, além de apresentar taxas elevadas de suicídio e encargos financeiros significativos.

2.2. PERTURBAÇÃO BIPOLAR

A PB é uma condição psiquiátrica crónica que afeta o humor e o comportamento das pessoas.

“Depressões e Manias são estados mentais opostos, mas, nas suas definições menos restritivas, pode lá caber muita coisa. Os episódios podem mesmo ser mistos, como a tristeza subjetiva com intensa atividade de energia.” (Abreu, 2021, P. 163). De acordo com o mesmo autor, o diagnóstico torna-se claro quando os episódios têm tendência à repetição, existindo entre eles um período lúcido, livre de patologia.

Segundo ADEB (s.d.), a PB é caracterizada por oscilações extremas e recorrentes no humor. Essas oscilações envolvem períodos de mania ou hipomania e depressão, que são bastante distintos em termos de sintomas e duração.

De acordo com DSM V (2014), os critérios da PB tipo I refletem a compreensão contemporânea do transtorno maníaco-depressivo clássico ou psicose afetiva, como foi descrito no século XIX. A principal diferença em relação a essa descrição clássica é que nem a psicose nem a experiência de vida de um episódio depressivo grave são consideradas obrigatórias. No entanto, é importante salientar que a grande maioria das pessoas cujos sintomas satisfazem os critérios para um episódio maníaco completo também vivenciam episódios depressivos graves ao longo das suas vidas. Esta perturbação é caracterizada por episódios de mania que duram pelo menos sete dias e/ou são graves e presentes em maior parte dos dias. Pode incluir episódios de depressão, mas a mania é o

aspecto mais saliente. Neste tipo de perturbação, o episódio maníaco pode ser antecedido ou seguido de episódios de hipomania ou depressivos.

Supracitando o mesmo autor, o episódio de mania é um período distinto de humor anormal e expansivo ou irritável, ou seja, é um aumento anormal e persistente de atividade ou de energia com a duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias. Durante a fase de mania apresentam sintomas como autoestima elevada, redução das necessidades de sono, mais loquaz que o habitual, com fuga de ideias em que o pensamento se encontra acelerado, atenção facilmente desviada a estímulos externos insignificantes e agitação psicomotora. Estes sintomas são graves e que podem causar prejuízo acentuado no funcionamento social, profissional e até necessitar de hospitalização para prevenção de danos ao próprio ou a outras pessoas, podendo existir ainda características psicóticas.

Referindo o mesmo autor, os episódios de hipomania também são caracterizados por um período persistente, expansivo ou irritável, em que a energia se manifesta mais elevada. No período de hipomania, os sintomas são iguais aos sublinhados anteriormente. Na fase de mania, no entanto, tem de se verificar três ou quatro sintomas e têm de estar presentes em grau significativo. A diferença reside na gravidade, em que na hipomania não se verifica prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização.

Ainda segundo o mesmo autor, o episódio depressivo maior é caracterizado por as pessoas apresentarem sintomas no decorrer de duas semanas e representarem uma mudança em relação ao funcionamento habitual. Neste episódio, verificam-se sintomas como humor deprimido, falta de interesse ou prazer em quase todas ou todas as atividades, perda ou ganho de peso sem dieta associada, insónia ou hipersónia quase diária, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para pensar e para se concentrar ou indecisão e, por fim, pensamentos recorrentes de morte, ideias suicidas com e sem plano específico para cometer o suicídio e tentativas de suicídio. Os sintomas considerados verificam-se na maior parte do dia, quase todos os dias, apresentam sofrimento significativo na pessoa e em termos funcionais podem apresentar prejuízo em termos sociais, profissionais e até noutras áreas importantes da sua vida.

Durante os episódios de mania, a pessoa não tem consciência da doença e torna-se resistente a tratamento, podem mudar a sua maneira de se apresentar como a forma de vestir, com uma

aparência pessoal mais extravagante. Pessoas que se encontram em episódio maníaco podem facilmente colocar a própria vida ou a dos outros em causa, apresentando comportamento mais hostil. Estas consequências são catastróficas e costumam resultar no prejuízo de juízo crítico, perda de «insight» e hiperatividade. Também se verifica as oscilações de humor de raiva para depressão, ou seja, podem verificar-se sintomas depressivos em episódios maníacos, e, quando presentes, podem durar momentos, horas e de forma mais rara até dias.

Normalmente, a média de idade do início do primeiro episódio desencadeia-se aos 18 anos, porém o início pode ocorrer ao longo do ciclo vital desencadeando o seu início aos 60-70 anos.

O fator de risco na PB tipo I é mais comum nos países desenvolvidos, também o divórcio ou a viuvez apresentam taxas mais elevadas neste tipo de perturbação, porém o motivo de associação não é claro. A história familiar de PB é um dos fatores de risco mais consistentes, uma vez que existe o risco dez vezes maior de pessoas apresentarem este transtorno e aumenta com o grau de parentesco mais próximo. (DSM V, 2013).

No que concerne a questões culturais relativas a PB tipo I, não existe informação sobre as diferenças culturais específicas. Em questões de género, o sexo feminino é mais suscetível a estados de ciclagem rápida e mistos e apresentam perturbações alimentares com taxas mais elevadas. Ainda no sexo feminino apresentam mais probabilidade de sintomas depressivos, enquanto o sexo masculino apresenta maior propensão para perturbações no abuso de álcool. (DSM-5, 2013).

Pessoas que vivam com PB tipo I apresentam um risco quinze vezes maior de suicídio em relação à população em geral.

Salienta-se ainda que, em termos de consequências funcionais os indivíduos com PB Tipo I, aproximadamente 30% mostram prejuízo importante no funcionamento profissional. Destaca-se ainda que estes indivíduos apresentam um desempenho pior que pessoas saudáveis em testes cognitivos. Como tal, os prejuízos cognitivos podem contribuir para dificuldades profissionais e interpessoais e persistir ao longo da vida, mesmo durante períodos eutímicos. (DSM V, 2013).

Conforme o DSM V (2013), a PB tipo II apresenta por requisito a vivência de, pelo menos, um episódio depressivo e, pelo menos, um episódio hipomaníaco ao longo da vida. No entanto, sem apresentar histórico de mania. Apresenta-se com a mesma gravidade que a PB tipo I devido

maioritariamente à carga que a depressão que está associada a este tipo de perturbação e também porque a instabilidade do humor experienciada por pessoas que vivem com PB tipo II resulta em prejuízos, quer no contexto de trabalho, quer no funcionamento social. A PB tipo I apresenta-se com maior diferença da PB tipo II, pelo facto de se verificarem episódios de mania prévios que não se verificam em PB tipo II.

A PB Tipo II caracteriza-se por um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado e expansivo com a duração de, pelo menos, quatro dias consecutivos, na maior parte do dia, quase todos os dias. Os sintomas da hipomania na PB tipo II são iguais aos descritos anteriormente na PB tipo I. Neste episódio de hipomania, verifica-se uma mudança clara de funcionamento e são observáveis por outras pessoas, todavia o episódio não é grave para justificar hospitalização.

Os episódios depressivos maiores são considerados como tal quando estiverem cinco ou mais sintomas presentes no decorrer de duas semanas. Os sintomas são iguais aos descritos acima.

Assim, PB tipo II objetiva-se por um período clínico de episódios de humor recorrentes, consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores e, pelo menos, um episódio hipomaniaco. O episódio depressivo maior deve ter a duração de, pelo menos, duas semanas e o hipomaniaco, de, no mínimo, quatro dias. Os episódios de humor devem estar presentes quase todos os dias e os sintomas devem representar uma mudança notável do comportamento e do funcionamento habituais. O intervalo dos episódios tende a diminuir com o avançar da idade, sendo que, apesar da característica prevalente serem episódios de hipomania, os episódios depressivos são mais duradouros e incapacitantes ao longo do tempo. (DSM V, 2014).

Este tipo de PB pode ter início no fim da adolescência e durante a fase adulta, sendo o mais prevalente desencadear-se por volta dos 25 anos de idade.

Relativamente à quantidade de episódios na vida, tende a ser superior relativamente ao tipo I, porém os sintomas psicóticos neste tipo de PB não ocorrem na hipomania e são menos frequentes nos episódios depressivos. Cerca de 5% a 15 % das pessoas que vivem com PB tipo II acabam por desenvolver um episódio de mania, o que muda o diagnóstico independente do curso posterior.

Ainda segundo DSM V (2014), o risco de PB tipo II tende a ser a mais elevado entre famílias que apresentem essa condição, podendo ser influenciar a idade de início da perturbação. A ciclagem rápida encontra-se associada a pior prognóstico. Assim como no PB tipo I, na Tipo II também é mais comum no sexo feminino, contudo difere na amostragem e no país de origem, não havendo evidência de diferença de género. Em termos de risco de suicídio, cerca de um terço das pessoas relata história de tentativa de suicídio ao longo do ciclo de vida, todavia a morte por suicídio é menor que na PB tipo II.

De acordo com DSM V (2014), no que se refere às consequências funcionais do PB tipo II, muitos indivíduos voltam a um nível totalmente funcional entre os episódios de humor, mas 15% continua a ter alguma disfunção entre episódios e 20% muda diretamente para outro episódio de humor sem recuperação entre eles. Os indivíduos com esta patologia apresentam um desempenho inferior ao daqueles saudáveis em teste cognitivos, exceto na memória e fluência semântica e têm prejuízos idênticos ao de pessoas com PB tipo I. O desemprego na PB tipo II está associado a maiores episódios de depressão, idade avançada, taxas de maiores de perturbações de pânico atual e história de perturbação por uso de álcool ao longo da vida.

A PB tipo II é associada frequentemente a outras comorbilidades psiquiátricas que se relacionam com os estados de humor.

WHO (2022) afirma que 40 milhões de pessoas vivem com PB, o que configura um importante problema de saúde e, em Portugal, os índices acompanham essa tendência.

No entanto, em termos de tratamento, existem opções eficazes como a psicoeducação, redução de stress e fornecimento do funcionamento social e medicação.

De acordo com DGS (2012), a primeira linha de tratamento farmacológico de manutenção na PB em adultos incluem o lítio, valproato de sódio, aripiprazol, olazapina e quetiapina.

Em síntese, pode assumir-se que os sintomas típicos da fase maníaca ou hipomaníaca incluem:

- Euforia ou irritabilidade extrema;
- Aumento da energia e atividade;

- Diminuição da necessidade de sono;
- Comportamento impulsivo e tomada de decisão arriscada;
- Grande diferença na presença de sintomas psicóticos, que se encontram em episódios maníacos.

Os sintomas típicos da fase depressiva incluem:

- Tristeza profunda;
- Fadiga e falta de energia;
- Perda de interesse em atividades que costumavam ser agradáveis;
- Dificuldade de concentração;
- Pensamentos de suicídio ou morte.

De acordo com Assunção et al. (2022), nas perturbações psicológicas, nomeadamente na PB, observam-se as mudanças neuropsicológicas, que são características variadas que afetam o funcionamento do cérebro, principalmente na esfera cognitiva e nas reações a fatores emocionais. Essas mudanças podem resultar em déficits nas habilidades de tomada de decisão, planeamento e resolução de problemas, o que pode explicar as dificuldades que as PA enfrentam ao adaptarem-se ao seu quotidiano. As alterações neuropsicológicas nas perturbações que afetam o humor manifestam-se de várias maneiras e podem ser agravadas por condições médicas coexistentes, como demência, alzheimer, esquizofrenia, esclerose múltipla e entre outras.

Segundo os mesmos autores, a PB não causa apenas alterações do humor, mas também em termos de alterações e consequências no sistema cognitivo, particularmente no que respeita à aprendizagem, memória visual e de trabalho.

Onofre (2022) afirma que a PB tem sido objeto de extensa pesquisa, destacando uma ligação entre a PB e uma diminuição no desempenho em várias áreas, como o âmbito social, ocupacional e cognitivo.

Além disso, uma observação relevante foi a diferença entre PA com características melancólicas e aquelas sem essa característica. PA com melancolia apresentam déficits neuropsicológicos mais acentuados em tarefas que exigem memória, função executiva, atenção e tempo de reação em comparação com PA não melancólicas e indivíduos saudáveis.

A relação entre o declínio cognitivo e a PB também se destacou nos estudos. Essa relação está associada ao número de internamentos hospitalares e ao curso da doença.

Citando os mesmos autores, em relação aos tipos de PB, os resultados indicaram que o tipo I apresenta desempenho inferior em domínios como mudança de foco, inibição, planejamento, fluência verbal, memória de trabalho e atenção. Por outro lado, a PB do tipo II demonstrou prejuízo em áreas como fluência verbal, memória de trabalho, mudança de foco e atenção. Isso sugere que pessoas com o tipo II podem experimentar um prejuízo semelhante ou até mais pronunciado no funcionamento executivo.

Adicionalmente, foi observado que a PB frequentemente tem um curso neuroprogressivo, com mudanças no cérebro e resultados desfavoráveis. Vários fatores de risco, como episódios de humor, traumas e comorbidades psiquiátricas e médicas, estão associados a esses resultados adversos (Onofre, 2022).

As mudanças cognitivas observadas em indivíduos com PB têm um impacto significativo no seu estilo de vida, perspectivas de recuperação e funcionamento diário. Há indicações claras de que o agravamento dos sintomas e a frequência dos episódios maníacos ou depressivos podem contribuir para uma deterioração mais rápida das funções cognitivas de pessoas que vivem com PB. (Oliveira, 2023).

A mesma autora constata que mudanças na estrutura cerebral, como a diminuição da quantidade de matéria cinzenta no córtex pré-frontal dorsolateral, podem estar ligadas aos déficits cognitivos e funcionais comuns em pessoas que vivem com PB. Além disso, há indícios de que a perturbação afeta a regulação da produção de hormonas de crescimento, bem como perturbações no

padrão de sono, desregulação dos ritmos circadianos, anomalias no sistema imunológico e alterações na morfologia e função cerebral.

De acordo com Onofre (2022), dentro das opções terapêuticas, a terapia psicológica é vista como uma abordagem fundamental e segura no tratamento da PB. No entanto, ainda são necessários mais estudos e relatórios sistemáticos que demonstrem informações sobre a sua eficácia e aceitação.

É importante destacar o papel das intervenções psicossociais, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, intervenção de Psicoeducação e terapia familiar, como componentes essenciais no tratamento de pessoas com PB. Combinadas com o tratamento medicamentoso, essas abordagens contribuem para reduzir o número de recaídas, estabilizar o humor, diminuir a necessidade de hospitalização, promover a estabilidade a longo prazo e reduzir o estigma social associado ao transtorno bipolar (Oliveira, 2023).

Por fim, foi identificado um risco aumentado de desenvolver demência em indivíduos com PB, ampliando ainda mais a compreensão dessa condição e das suas implicações (Onofre, 2022).

2.3. INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas deparam-se com uma variedade de desafios que podem afetar a sua saúde e bem-estar. Alguns desses desafios podem ser particularmente difíceis, envolvendo questões de saúde mental ou circunstâncias de vida complexas. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a enfermagem de Saúde Mental destaca-se como um campo especializado dentro da profissão de enfermagem, apresentando uma abordagem mais aprofundada e especializada no cuidado de pessoas que lidam com questões de saúde mental. Além das competências comuns de enfermagem, os enfermeiros de saúde mental possuem um conjunto de conhecimentos mais amplo e uma gama mais ampla de habilidades de intervenção.

Ainda segundo o mesmo autor, a enfermagem de saúde mental tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, família e comunidade. O enfermeiro especialista (EE) compreende o processo de sofrimento, alteração e perturbação mental da PA, assim como as implicações para o projeto de vida, potencial recuperação e a forma como a saúde mental é condicionada pelo contexto.

O EE desempenha várias funções cruciais no cuidado de saúde, uma vez que enfatiza a capacitação da pessoa, promovendo a sua autonomia e participação ativa no seu bem-estar. Além disso, o EE identifica precocemente as necessidades das pessoas assistidas, colabora na prevenção de complicações e facilita processos de adaptação a situações de vida desafiadoras. A relação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro é baseada na empatia, compreensão e respeito pela individualidade, visando reduzir o estigma e promover a inclusão social. O EE procura continuamente a melhoria dos cuidados, priorizando a qualidade sobre a quantidade, e apresenta desenvolvimento do autoconhecimento para prestar cuidados de excelência. (Ordem dos enfermeiros, 2015).

A área da intervenção é essencial no domínio de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que, de acordo com o regulamento da ordem dos enfermeiros, o EE apresenta competências para prescrever, planear, executar e avaliar a intervenção psicoterapêutica, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

O conceito de intervenção psicoterapêutica é definido "(...) como a execução informada e intencional das técnicas de psicoterapia. Esta intervenção apresenta como objetivo a assistência ao doente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognição, emoções e/ ou outras características pessoais de mudanças de cognição, comportamento e emoções." (Zeig & Maunion, 1993 cited as Sequeira & Sampaio, 2020, p. 171).

De acordo com Sequeira & Sampaio (2020), o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem caracteriza-se por uma abordagem integrativa, com uma curta a média duração, por sessões de 45-60 minutos e, na sua base, devem constar as taxonomias de enfermagem.

Supracitando os mesmos autores, após estabelecimento de um diagnóstico, é importante a definição das intervenções psicoterapêuticas, sendo essas estratégias realizadas de forma dinâmica, com vista a dar resposta aos objetivos traçados para os diagnósticos.

A intervenção psicoterapêutica em enfermagem é conduzida por um EEESMP ou por um enfermeiro com habilidades oficialmente reconhecidas pela ordem dos enfermeiros, sendo uma prática com estrutura, organizada, evolutiva e com sequência.

Com esta intervenção a pessoa assume um papel proativo, baseando-se numa relação terapêutica e na interação de comunicação com o enfermeiro. A aplicação desta intervenção consiste em modificar ou diminuir uma condição percebida como adversa para a pessoa que apresenta alterações na saúde mental, estabelecendo-se desde logo os objetivos entre o enfermeiro e a PA. (Sampaio, Sequeira & Lulch Canut, 2018).

2.4. DIÁRIO DE HUMOR

O uso do mediador em psiquiatria destaca-se com importância pela utilização de elementos que ajudam a facilitar a comunicação, a compreensão e a gestão de questões relacionadas com a saúde mental, promovendo uma abordagem mais eficaz para o cuidado nesta área.

Os diários de humor descrevem o curso dos sintomas de humor da PA ao longo do tempo.

“A técnica consiste em uma autoavaliação do humor pelo paciente, seguida de anotação ou registo do humor em algum diário.” (Costa et al., 2020, p. 2)

De acordo com Tsanas et al. (2016), o uso de DH destaca-se pela importância da monitorização confiável dos sintomas, especialmente em condições de saúde mental, como as perturbações de humor. Os sintomas residuais nestas perturbações podem prejudicar a vida social e económica das pessoas, além de aumentar o risco de novos episódios. Assim, a apreensão e a monitorização da variação e progressão dos sintomas são incentivados nas diretrizes de tratamento.

Supracitando o mesmo autor, tradicionalmente, a monitorização do estado de humor era feito por meio de questionários em papel ou computador, mas o uso de dispositivos móveis tem se tornado mais comum, devido à disseminação das redes móveis e ao avanço tecnológico dos

«smartphones». Isso permite que as pessoas relatem os seus estados de humor em tempo real, reduzindo a tendência para a recordação. No entanto, ainda não está claro qual a frequência ideal para realização das avaliações de humor.

Contrariamente, Bauer (2005) afirma que o uso da automonitorização do humor em papel não cria dados tendenciosos, mas a automatização do autorrelato de avaliações de humor pode enviesar os dados, uma vez que só as pessoas que apresentam computador próprio podem ser incluídas. Por outro lado, as pessoas incluídas podem apresentar diferentes níveis de conhecimento informático.

De acordo com Bauer (2008), as intervenções estruturadas que fortalecem a habilidade de autogestão, procuram capacitar as pessoas que vivem com perturbações de humor a gerir a sua própria condição, reconhecendo sinais precoces de alterações de humor e garantindo a continuidade do uso adequado da medicação, contribuindo assim para uma gestão mais eficaz da PB.

Segundo Cho et al. (2017), na maioria das pesquisas sobre perturbações de humor, os especialistas costumam verificar os sintomas clínicos em várias consultas agendadas. No entanto, entre essas consultas, podem ocorrer mudanças de humor e eventos significativos, e tanto os profissionais de saúde, como as PA podem facilmente perder o controlo do que aconteceu durante esses intervalos. Para abordar essa questão, muitos pesquisadores têm tentado compensar essa possibilidade através do uso de diários de humor. Recentemente, com o avanço da tecnologia de informação e comunicação, tornou-se muito mais viável avaliar o estado diário de pessoas com perturbação de humor.

Em suma, a automonitorização do humor é uma técnica que consiste numa autoavaliação do humor pela própria pessoa seguida de um registo em diário.

A utilização do DH destaca-se pela importância na monitorização fíavel dos sintomas, especialmente em condições de saúde mental, como as perturbações de humor mais especificamente na PB.

O DH, tradicionalmente, era realizado em suporte de papel em forma de questionário ou em computador, porém, com a evolução tecnológica, pode verificar-se que já existem aplicações.

As aplicações em telemóveis são uma realidade pouco explorada, todavia poderá ser promissora para o tratamento da PB e já se encontram alguns estudos sobre o tema.

3. MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM

As teorias em enfermagem oferecem um esquema organizado e sistemático para direcionar e aprimorar a prática profissional, as atividades de ensino e aprendizagem e a investigação. (Sitzman & Eichelberger, 2011).

Em termos gerais, a criação e o desenvolvimento de teorias na enfermagem fortalecem a autonomia e independência da profissão, proporcionando um espaço onde os enfermeiros podem formular e sustentar perspectivas profissionais únicas. As teorias específicas da enfermagem desempenham um papel fundamental ao distinguir a enfermagem de outras áreas relacionadas aos cuidados de saúde. Dado que a prática da enfermagem abrange uma diversidade de atividades profissionais, há espaço para uma diversidade correspondente de teorias de enfermagem, cada uma destinada a descrever com precisão aspectos específicos da enfermagem de diversas maneiras. Essas teorias fornecem uma estrutura conceitual que orienta a prática, pesquisa e educação em enfermagem, permitindo aos profissionais abordarem as complexidades e desafios únicos encontrados na prestação de cuidados de saúde. (Sitzman & Eichelberger, 2011).

Ainda de acordo com os mesmos autores, não há uma teoria isolada ou um conjunto delas que sejam consideradas mais corretas do que outras. A prática da enfermagem está profundamente ligada às interações e experiências humanas, muitas vezes não permitindo conclusões definitivas e infalíveis.

De seguida, será abordado o modelo dos sistemas de Betty Neuman e a teoria das transições de Afaf Meleis.

3.1. O MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Segundo Freese et al. (2004), Betty Neuman nasceu em 1924 em Ohio, destacou-se pela sua compaixão pelos necessitados, influenciada pelo seu crescimento rural. Formou-se em enfermagem em 1947, em Akron, Ohio, e prosseguiu uma carreira diversificada na Califórnia,

assumindo papéis desde enfermeira hospitalar até diretora de enfermagem. Com formações académicas em saúde pública e psicologia pela universidade da Califórnia, onde também completou um mestrado e um doutoramento em psicologia clínica, Neuman foi pioneira na enfermagem de saúde mental. Desenvolveu o papel de enfermeira conselheira em Los Angeles e criou um programa inovador de saúde mental comunitária na Universidade da Califórnia. O seu trabalho culminou na criação do modelo de sistemas, uma abordagem revolucionária que expandiu a compreensão das variáveis do cliente para além do modelo médico, redefinindo a educação e a prática de enfermagem. (Freese et al., 2004).

Considerando a importância de compreender o Modelo Conceptual que orienta o trabalho do enfermeiro e o compromisso da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em alcançar excelência no cuidado, optou-se por utilizar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman para adaptar as intervenções psicoterapêuticas realizadas pelo EEESMP com as pessoas que vivem com PB.

O Modelo de Sistemas de Neuman foi criado pela primeira vez nos anos 70, com o propósito de ser aplicado no ensino de enfermagem (Sitzman & Eichelberger, 2011).

De acordo com George (2000), Betty Neuman desenvolveu o modelo dos sistemas de Neuman, baseada em diversos autores, entre os quais:

- Teoria geral dos sistemas;
- Selye- Síndrome da adaptação geral;
- Gestalt – Teoria de Gestalt;
- Caplan, Modelo conceptual de Caplan.

O modelo de Neuman, como referido, foi inspirado pela Teoria Geral dos Sistemas, que percebe o mundo como composto por sistemas interligados que se influenciam uns aos outros. Se um sistema é afetado, isso terá impacto nos demais sistemas associados. Os sistemas maiores podem ser compostos por subsistemas menores em camadas (Sitzman & Eichelberger, 2011).

Supracitando os mesmos autores, o modelo de Neuman foi influenciado pela Síndrome de Adaptação Geral de Hans Selye. Essa síndrome descreve a resposta não específica do corpo e da mente ao stress em quatro fases: alarme, resistência ou adaptação, exaustão e ajuste/cura. Os princípios dessa síndrome, combinados com os da Teoria Geral dos Sistemas, formam a base para a abordagem do Modelo de Sistemas de Neuman, que procura entender uma estrutura que descreve as partes e suas inter-relações para compreender o cliente como um sistema completo.

A teoria criada por Betty Neuman baseia-se também na teoria de Gestalt, que enfatiza o conceito de homeostase como o processo pelo qual um organismo mantém seu equilíbrio, ou seja, com saúde. É um modelo no qual o indivíduo ou grupo é visto como um sistema aberto que responde aos stressores ambientais, podendo ser influenciado de forma positiva ou negativa. Salienta-se que Neuman adaptou o conceito de níveis de prevenção para a enfermagem (primária que protege o corpo antes de ele se expor a um stressor, secundária que tenta reduzir o efeito ou os elementos stressantes e terciária que tenta reduzir os efeitos residuais e restaurar o bem-estar).

O modelo considera cada indivíduo único, mas partilha de características comuns dentro de um espectro normal de resposta. Identifica diversos fatores de stress, cada um com potencial variável de afetar a estabilidade do indivíduo, influenciado por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Com o tempo, cada pessoa desenvolve uma linha de defesa normal, que pode ser comprometida por stressores, acionando as linhas de resistência internas para restaurar a estabilidade. O ambiente é visto como a soma de todas as influências internas e externas ao indivíduo, e a saúde é considerada um contínuo entre bem-estar e doença, variando ao longo da vida. A enfermagem é vista como essencial na gestão das variáveis que afetam a resposta ao stress, com o objetivo de manter ou restaurar a estabilidade do paciente. Existem três níveis de intervenção preventiva: a prevenção primária foca-se na identificação e atenuação de riscos antes que eles causem impacto; a secundária lida com a resposta e recuperação de sintomas; e a terciária apoia o processo de adaptação e retorno ao bem-estar, fechando o ciclo com a prevenção primária. (Neuman & Young, 1972).

De acordo com George (2000), para Betty Neuman, o Ser Humano é um sistema aberto e complexo, que interage com uma série de fatores internos e externos que afetam o stress individual de cada ser humano. O sistema é considerado um mecanismo dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espiritual que muda constantemente.

Para esta, os seres humanos inserem-se num ambiente essencial para o funcionamento do sistema. Esse ambiente é considerado como a soma de todos os fatores que afetam o desenvolvimento do sistema, ou seja, tudo o que envolve e afeta o indivíduo, o que inclui o ambiente interno, externo e criado.

A autora considera a saúde uma condição dinâmica e define que o bem-estar existe quando todas as partes do sistema do indivíduo trabalham harmoniosamente. Para haver bem-estar, é necessário equilíbrio psicológico, físico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual (George, 2000). Considera ainda que quanto mais uma pessoa retiver equilíbrio, mais ajustada está com o meio ambiente, isto é, mais estável está a linha normal de defesa.

O Modelo de Betty Neuman é complexo e descreve o indivíduo como um sistema aberto, composto por dois componentes principais: o stress e a reação ao stress. Neuman desenvolveu esse modelo para entender como os seres humanos interagem com o seu ambiente e mantêm um equilíbrio entre os fatores internos e externos que influenciam sua saúde.

O modelo destaca que os fatores de stress podem ser de natureza intrapessoal (internos), interpessoal (entre indivíduos) ou extra pessoal (externos ao indivíduo), e cada pessoa responde de maneira única a esses stressores. A capacidade de lidar com o stress e manter a estabilidade é influenciada por diversos fatores, como a estrutura fisiológica, o contexto sociocultural, o estágio de desenvolvimento e a dimensão espiritual (George, 2000).

Graficamente, o modelo é representado por anéis concêntricos que cercam um núcleo central. Quanto mais afastados os anéis estiverem do núcleo, maior é a proteção oferecida contra os fatores de stress. A linha flexível de defesa, representada pelo anel externo quebrado, atua como um sistema tampão que protege o indivíduo contra o stress. Quando essa linha é ultrapassada, podem surgir sintomas de instabilidade ou doença (George, 2000).

Supracitando o mesmo autor, Neuman identificou cinco áreas variáveis que compõem os sistemas de clientes: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual. Essas áreas refletem diferentes aspetos da vida do indivíduo e influenciam a sua capacidade de adaptação ao stress.

Neuman também enfatizou a importância da espiritualidade como uma força que pode afetar positiva ou negativamente a saúde. Ele argumentou que o espírito controla a mente e o corpo, e a dimensão espiritual pode servir como uma fonte de energia na busca pela estabilidade ótima do sistema (George, 2000).

Segundo George (2000), este modelo é centrado na prática da enfermagem em linha com o estudo de indivíduos e nas suas interações. O ser humano é como um sistema aberto e complexo, que interage com uma série de fatores internos e externos, os quais afetam o stress individual. O sistema é considerado um mecanismo dinâmico em constante mudança. O modelo baseia-se em dois fatores: o stress e a reação a ele. Neuman considera que o indivíduo enfrenta stressores ou situações de saúde que, para recuperar, faz trocas de energia, visando recuperar a normalidade no seu estado de saúde, ou seja, a homeostasia. O foco deste modelo está no bem-estar do sistema em relação ao ambiente e seus stressores.

Este modelo aplicado aos cuidados de enfermagem, foca-se na identificação e intervenção em fatores de stress que desequilibram o sistema do cliente. Inicia com o diagnóstico de enfermagem para colher dados e entender as interações entre o cliente e os fatores de stress. Segue-se pela definição de objetivos de enfermagem, estabelecidas com o cliente, visando corrigir desequilíbrios para restaurar a estabilidade. A avaliação dos resultados é a fase final, para verificar se os objetivos foram atingidos e ajustar os planos de cuidado conforme necessário. Este processo visa manter ou restaurar a homeostasia do paciente através de uma abordagem sistemática e personalizada. (Neuman, 1995).

Assim, pode concluir-se que o modelo dos sistemas de Neuman oferece uma estrutura abrangente para entender como os seres humanos respondem ao stress e mantêm sua saúde e bem-estar em face das pressões do ambiente. Destaca-se ainda pela complexidade da interação entre os diferentes aspetos da vida de uma pessoa e oferece «insights» valiosos para a prática de enfermagem e o cuidado holístico da pessoa.

3.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

A Teoria das Transições, conforme descrita por Smith et al. (2014), analisa como as mudanças na vida afetam a saúde e o bem-estar, concentrando-se nas transições vivenciadas pelas pessoas, como mudanças de saúde, de vida e organizacionais. Destaca-se o papel essencial dos enfermeiros no apoio durante essas transições, visando promover adaptações bem-sucedidas, prevenir doenças e melhorar a saúde. Esta teoria serve como alicerce para pesquisa, prática e educação em enfermagem, oferecendo uma estrutura para compreender e facilitar o cuidado em momentos de mudança.

Identificada como uma teoria de médio alcance em enfermagem, a Teoria das Transições tem como objetivo descrever, explicar e prever as experiências humanas em diversas transições, como mudanças de saúde/doença, situações, desenvolvimento e organizações. Desempenha um papel fundamental na investigação e prática de enfermagem devido à frequência com que fenômenos de transição ocorrem nos cuidados de saúde. (Smith et al., 2014).

A Teoria das Transições é considerada um alicerce fundamental na estrutura da prática de enfermagem, ao lado do conceito de cuidado, devido à sua extensa aceitação e reconhecimento na área.

Supracitando o mesmo autor, ao longo dos últimos 50 anos, a Teoria das Transições foi desenvolvida por meio de uma abordagem inovadora e colaborativa, fundamentada numa orientação teórica focada. Afaf Meleis iniciou a pesquisa acadêmica explorando o impacto das transições na vida das pessoas, inicialmente associada à teoria da falta de papéis. Esta abordagem expandiu-se para incluir elementos situacionais, como a migração, ampliando a compreensão das transições e solidificando o seu status como conceito central na enfermagem.

Os tipos de transições englobam quatro categorias distintas: transições de desenvolvimento, transições de saúde e doença, transições situacionais e transições organizacionais. As transições de desenvolvimento referem-se a eventos relacionados ao crescimento humano. As transições de saúde e doença incluem processos como recuperação de uma doença, alta hospitalar e diagnóstico de condições crônicas, enquanto as transições situacionais decorrem de mudanças nas circunstâncias da vida. Por fim, as transições organizacionais estão relacionadas a mudanças ambientais que

afetam tanto clientes, como profissionais em diversos contextos organizacionais (Smith et al., 2014).

A Teoria das Transições engloba conceitos essenciais, como tipos e padrões de transições, propriedades das experiências de transição, condições facilitadoras e inibidoras, padrões de resposta/processo e indicadores de resultado, além de terapêuticas de enfermagem. Os padrões envolvem a ocorrência simultânea de várias mudanças, chamadas de múltiplas transições, ao invés de uma única mudança isolada. Essas transições podem acontecer ao mesmo tempo ou em sequência e é importante considerar como se sobrepõem e interagem entre si.

No que se refere às propriedades da experiência de transição, incluem consciência, envolvimento, mudança, diferença, duração e pontos críticos. A consciência refere-se à percepção e reconhecimento da transição, que pode variar de acordo com o conhecimento e compreensão do indivíduo sobre o processo de mudança.

O envolvimento é fundamental nas transições, refletindo o grau de participação do indivíduo no processo de mudança. A consciência é crucial para esse envolvimento pois, sem ela, não há participação significativa na transição (Smith et al., 2014).

As transições envolvem mudanças nos aspectos fundamentais da vida, como identidade, papéis e relacionamentos, gerando um sentido de movimento, quer interno, quer externo. A compreensão das mudanças é essencial para entender a transição, incluindo o seu significado, influência e alcance. Além disso, as diferenças são inerentes às transições, envolvendo expectativas insatisfeitas ou atípicas e uma sensação de diferenciação. Os enfermeiros devem considerar essas diferenças desafiadoras e o nível de conforto dos clientes para fornecer cuidados adequados durante as transições. (Smith et al., 2014).

De acordo com os mesmos autores, todas as transições têm um curso temporal definido, passando por antecipação, instabilidade e estabilidade.

Os pontos e eventos críticos são marcadores como nascimento ou diagnóstico de doença, que são associados à consciência de mudanças na transição.

As condições de transição são circunstâncias pessoais, comunitárias ou sociais que facilitam ou dificultam uma transição saudável.

Condições pessoais, como crenças culturais e status socioeconômico, afetam as transições, enquanto fatores comunitários e sociais, tendo também impacto. Na teoria das transições, os indicadores de transições saudáveis foram substituídos por padrões de resposta, que incluem indicadores de processo, como sentir-se conectado, e indicadores de resultado, como o domínio de habilidades. Esses padrões ajudam a avaliar o progresso da transição e saúde. (Smith et al., 2014).

Supracitando os mesmos autores, a terapêutica de enfermagem, durante as transições, envolve três medidas principais: avaliação de prontidão, preparação para a transição e suplementação de papéis. A avaliação requer uma compreensão abrangente da PA e suas condições de transição. A preparação visa educar e melhorar a condição para uma transição adequada. A suplementação de papéis, proposta por Meleis, envolve adaptar os papéis para facilitar a transição.

Segundo Smith et al. (2014), o relacionamento entre conceitos são os seguintes:

- Transições são complexas e multidimensionais, envolvendo padrões de multiplicidade e complexidade;
- Todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo, resultando em mudanças de identidades, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento;
- Mudança e diferença não são sinónimos de transição, mas sim resultados dela;
- A vida quotidiana é afetada pelas experiências de transição, que podem expor os indivíduos à vulnerabilidade;
- Os enfermeiros desempenham um papel crucial no cuidado durante as transições.

4. METODOLOGIA DO PROJETO

“A metodologia de projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidencia.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2).

Segundo os mesmos autores, a metodologia de projeto é descrita como um conjunto claro de operações que possibilitam a criação de uma representação completa e antecipada de um processo de transformação real, permitindo antever a mudança. Esta metodologia está intrinsecamente ligada à investigação e foca-se na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências pessoais ao elaborar e concretizar o projeto numa situação real.

Atualmente, o conceito de projeto varia entre a ideia de "programa", que se desenvolve através de uma sequência de ações, e a noção de "lançar-se para a frente", projetando-se naquilo que se pretende alcançar. (Ponte et al (1998) cited as Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Assim, de acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), o projeto é um plano de trabalho que se organiza principalmente para resolver ou estudar um problema, sendo uma preocupação para os intervenientes que o irão realizar.

Portanto, o trabalho de projeto é uma metodologia, isto é, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para analisar qualquer aspeto da realidade social, permitindo antever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes seguirão ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas. (Ponte et al (1998) cited as Ruivo, Ferrito & Nunes (2010)).

A metodologia do projeto assume características fundamentais, como a atividade intencional, a iniciativa e autonomia, a autenticidade e envolve complexidade e incerteza, sendo um processo prolongado e faseado.

Ainda segundo os mesmos autores a metodologia assenta em 5 etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, terminando com a divulgação dos resultados.

No decorrer do estágio foi desenvolvida a metodologia de projeto, considerando as várias etapas metodológicas mencionadas anteriormente e que se encontram desenvolvidas de seguida.

4.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de desenvolvimento da metodologia. Nessa fase, o objetivo principal é criar um mapa mental que forneça uma compreensão detalhada da situação problemática. Isso significa criar um modelo descritivo da realidade na qual se deseja intervir e implementar mudanças (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), no âmbito dos cuidados de saúde, ao desenvolver um projeto, é essencial realizar uma análise abrangente das necessidades da população. Este processo visa a criação de estratégias e ações que congreguem esforços e aproveitem os recursos disponíveis, promovendo o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e uma abordagem multidisciplinar. Também visa potenciar a capacidade, motivação e autonomia da população. Para dar respostas de qualidade que atendam às necessidades da população, é crucial mobilizar recursos humanos e garantir um elevado nível de formação contínua.

O diagnóstico da situação é um processo dinâmico, caracterizado pela análise contínua e atualizada da realidade das instituições de saúde e dos serviços correspondentes. Este processo não parte de um ponto inicial estático, mas sim de uma base aprimorada, sempre com atenção às mudanças e desafios. Assim, é fundamental que o diagnóstico seja realizado de forma rápida e aprofundada, permitindo a implementação de medidas pertinentes e eficazes. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De acordo com as mesmas autoras, o estabelecimento de um diagnóstico de situação implica uma análise aprofundada da problemática em questão, considerando as suas causas, características, pessoas envolvidas, expectativas, experiências anteriores e recursos disponíveis. A partir dessa análise, é possível definir estratégias e prioridades para abordar o problema de forma eficiente.

O diagnóstico da situação deve ser abrangente, aprofundado, conciso e claro, respondendo às necessidades do próprio processo de planeamento.

Supracitando os mesmos autores, o diagnóstico de situação assenta em dois conceitos essenciais: o problema e a necessidade. O problema é definido como o estado de saúde considerado insatisfatório pelo indivíduo, pelo médico ou pela comunidade, enquanto a necessidade pode ser entendida como a diferença entre o estado atual e o estado desejado. Nesta fase, o objetivo prende-se em corrigir o que está em falta, a fim de oferecer uma resposta capaz de resolver o problema identificado.

A relevância de estudar a problemática das pessoas que vivem com PB surge de uma variedade de interesses e motivações, tanto pessoais como profissionais, técnico-científicos e académicos. Na primeira semana do estágio, durante a reunião de orientação entre a estudante, o docente e a enfermeira orientadora, foram exploradas possíveis questões do serviço que poderiam contribuir para uma intervenção de Enfermagem em Saúde Mental, alinhada com os objetivos do estágio. Houve uma convergência de interesses entre as necessidades identificadas pelo serviço, o interesse pessoal na temática e a importância técnico-científica de desenvolver o tema. Assim, optou-se por focar no tema do DH como um instrumento de mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com PB.

O DH é utilizado como ferramenta de monitorização das oscilações de humor, sono e gestão da terapêutica.

Surge a pertinência de criar a seguinte hipótese: O DH pode ser eficaz para acompanhar as variações de humor.

Como resposta a esta hipótese foi realizada uma «Scoping Review» de forma a mapear a evidência científica (apêndice A).

Considerando que a evidência científica é crucial para orientar processos de decisão mais adequados, esta abordagem visa apresentar dados sobre a importância da utilização do DH como instrumento de avaliação do humor como instrumento de avaliação do humor através de aplicações em «smartphones».

No entanto, esta revisão desenvolve a automonitorização do humor em termos de ferramenta tecnológica, sendo que na concretização deste projeto, foi realizada como ferramenta manual, visando uma abordagem que apresenta dados sobre a importância da utilização do DH como instrumento de avaliação.

A aplicação desta ferramenta foi desenvolvida através de um caderno que sugere um diário, em que cada pessoa realiza o auto-preenchimento com o estado de humor, procurando também perceber outras variantes como as horas de sono, a adesão à terapêutica e situações que apresentem impacto na sua vida.

Para a aplicação do DH como mediador da intervenção psicoterapêutica, tornou-se imprescindível a realização de uma análise «Swot», para melhor percepção da análise do problema geral selecionado.

Segundo Hofrichter (2017), a análise «Swot» é uma ferramenta de gestão, que se baseia no estudo das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças a uma situação. Na prática, é composta por um diagrama visual, que permite um estudo simplificado e objetivo perante diferentes contextos.

Tabela 1- ANÁLISE SWOT

| Forças («Strengths») | Fraquezas («Weaknesses») |
|---|--|
| <p>1. A automonitorização do humor capacita as pessoas a acompanhar e compreender melhor o seu próprio estado emocional, promovendo a autonomia e o autoconhecimento;</p> <p>2. Fácil integração nas consultas de enfermagem, fornecendo uma ferramenta prática e eficaz para avaliar o bem-estar emocional das pessoas que vivem com PB;</p> | <p>1. A precisão da automonitorização do humor pode ser afetada pelo viés de relato, onde as pessoas que vivem PB podem sub ou superestimar os sentimentos dependendo do contexto ou do seu estado emocional no momento;</p> <p>2. Pode haver uma tendência para as pessoas que vivem com PB perderem o interesse ou a motivação para manter registos regulares do diário;</p> |

| | |
|---|--|
| <p>3. A automonitorização do humor pode ajudar os enfermeiros a identificar mudanças no humor das pessoas que vivem com PB, permitindo uma intervenção precoce em situações de risco;</p> <p>4. Pode ajudar as pessoas que vivem com PB a perceberem melhor a própria doença e a adquirem estratégias de prevenção.</p> | <p>3. A falta de compreensão completa do contexto por trás das flutuações de humor registadas, os dados podem ser mal interpretados ou levar a conclusões imprecisas sobre o bem-estar emocional das pessoas que vivem com PB;</p> <p>4. A não adesão a automonitorização do humor pode condicionar a intervenção planeada.</p> |
| Oportunidades («Opportunities») | Ameaças («Threats») |
| <p>1. A automonitorização do humor através do diário permite uma abordagem personalizada ao cuidado de enfermagem, adaptando as intervenções de acordo com as necessidades individuais das pessoas que vivem com PB;</p> <p>2. Pode ser uma ferramenta valiosa na deteção precoce de problemas de saúde mental e na prevenção de crises, permitindo intervenções oportunas;</p> <p>3. O uso de tecnologia, como dispositivos móveis, pode facilitar a automonitorização do humor, tornando-a mais acessível e conveniente para os PA.</p> | <p>1. Pode haver disparidades na capacidade do preenchimento do diário de acordo com a escolaridade e com a capacidade de escrita;</p> <p>2. A não adesão consistente à automonitorização do humor, devido a falta de motivação, esquecimento ou resistência à autorreflexão, pode limitar a utilidade dos dados;</p> <p>3. Existe o risco de que as pessoas possam manipular ou fornecer informações imprecisas durante a automonitorização do humor, intencionalmente ou inconscientemente, comprometendo a validade dos dados registados;</p> <p>4. A quantidade de dados descritos no diário podem ser difíceis para o enfermeiro interpretar e analisar eficazmente para a colheita de dados.</p> |

Com a aplicação da análise «Swot» foi possível apurar que, com esta problemática, poder-se-iam verificar muitos desafios, como a adesão à escrita por parte do DH e aceitar a realização do mesmo, todavia considera-se que poderá ser uma ferramenta com relevância para a gestão e otimização na PB e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor qualidade de vida na pessoa que vive com PB.

Como tal, surgiu a necessidade de ser desenvolvido um projeto, com o objetivo de promover formas de intervenções mais eficazes de abordagem à pessoa que vive com PB.

Como problema parcelar foi identificado o seguinte:

- Adultos que vivem com PB com alterações cognitivas que frequentam a consulta de enfermagem semanalmente.

Como critérios de inclusão foram definidos: pessoas com diagnóstico de PB com alterações cognitivas, numa população adulta (18 a 80 anos), que frequentem obrigatoriamente a consulta de enfermagem semanalmente, que apresentem capacidade de escrita. Como fatores de exclusão, consideraram-se outras patologias mentais.

Foi dirigido a uma amostra reduzida com patologia de PB com comprometimento cognitivo. Assim, foram selecionadas três pessoas que vivem com PB na comunidade, que apresentam funcionalidade e compromisso cognitivo, nomeadamente na memória recente.

Para determinar o problema, surge a questão: Poderá um DH ser um instrumento de monitorização de oscilações de humor na pessoa que vive com PB com compromisso cognitivo, na intervenção psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP)?

Para a interpretação e compreensão do DH de pessoas que vivem com PB é crucial uma boa prestação de cuidados, nomeadamente para desenvolver as competências de EEESMP.

O desafio central a desenvolver no decorrer de onze semanas reside na procura de métodos inovadores e práticos para otimizar o uso do DH como ferramenta de autogestão para as pessoas que vivem com PB.

Assim pretendo propor uma estratégia de intervenção eficaz para melhorar a colaboração entre a equipa de enfermagem comunitária de saúde mental, nomeadamente do EEESMP, e as pessoas que vivem com PB.

4.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Para garantir uma resposta adequada à pergunta de pesquisa, é essencial definir objetivos específicos.

Para garantir uma resposta adequada à questão de investigação, é fundamental definir objetivos gerais e específicos. De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), os objetivos delineiam os resultados desejados que se pretendem alcançar e podem abranger diversos níveis, desde objetivos gerais até aos mais específicos.

Os objetivos, quando inseridos na metodologia de um projeto, funcionam como projeções antecipadas que se concentram nas ações a serem realizadas, embora a definição dos objetivos finais nem sempre seja uma etapa temporal anterior e invariavelmente crucial na elaboração de um projeto de ação. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Como objetivos gerais foram definidos:

- Desenvolvimento de competências de EEESMP, tendo como base a aplicação do projeto nas onze semanas;
- Aferir a importância de DH como um instrumento de avaliação e monitorização de oscilações de humor nas pessoas que vivem com PB no decorrer de onze semanas.

Como objetivos específicos foram estabelecidos:

- Manutenção da funcionalidade das PA que vivem com PB, em nove semanas;

- Demonstrar a utilidade de um instrumento mediador (DH) para a cognição da pessoa que vive com PB no decorrer das nove sessões;
- Identificar as oscilações de humor reportadas no DH no decorrer de cinco semanas;
- Identificar as alterações do padrão de sono reportadas no DH no decorrer de cinco semanas;
- Verificar eventos importantes no DH que podem contribuir para instabilidade do humor.

4.3. PLANEAMENTO

Para atingir os objetivos estabelecidos, é essencial realizar um planeamento rigoroso das ações e dos recursos a serem aplicados. Dessa forma, o planeamento constitui a terceira etapa da metodologia do projeto, envolvendo um conjunto de ações estrategicamente delineadas. Isso inclui a alocação de recursos e a elaboração de um plano detalhado que descreva os métodos e técnicas a serem utilizados, bem como o respetivo cronograma. Essas ações planeadas estão diretamente relacionadas com os objetivos predefinidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De acordo com os mesmos autores, no que concerne à organização temporal das atividades, é crucial estabelecer uma definição mais detalhada dos resultados a alcançar com o projeto. Além disso, é necessário elaborar uma lista das atividades a serem realizadas, especificando como cada uma delas será executada. É essencial detalhar as necessidades de recursos ao longo do tempo e estabelecer um cronograma para a execução do projeto. No apêndice B encontra-se o calendário de «Gant» com a planificação do que irá ser desenvolvido com o projeto ao longo das semanas de estágio. Encontra-se também espelhado o calendário de «Gant», com as principais competências de EEESMP a desenvolver com as atividades que se pretendem executar para as atingir.

Para a planificação do projeto de intervenção foram delineados três momentos diferentes intervenções.

Numa primeira abordagem é realizada a avaliação inicial de enfermagem, onde se pretendem aplicar instrumentos de avaliação tais como: «Mini Mental State Examination (MMSE)» e a escala

de «Lawton». É nesta fase que é apresentado o DH, e realizados ensinamentos e apresentados objetivos acerca do mesmo.

Na segunda etapa são realizadas, em cinco sessões, intervenções tendo em conta as alterações manifestadas, sendo um diagnóstico comum o comprometimento cognitivo e alterações no humor. Por fim, são realizadas duas sessões de término onde são novamente aplicadas a escala de «Lawton» e o «Mini Mental State Examination». Não menos importante, realiza-se uma reflexão sobre o percurso realizado ao longo do tempo de intervenção.

Este processo é desenvolvido uma vez por semana, em consultas de enfermagem de 45 minutos. Perante o exposto, de seguida, encontra-se uma tabela pormenorizada sobre a planificação do que se pretende fazer para a aplicação do diário como instrumento de automonitorização do humor.

A tabela seguinte apresenta as três fases. Em cada uma delas, é descrito o objetivo geral, específico, as estratégias relacionais, o foco e o planeamento da intervenção de enfermagem.

Tabela 2- PLANEAMENTO DO ESTÁGIO

| FASES | 1ªFASE (INICIAL) | 2ªFASE (INTERMÉDIA) | 3ª FASE (FINAL) |
|------------------------------|--|---|--|
| Objetivo geral | Desenvolvimento das competências específicas do EEESMP; Início de relação terapêutica. | Desenvolvimento das competências específicas do EEESMP; Relação de Ajuda. | Desenvolvimento das competências específicas do EEESMP; Término da relação terapêutica. |
| Objetivos específicos | <ul style="list-style-type: none"> -Criar clima de abertura; -Acolher a PA; -Identificar as problemáticas da PA; - Disponibilizar-me para a ajuda; -Aprofundar conhecimentos da PA; - Acolher o pedido de ajuda da PA; -Promover a expressão de expectativas/ emoções relativas as consultas; -Estabelecer metas; - Avaliar o compromisso; -Aplicar instrumentos de avaliação; -Estabelecer contacto e estabelecer a aliança terapêutica; | <ul style="list-style-type: none"> - Explorar o DH; - Avaliar a adesão ao DH; - Perceber a capacidade de descrição de semana comparativa ao descrito em DH; -Avaliar as ocorrências semanais; -Avaliar o padrão de sono; -Avaliar as emoções; -Avaliar o estilo de vida; -Avaliar adesão ao regime medicamentoso e terapêutico; -Assistir a PA na identificação de possíveis alternativas; -Gerir o regime terapêutico; | <ul style="list-style-type: none"> - Analisar criticamente a intervenção e estratégias implementadas; - Avaliar a importância da utilização do DH; -Aplicar instrumentos de avaliação; -Auxiliar a PA a identificar aspetos positivos e negativos da intervenção; -Pedir à PA uma síntese do percurso feito; -Pedir à PA a avaliação do que foi realizado e a importância; -Analisar as intervenções; |

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o DH; - Explicar a intervenção e a sua importância; - Gerir o regime terapêutico; - Combinar novo encontro; - Reflexão das sessões realizadas semanalmente. | <ul style="list-style-type: none"> - Fazer avaliação intermédia e possíveis estratégias modeladoras da intervenção a decorrer; - Reflexão das sessões realizadas semanalmente. | <ul style="list-style-type: none"> - Consolidar os ganhos das intervenções; - Rever processo de mudança juntamente com a PA; - Orientar a PA entre a situação atual e a futura; - Realizar e orientar «follow-up»; - Encaminhamento da relação terapêutica para outro profissional. |
| <p>Estratégias relacionais</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Abertura ao outro; • Aumentar a tomada de consciência do problema que trouxe a consulta; • Utilizar a história de vida como mediador; • Técnica de resolução de problemas. | <ul style="list-style-type: none"> • Abertura ao outro; • Utilizar o DH como mediador de intervenção; • Escuta ativa; • Intervenção de resolução de problemas; • Estimulação cognitiva. | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a eficácia das estratégias definidas. |

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Foco | -Avaliação inicial; -Diagnóstico de enfermagem. | - Intervenção junto da PA de acordo com as alterações demonstradas; -Concretizar plano de intervenções; -Ajustar plano de acordo com alterações manifestadas. | Avaliação de resultados ou final. |
| Planeamento da intervenção de enfermagem | - Entrevista semi-dirigida e aberta. | - Análise do DH. | - Fechar o processo de intervenção. |

Para o desenvolvimento da 1ª fase é utilizada a entrevista para promover o primeiro contacto, sendo a mesma crucial para o estabelecimento da relação terapêutica.

"A entrevista clínica é uma interação comunicativa entre o profissional de saúde e uma pessoa, grupo, família, pela qual o profissional organiza um processo de observação e de recolha de informação através de questões, com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem." (Sequeira, 2013, p. 90).

O mesmo autor, acrescenta ainda que a "entrevista é uma forma de interação social e diálogo assimétrico em que uma das partes procura recolher dados e a outra ser fonte de informação." (Sequeira, 2013, p. 90).

De acordo com Chalifour (2009), a entrevista é um meio estruturador entre as trocas de informação do profissional e da PA.

"A entrevista nos cuidados de enfermagem é primeiramente uma comunicação verbal ao longo de uma interação de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, à promoção ou restauração da saúde." (Bermosk e Mordan, 1964, cited as Chalifour, 2009, p.58). De acordo com Chalifour (2008), é na entrevista que as formas de interação possibilitam ao enfermeiro demonstrar a sua atenção para a PA, e apresentar-se com interesse em perceber as ideias e emoções comunicadas, suscitando ao próprio respostas intelectuais e emocionais. Além disso, permite ainda comunicar a sua interpretação da mensagem que foi recebida e como a mesma afetou a PA.

Ainda de acordo com o mesmo autor pode assumir-se que a simbiose entre a PA e o enfermeiro é realizada em complementaridade, o que permite certificar, relativizar e valorizar a informação transmitida e captada, aproximando a realidade da PA.

Segundo Chalifour (2009), a entrevista é um meio estruturador entre as trocas de informação do profissional e do cliente. Neste caso, a entrevista na RA assume um tipo particular de interações verbais e não verbais entre o enfermeiro e cliente. Realizam-na tendo como base a compreensão dos seus papéis, do contexto, das características individuais, do conteúdo tratado e dos objetivos esperados, assim como o tempo que foi estipulado para este fim.

“A entrevista nos cuidados de enfermagem é primeiramente uma comunicação verbal ao longo de uma interação de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, à promoção ou restauração da saúde.” (Bermosk & Mordan, 1964, cited as Chalifour, 2009, p.58).

De acordo com Chalifour (2008), a entrevista pode ser distinguida entre entrevista inicial, entrevista única, entrevista formal estruturada e não estruturada e a entrevista frequente e de curta duração.

Supracitando o mesmo autor, a entrevista é um instrumento terapêutico eficaz desde que o enfermeiro saiba utilizá-la ao serviço da relação e adaptá-la às diferentes variáveis em presença.

Segundo Sequeira (2020), a entrevista é composta por determinados componentes, entre eles o contacto com pessoa, as técnicas de comunicação verbais e não verbais, e as estratégias para a obtenção de informação, apresentando sempre como objetivos na entrevista, identificar os problemas ou necessidades e clarificar ou excluir os mesmos.

Em forma de conclusão da primeira etapa, pode afirmar-se que o acolhimento é uma estratégia relacional importante, uma vez que permite o conhecimento e a consciência do eu. De acordo com Chalifour (2008), o enfermeiro deve prestar uma atenção especial durante todo o processo terapêutico. O acolhimento é fundamental para demonstrar interesse pela PA, incentivando-a a autoanalisar-se e a aceitar-se como é, bem como a encarar os desafios associados às mudanças necessárias na sua vida. Este método direciona-se para a experiência vivida pela PA e promover a sua expressão, alinhada aos propósitos da entrevista.

Na segunda fase, é realizada a análise do DH no decorrer de cinco sessões. Nas consultas de enfermagem, é planeado que, numa fase inicial, a PA apresente os pontos chave da semana e os eventos mais marcantes, assim como a emoção que mais se salientou.

Posteriormente, é realizada a leitura do diário e realizada a confrontação entre o que foi dito com o que se encontra escrito. Nesta fase, é realizada a avaliação da capacidade de memória recente e percebida de forma abstrata. Por outro lado, nesta fase há abertura ao outro e aplica-se o processo de técnica de resolução de problemas. Além disso, recorre-se à relação de ajuda como técnica de intervenção psicoterapêutica.

Perante o que é relatado, é aplicado em prática a melhor abordagem a apresentar para com a PA.

De acordo com Chalifour (2009), o método de resolução de problemas no contexto da intervenção psicoterapêutica é uma técnica aplicada para lidar com sintomas disruptivos e dificuldades significativas de adaptação. É particularmente adequado para pessoas que não conseguem gerir situações sozinhas, mas que conseguem fazê-lo de forma eficaz ou com menos dificuldade quando recebem orientações específicas do terapeuta. O objetivo principal deste tratamento é ensinar as PA novas competências para resolver problemas. Adicionalmente, este processo pode beneficiar aqueles que, apesar de terem habilidades, encontram-se incapazes de as aplicar devido a perturbações emocionais, sendo que a execução de tarefas em etapas pode ajudar a reduzir a sensibilidade a esses problemas. A abordagem de resolução de problemas é também versátil, podendo ser integrada em vários programas terapêuticos onde o cliente enfrenta desafios que parecem insuperáveis tanto para ele quanto para o terapeuta.

Os objetivos desta estratégia incluem auxiliar a PA a definir os seus problemas e dificuldades, reconhecer os recursos disponíveis para superar essas dificuldades, ensinar uma abordagem sistemática para solucionar problemas, promovendo assim a independência da PA na gestão das suas questões diárias. Visa também aumentar a sensação de controle da PA sobre os seus problemas e fortalecer a sua autoestima, além de auxiliá-lo a encontrar soluções adequadas às suas necessidades.

No meio das sessões é realizado um processo de avaliação intermédia de intervenção para possíveis pontos a serem melhorados ou até alterados, de acordo com o interesse da PA e perceber se está a ser benéfico para a mesma.

No final, é realizada uma sessão de término das intervenções, onde o objetivo é explicar o que foi realizado ao longo do processo de intervenção. Esta fase é concebida em duas consultas de modo que não sejam extensas e com demasiado volume de informação. Numa fase inicial, são percebidos os fatores positivos e menos positivos da intervenção e os pontos que poderiam ter sido melhorados. Na última consulta, é realizado um resumo do percurso feito e encaminhado o caso para colegas ou dar termo às consultas.

Assim, o processo de intervenção encerra-se e pretende-se verificar se o DH foi um instrumento valioso para a intervenção, tendo em conta pessoas que vivem com PB.

No entanto, é importante salientar que este planeamento é realizado em nove semanas, correspondendo ao mesmo número de consultas.

4.4. EXECUÇÃO

De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a execução constitui a quarta etapa do projeto, na qual se concretiza o planeamento anterior, colocando em prática as ações delineadas. É uma fase essencial, pois permite aos participantes do projeto satisfazerem as suas vontades e necessidades, desenvolvendo competências diante das adversidades encontradas durante a realização. Durante esta fase, é crucial procurar dados, informações e documentos relevantes para resolver o problema selecionado, seguindo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidas. Isso implica a mobilização de recursos, situando-se na realidade representada.

“A elaboração e a execução de um projeto encontram-se necessariamente ligadas a uma investigação- ação que deve ser simultaneamente um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se, portanto, uma produção intelectual.” (Nogueira, 2005 cited as Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 24).

Para a realização da execução do projeto, este foi subdividido em três etapas como mencionado na fase do planeamento.

Numa primeira fase, recorreu-se à entrevista para possível avaliação inicial, onde o propósito era a recolha de informação máxima para estabelecer diagnósticos de enfermagem.

Sequeira & Sampaio (2020) classificam esta fase como uma fase inicial onde ocorre o primeiro contacto e onde determinam o clima da interação através da postura e aspeto físico que acontece com o conhecimento do outro. As principais fases desde etapa são criar um clima terapêutico que

permita a confiança e a compreensão, clarificar os motivos da entrevista e estabelecer acordo com a PA acerca dos motivos a abordar e dos objetivos a alcançar.

Salienta-se que os autores reforçam a informação, que é importante a clarificação dos objetivos do profissional de saúde e as expectativas da PA, sendo que devem ser sempre esclarecidas. A entrevista deve iniciar-se sempre com questões abertas, de forma a permitir um diálogo livre de expressão das vivências psíquicas da pessoa, face à doença e tonalidade emocional, pois permite o desenvolvimento de relação de confiança e aliança terapêutica essencial em qualquer entrevista.

A realização desta entrevista possibilitou o conhecimento do outro e também permitiu que se verificasse o cumprimento dos critérios de inclusão para o projeto.

Foram selecionados três participantes dos quais foi recolhida a informação clínica através da entrevista e estabelecido diagnósticos de enfermagem. Não menos importante, foram expostos os objetivos de concretização do diário do humor e também explicado o procedimento e em que consistia o mesmo.

Para facilitar a compilação da informação, foi criada a tabela de com os diagnósticos de enfermagem:

Tabela 3- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR PARTICIPANTE

| | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|--|---|---------------------------|-----------------------|
| | Sono alterado por episódios de sonambulismo | Sono comprometido | Sono comprometido |
| | Episódios de enurese noturno | Risco de infeção urinária | |

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| Diagnóstico de enfermagem | Risco de comprometimento de memória recente | Risco de comprometimento de memória recente | Risco de comprometimento de memória recente |
| | Autogestão do regime terapêutico comprometido | Autogestão do regime terapêutico comprometido | Autogestão do regime terapêutico comprometido |
| | Comportamento interativo comprometido | Comportamento interativo comprometido | Comportamento interativo comprometido |
| | Comportamento obsessivo | Sedentarismo | Comportamento obsessivo |
| | Prevenção de crise | Prevenção de crise | Prevenção de crise |
| | Dor | Relações familiares comprometidas | Vício do jogo |

No decorrer da avaliação inicial foi pertinente aplicar a avaliação do estado mental através do MMSE e aplicar uma escala de funcionalidade para perceber como os participantes se encontravam. Na tabela abaixo encontra-se explanado os resultados destes instrumentos de acordo com os participantes:

Tabela 4- TABELA DE SCORES DE MMSE E ESCALA DE LAWTON

| | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| MMSE | «Score» 27 | «Score» 26 | «Score» 28 |
| Escala de «Lawton». | «Score» 10 | «Score» 20 | «Score» 9 |

Com esta tabela, pode observar-se que o participante 1 no MMSE apresentou um «score» de 27 apresentando na evocação apenas 1 ponto e na habilidade cognitiva 0 e as restantes questões o participante conseguiu responder. Relativamente à escala de «Lawton», o participante adquiriu um «score» de 10, manifestando-se como moderadamente dependente, necessitando de ajuda a nível do cuidar da casa, onde se expressa que não consegue realizar o trabalho pesado e na medicação necessita de supervisão na preparação da terapêutica o que foi classificado como necessita que lhe prepararem a medicação.

O participante 2 na aplicação do MMSE apresentou dificuldades na atenção de cálculo, obtendo um apenas 2 respostas corretas e na habilidade construtiva. No que se refere à escala de «Lawton», apresentou um «score» de 20 que se classifica como moderadamente dependente, sendo que o mesmo se apresenta no limite para severamente dependente. Mantém autonomia a lavar a roupa e no uso de dinheiro. O participante 2 considera-se incapaz de cuidar da casa, de preparar refeições, apenas realiza pequenas compras, liga para lugares familiares e no uso de transporte necessita de acompanhamento. Por fim, relativamente à medicação, necessita que lhe preparem a terapêutica.

O participante 3, no MMSE, obteve «score de 28», apresentando dificuldade na evocação com um «score» de 2 em 3 e na habilidade construtiva o «score» de 0. Na escala de «Lawton», apresentou um «score» de 9, correspondendo, assim, como os outros participantes, a moderadamente dependente, manifestando necessidade de ajuda na preparação da terapêutica.

Deste modo, tendo em conta o exposto, foi realizada a introdução ao DH, onde inicialmente foi explicado em que consistia e o caderno encontrava-se em aberto com os tópicos que se pretendiam avaliar na sua capa e havia liberdade de organização e expressão através da escrita.

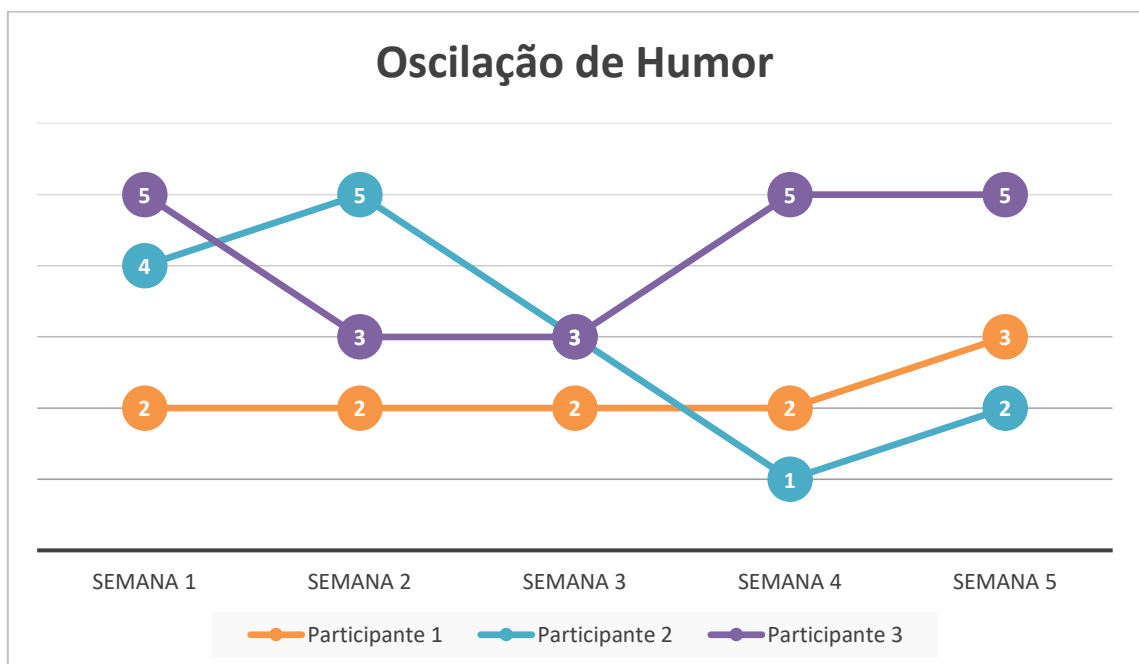
O DH tinha como objetivo a automonitorização do humor, sentimentos experienciados, horas de sono, adesão a terapêutica e eventos importantes ao longo da semana, sendo este aplicado no decorrer de 5cinco semanas. Na primeira consulta foi percebido que haveria dificuldade acrescida interpretação do DH devido, por um lado, à desorganização de informação e, por outro lado, por se encontrar muito abstrato. Como tal, de modo a facilitar o processo, quer para a PA, quer para quem interpreta, foi criada uma forma de autopreenchimento mais sintetizado.

O caderno foi datado, com uma linha classificada de 0-5 (0 corresponde a muito triste (humor deprimido) e 5 muito alegre (humor eufórico), sendo o 3 considerado normal (humor eutímico)). Também colocava sentimentos ou frase para seleção do próprio; as horas de sono e as interrupções de sono; número de refeições realizadas; se fez atividade física e, por fim, se tinha cumprido com esquema terapêutico.

O DH foi proposto e aceite pela população selecionada, que apresentava alterações semelhantes, apesar da consulta sempre ter sido realizada de forma individualizada e personalizada, de acordo com as preocupações maiores de cada um.

De seguida, vai ser exposta a tabela com a automonitorização do humor no decorrer de cinco semanas.

Tabela 5-MONITORIZAÇÃO DO HUMOR



Relativamente ao exposto acima no gráfico do humor, pode constatar-se que, através do DH, foi conseguido a monitorização das oscilações do humor semanalmente, o que trouxe diversas

situações a serem constatadas para o seguimento dos participantes. O participante 1 manteve sempre o humor tendencialmente deprimido, que se justificaria pela época do ano, tendo em conta a história familiar, porém foi possível evitar uma situação de crise pelo contexto e também por uma linha constante do humor. Assim que houve uma intervenção da equipa multidisciplinar, foi possível melhorar o humor do participante, sendo o mesmo classificado como humor eutímico na última semana de avaliação.

Relativamente ao participante 2, pode verificar-se que o humor era bastante instável de semana para semana, o que requer uma maior atenção no impacto que o mesmo tem na sua funcionalidade. Não obstante, o mesmo apresentou dois picos que carecem de intervenção de equipa multidisciplinar. De notar que quando se encontra com o humor mais deprimido, a adesão da mesma à atividade era diminuta, inclusive no preenchimento do DH.

O participante 3 demonstrou um humor tendencialmente eufórico, com exceção da segunda e da terceira semana que se apresentou eutímico. Era notório que na consulta o que tentava expressar no DH não era real à situação real do seu quotidiano, mesmo relativamente ao humor. Além disso, apresentava o humor tendencialmente eufórico, contudo também não interferia com a sua funcionalidade. No entanto, as frases que esboçava eram características de estar sempre tudo bem e que nada o afetava, mas na consulta acabava por relatar situações que o deixavam menos agradado e que o afetavam diretamente. A sua maior fuga era o jogo e realizava apostas maiores quando apresentava situações de menor agrado. Devido a este motivo, também em consultas foi realizado trabalho nesse sentido, de controlar mais as suas apostas.

O sono é importante ser mantido regular e reparador. Como tal, também foi alvo de avaliação no DH. O participante demonstrou ter um sono contínuo, porém, tendo em conta o diagnóstico de sonambulismo, apresentava noites em que o sono não era reparador. Ao longo da intervenção, foi possível verificar que poderiam ser despoletados por determinados gatilhos, mas nunca conclusivo e encontrava-se em estudo na parte médica, que também não adquiriram, neste tempo, conclusões. Igualmente importante, é mencionar que apresentava enurese noturna e que era característico em noites que dormia melhor e haveria um relaxamento maior. Foram realizadas intervenções de forma a otimizar e melhorar a situação, com o objetivo do participante se encontrar menos constrangido com a situação em causa. Perante o exposto, o sono do participante 1 não era o melhor e em cinco semanas apresentou um episódio, em média.

O participante 2, na fase que se encontrava com o humor deprimido, apresentava o ciclo de sono desorganizado, apresentando vários períodos diurnos a dormir e com insónia noturna. Entre a terceira e quarta semana, a PA teve necessidade de intervenção com equipa multidisciplinar. Foi otimizada terapêutica e realizados ensinamentos sobre a importância do sono e de não dormir no decorrer do dia. Na última semana, o sono encontrava-se normalizado.

O participante 3 manteve sempre o sono regular, todavia acordava todos os dias com o objetivo de ir ao wc e avaliar a tensão arterial. Foram realizados ensinamentos que não havia necessidade de avaliação da tensão arterial a meio da noite e solicitados os equipamentos para verificar se estavam em bom estado, pois o mesmo encontrava-se a avaliar até obter os valores que encontrava corretos. Apesar de todas as medidas e ensinamentos feitos sobre o assunto, o participante manteve o comportamento.

No que se refere ao número de refeições, o objetivo principal era perceber se se alimentavam às vezes suficientes, tendo sido expresso pelos participantes uma média de 5 a 6 refeições diárias. Nesta fase, houve sempre abertura a possíveis ensinamentos acerca de alimentação saudável. O participante 2 era o que manifestava piores hábitos alimentares, porém o seu índice de massa corporal encontrava-se no normal e em todas as consultas era feito os ensinamentos acerca do tema em questão.

No que concerne à atividade física, o participante 1, apresentava atividade física em casa, mas devido a dores físicas não cumpria os seus objetivos. Em consultas foi comunicado a importância do exercício como forma de prevenção da dor e surge a ideia de frequentar um ginásio em que o participante, face à mudança, apresentara algumas dificuldades. Com o seu devido tempo, na quarta semana, o participante encontrava-se já no ginásio, em média, duas vezes por semana e pode concluir-se que as dores diminuíram e o participante encontrava-se satisfeito com a nova adesão. Tal possibilitou também haver uma rede de apoio maior e, por outro lado, o exercício ajuda no humor. Sendo este participante tendencialmente deprimido, foi vantajoso.

O participante 2 apresentava sedentarismo e foi difícil incutir e instruir sobre a prática de atividade física, porém, com o decorrer das semanas, o participante deslocava-se sempre a pé para ir à consulta, promovendo uma caminhada. Posteriormente, foi conseguido que iniciasse tarefas em casa, com vista a otimizar o exercício e sempre que fosse necessário iria colocar o lixo na rua,

entre outras atividades que foram conseguidas introduzir no seu quotidiano, tendo em conta que a PA não realizava quase nada em casa e fazia poucas atividades.

O participante 3 encontrava-se com hábitos estabelecidos de cerca de uma hora e meia de exercício na rua todos os dias, motivo pelo qual apenas foi incentivado à sua manutenção de hábitos e desconstrução de comportamentos ritualizados no exercício físico.

Relativamente à adesão ao regime medicamentoso, todos os participantes cumpriam de forma autónoma a toma em casa. No entanto, é de salientar que o participante 1 conseguia gerir bem a terapêutica e realizar a sua toma. Apenas por questões de segurança, devido ao sonambulismo, foi necessário haver supervisão na preparação da terapêutica.

O participante 2 necessitava de preparação da terapêutica e realizava treino da sua preparação. Em casa realizava a toma de forma autónoma e responsável.

O participante 3 também realizava treino de preparação de terapêutica, que conseguia, no final, realizar sem necessidade de ajuda e a toma também era feita de forma autónoma.

Com o DH como mediador, houve a oportunidade de perceber melhor o dia-a-dia de cada participante e trabalhar o que realmente os afetava, tendo em conta o que foi avaliado.

Apesar do foco maior ser a interpretação do DH para o projeto em questão, todos os participantes usufruíam de consultas personalizadas e devidamente planeadas, de acordo com as alterações. Tendo em conta os diagnósticos levantados, é possível afirmar que a técnica de resolução de problemas foi utilizada em maior parte das consultas com todos os participantes, assim como a relação de ajuda. No entanto, devido à adesão do participante 2, foi necessário recorrer à entrevista motivacional, para que o participante apresentasse maior adesão. Salienta-se ainda a importância de, após o acolhimento de cada consulta eram, realizarem-se questões abertas sobre a semana, com o objetivo de perceber o que os participantes se lembravam. Posteriormente, era lido o diário e realizada a comparação de informação fornecida anteriormente. Eram sempre feitas consultas planeadas dando início pelo DH e depois era feito de acordo com os fatores stressores que apresentavam, tendo sempre em consideração os diagnósticos previamente estabelecidos e mencionados acima.

O participante 1, ao longo do decorrer do processo das cinco consultas, manteve o sono com alterações com ligeira melhoria no que se refere ao sonambulismo em si, pois, de acordo com relato, haveria situações que colocaria em risco a sua integridade física, desde consumo de medicação em excesso à realização de atividades na cozinha com o fogão, entre outros. No final, apenas apresentara situações como lavar os dentes e arranjar-se para sair. Relativamente há enurese noturna com o uso de cueca fralda resolveram-se muitos dos problemas que a PA manifestava, no entanto houve intervenções diversificadas como os ensinamentos acerca de ingestão hídrica e medidas de conforto perante a situação. Para melhorar a memória de evocação e recente foi feito sempre o resumo da semana para tentar enquadrar em espaço temporal os acontecimentos e dadas estratégias para treino de memória como pequenos jogos que poderiam utilizar via telemóvel, entre outros que poderia fazer em papel, em que a PA sempre aderiu com agrado. A autogestão do regime terapêutico foi um diagnóstico levantando tendo em conta que a PA ingeria os mesmos durante a noite, e, por outro lado, a mesma não conseguia perceber se tinha tomado a terapêutica toda. Assim, com as intervenções executadas, foi possível que a PA tomasse de forma correta e autónoma a terapêutica sem que houvesse falhas. Por outro lado, e igualmente importante, a PA conseguiu de forma autónoma preparar a caixa para uma semana.

No que concerne ao diagnóstico de comportamento interativo reduzido, a PA apresentava poucas relações, motivo pelo qual foi levantado o diagnóstico, e conseguiu-se que estabelecesse relação com um ginásio. O ginásio surge como forma de promover a atividade física de forma a diminuir dor que apresentava. Foi possível, através do diário, prevenir uma situação de agravamento do estado deprimido por diversas frases que a mesma escreve e também por se encontrar com o humor sempre deprimido. Não menos importante, foi verificar que, em termos corporais, cada vez se encontrava mais fechada com fâcias mais tristes. Foi realizada intervenção da equipa multidisciplinar em que teve alteração terapêutica. Salientar ainda que houve necessidade de recorrer a um processo de resolução de problema para conseguir melhorar o humor. O humor deprimido encontrava-se diretamente relacionado com acontecimentos familiares característicos da altura do ano, mas também se encontrava a construir uma tarefa em que se defrontava com alguns problemas.

O comportamento obsessivo a PA manteve-se, contudo não era um comportamento que interferisse com a sua funcionalidade ou que fosse uma constante, manifestava-se em tempos de

espera. A PA realizava contagem de tudo o possível que se encontrava no meio envolvente. Foram procuradas, junto da pessoa, estratégias para contornar essa obsessão, porém sem sucesso.

Relativamente ao participante 2, apresentava ciclo de sono comprometido, pois a PA verbalizou que, por vezes, tinha dificuldade em dormir de noite, mas que depois, de manhã, tinha dificuldade em acordar cedo.

Perante o exposto e como já foi referido acima perante a oscilações de humor que a mesma apresentara, o sono também se encontrava influenciado, sendo que iniciou períodos de dormir durante o dia, o que prejudicava o sono da noite. Após intervenção precoce, com a colaboração da sua médica assistente, foi realizado ajuste terapêutico. Igualmente importante foi explicar e ensinar sobre a importância do sono e as estratégias que poderia adotar para ter um sono contínuo e reparador. Relativamente ao comprometimento da memória de evocação e recente foi possível intervir através das mesmas estratégias acima mencionadas no participante 1, embora a adesão e colaboração tenha sido deficitária, pelo que os ganhos poderão não ser tão evidentes. Com o decorrer do tempo, foi notória a evolução.

É de salientar que quando o humor se encontrava deprimido, a PA não expressava vontades nem interesse por nada e foi difícil conseguir adesão às coisas facultadas. No que se refere à autogestão do regime terapêutico, numa fase inicial, tinha o apoio do cuidador que se encontra envelhecido. Assim, também era objetivo tentar otimizar a sua autonomia o mais possível. Como referido, era o cuidador que administrava a terapêutica que a PA apresentara adesão, porém nas últimas semanas é de salientar que a mesma geria eficazmente a toma de terapêutica, no que toca à preparação, mantinha a dificuldade em realizar a caixa, no entanto sempre foi feito reforço positivo e incentivo à preparação com supervisão.

Em termos de sedentarismo, a PA apenas ia à consulta acompanhada pelo cuidador informal. Como tal, foi realizado todo o trabalho para promover autonomia e independência do mesmo. Iniciou por ir à consulta a pé, tendo em conta a distância do seu domicílio, o que ocorreu sem problemas. Posteriormente, começou a ficar responsável por fazer pequenas compras que anteriormente faria e iniciou tarefas em casa sob supervisão.

No final das cinco semanas pôde observar-se que a PA apresentava mais autonomia e funcionalidade na sua vida e, conseqüentemente, fazia mais atividades sem encontrar-se tanto

tempo confinada ao seu quarto. As relações familiares melhoraram significativamente, apresentando mais contactos com filhos e netos.

No participante 3, o humor encontrou-se tendencialmente eufórico, o sono estava alterado por comportamentos obsessivos que se tentaram desconstruir, mas sem sucesso. Relativamente à autogestão do regime terapêutico, conseguia realizar de forma autónoma e eficaz. No que se refere à preparação, precisava de supervisão, mas o processo ocorreu sempre sem muitas alterações e com eficácia. Foi um processo complicado trabalhar com este participante, uma vez que enviesava todos os dados, verbalizando sempre que estava tudo bem e que não haveria muitos problemas. Foi necessário estabelecer muitos diálogos para perceber algumas das suas alterações, no entanto o mesmo mantinha rigidez face à mudança, por muito que se tentasse fazer. Relativamente ao vício do jogo, a PA mantinha o comportamento, apesar de todos os ensinamentos e estratégias que iam ao encontro do que o próprio pretendia, sabotando as mesmas. Relativamente ao comportamento interativo, a PA apresentava, porém, relações fracas e que rapidamente deixavam de pertencer ao seu ciclo de amigos, pois bastava uma ideia diferente do que acreditava a PA e era interrompida a relação. Em termos familiares, as relações, por vezes, apresentavam conflitos pelo mesmo motivo.

O desafio maior deste projeto foi trabalhar com o participante 3, porém conseguiu-se obter resultados e, de forma mais subtil, adquirir ganhos.

No meio deste processo, foi realizada uma consulta de avaliação intermédia, para perceber o que poderia ser melhorado ou se realmente não estava a ser útil a aplicação do DH e também o que poderia, em termos gerais, melhorar ou ser ajustados, gerindo expectativas e realizando o reforço dos objetivos que se pretendiam atingir.

Todos os participantes demonstraram que o DH estava a ser uma ferramenta importante, porém verbalizaram que se encontravam com dificuldade no preenchimento do diário por terem de escrever todos os dias e que se tornava, por vezes, repetitivo.

Foram feitos ensinamentos sobre o preenchimento, de forma a facilitar o processo e para manter a adesão ao uso do DH.

No final, na sessão de encerramento, foi feita a avaliação do projeto de intervenção e aplicados os instrumentos como na primeira sessão, MMSE e escala de «Lawton».

Esta consulta iniciou-se pela aplicação dos instrumentos utilizados na primeira consulta. Abaixo na tabela encontram-se explanados os resultados.

Tabela 6- REAVALIAÇÃO DE MMSE E ESCALA DE LAWTON

| | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <i>MMSE</i> | «Score» 29 | «Score» 30 | «Score» 28 |
| <i>Escala de «Lawton».</i> | «Score» 10 | «Score» 14 | «Score» 9 |

Comparativamente com a primeira tabela, pode afirmar-se que os resultados foram positivos, uma vez que houve evolução em dois participantes e o participante 3 manteve resultados.

O participante 1 manteve o «score» na escala de «Lawton» e aumentou o «score» no MMSE. O MMSE melhorou significativamente no espaço de sete semanas, conseguiu obtenção de mais pontos na evocação e na habilidade construtiva.

O participante 2 evoluiu de forma significativa. Baixou o «score» na escala de «Lawton» e aumentou no MMSE. No MMSE acertou tudo e na escala de «Lawton» em casa já conseguia realizar tarefas leves, preparar pratos pré-cozinhados e utilizar transportes.

Relativamente a esta consulta, realizou-se ainda o encerro do caminho realizado, onde se apurou a viabilidade do que se tinha feito, o que se poderia melhorar, o que poderia ser mudado e o encaminhamento para outros profissionais.

O participante 1 avaliou como bom o DH, tendo apresentado ser uma mais-valia para relembrar eventos importantes e fez com que refletisse acerca do que estava a sentir e como se sentia. Como pontos menos positivos, apontou o facto de ter um guião que o condicionava, porém que isso fez ter um pensamento mais organizado. Apresentou-se muito grata pelo trabalho que foi realizado em simbiose e realçou o facto de ter conseguido ao longo deste percurso ter uma boa comunicação e de forma aberta e sincera de ambas as partes.

O participante 2 afirma ter sido bom, apesar de não ser inicialmente um instrumento com muito interesse, e que quando se encontrava mais em baixo lhe era difícil escrever, mas também foi uma mais-valia para apurar a sua caligrafia e que conseguiu diminuir a letra tremida devido à escrita do mesmo. Este participante afirma que o DH era como um amigo, mas só para os bons momentos. Apresentou como pontos menos positivos o facto de ter de escrever e que foi muito extenso o tempo de monitorização.

O participante 3 avaliou como muito bom, no entanto não exprimiu mais que isso. Para o participante tudo estava bem e era bom, mas não conseguia realizar uma crítica. Apenas que dava muito trabalho.

Em suma, o DH aplicado em contexto real foi concretizável dentro das limitações. O maior desafio foi na adesão do participante 3, pois em fases com o humor deprimido deixava de ter uma boa adesão, mas também foi evidente que o participante 2 enviou os dados. Através da leitura em confronto com o seu diálogo, era notório que o que se encontrava escrito não correspondia ao real, nomeadamente no que se refere a eventos. Este participante mantinha sempre as frases ao longo da semana. Em contrapartida, o participante 1 foi o que manifestou melhor adesão e compreendeu todos os objetivos que lhe foram propostos e, por sua vez, expressou, em termos de DH, frases com pensamentos de autoria própria e também sinceridade de acordo com o que era explorado em consulta.

O DH apesar de poder ser um instrumento viável para a monitorização do humor, nem sempre resulta com todos os participantes e o tempo de utilização tem de ser pensado, uma vez que foi um dos pontos negativos a apontar na avaliação final.

Reforço que as consultas se mantiveram semanais no decorrer dos projetos, porém, tendo em conta a evolução dos participantes, com dois deles foi conseguido espaçar mais o tempo de

consulta. Assim, os participantes 1 e 3, após avaliação com a colega, iriam iniciar consulta quinzenal. A participante 2 mantém consultas semanais.

4.5. AVALIAÇÃO

“A avaliação permite uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados.” (Carvalho et al., 2001 cited as Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De acordo com os mesmos autores, a avaliação deve fornecer dados necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia.

A avaliação representa um processo ativo e envolve o confronto entre os objetivos inicialmente estabelecidos e os efetivamente alcançados (Nogueira, 2005 cited as Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A avaliação intermédia constitui um momento para parar e refletir sobre o progresso feito até ao momento (Castro et al., 1993 cited as Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Por sua vez, a avaliação final pode tomar várias formas, mas essencialmente envolve a confirmação de que os objetivos propostos foram cumpridos. Para realizar tal avaliação, é crucial dispor de um método que permita verificar o cumprimento desses objetivos, podendo isso incluir a elaboração de uma lista de metas gerais e a verificação do cumprimento de cada uma delas. Se algum objetivo não for alcançado, torna-se necessário entender os motivos que impediram a sua realização e as suas implicações. (Nogueira, 2005 cited as Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Referente aos mesmos autores, no que diz respeito à avaliação do projeto como um todo, deve ponderar-se sobre possíveis ajustes que poderiam ser implementados após a sua conclusão. É igualmente importante avaliar se as soluções encontradas efetivamente abordaram a questão inicial e identificar os aspetos positivos e negativos do projeto.

Perante o exposto, o DH demonstrou ser uma ferramenta útil nas consultas como mediador. Conseguiu-se facilmente ver as oscilações de humor e as que realmente interferiam com a funcionalidade de cada pessoa.

Os objetivos gerais previamente definidos foram atingidos, sendo que no capítulo seguinte vai ser explorado de forma mais discriminada o desenvolvimento de competências de EEESMP, quer com o desenvolvimento do projeto, quer com a realização de outras atividades.

Relativamente ao objetivo de aferição da importância do DH como um instrumento de avaliação e monitorização do humor nas pessoas que vivem com PB, no decorrer das nove semanas foi atingido, uma vez que foi conseguido aplicar o DH. Para melhor expor a meta, recorri a objetivos específicos que se apresentam facilitadores de exposição deste objetivo atingido.

De acordo com o que se encontra supramencionado, na execução, é possível verificar através da escala de «Lawton» que a funcionalidade foi mantida no decorrer do tempo e, num caso particular, esta aumentou.

O DH permitiu monitorizar semanalmente as oscilações de humor, mas também servir como recurso à memória. Através do MMSE pode apurar-se que os resultados foram melhores na última avaliação em relação à avaliação inicial.

As alterações do sono encontravam-se explanadas no DH, pelo que foi perceptível ver o padrão de sono dos participantes e, por fim, os acontecimentos importantes eram escritos pelos participantes e que, na maioria das vezes, corroborava com as oscilações de humor.

Em síntese, os objetivos foram conseguidos e foi um enorme desafio aplicar o DH. Não foi fácil manter a motivação dos participantes e a sua adesão. Uma das coisas que se deve repensar numa próxima aplicação é a técnica de utilização ser de forma mais simples através de aplicações em «smartphones», pois poderia ser mais facilitadora e de preenchimento mais rápido. Em contrapartida, perde-se o trabalho de motricidade fina e treino de escrita que, em certas idades, torna-se importante. Deve haver consideração que, em adultos mais novos, será um processo mais fácil.

Do meu ponto de vista, a parte mais negativa deste projeto coincide com a percepção exposta pelos participantes: o tempo. Deveria ser um processo mais extenso para garantir mais dados e assim conseguir perceber se existe um padrão. Por outro lado, as pessoas que participaram no projeto afirmam que foi demasiado tempo. O tempo será o ponto-chave a ser bem repensado e avaliado consoante as pessoas incluídas num próximo projeto com o DH.

4.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A divulgação dos resultados é a última fase da metodologia do projeto.

De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a divulgação dos resultados obtidos em projetos consiste na aplicação de métodos e ferramentas técnicas para partilhar informação científica e tecnológica com o público em geral.

“A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto e deve ser devidamente planeada, com a finalidade de informar o público, favorecer o retorno de informação que permita a adaptação do material (folhetos, posters, vídeos, apresentações, artigos, entre outros), da abordagem efetuada ou do método utilizado, bem como a transferência e a adaptação das metodologias e materiais a outros sectores, contextos e línguas.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.31).

Tendo em conta a questão inicial: Poderá um DH ser um instrumento de monitorização de oscilações de humor na pessoa que vive com PB com compromisso cognitivo, na intervenção psicoterapêutica do EEESMP? Penso que, ao longo da metodologia do projeto, conseguiu-se demonstrar que o DH pode ser um instrumento de oscilações de humor na pessoa que vive com PB que apresente algumas alterações cognitivas, pois este torna-se facilitador de informação fidedigna, tendo em conta as alterações. Noutra perspetiva, o mesmo trouxe a vantagem de mediar todas as consultas de enfermagem, expressando alguns problemas que afetavam diretamente a PA facilitando o processo de ajuda.

Colocando o DH em contexto real, pode concluir-se que foi positivo, uma vez que permitiu a monitorização do humor na primeira pessoa e igualmente contribuiu para que os dados recolhidos, no decorrer da consulta, fossem com uma perspetiva diária e assim conhecer as emoções e sentimentos que as PA apresentam.

De acordo com a «Scoping Review» realizada previamente que se encontra em Apêndice X, como mencionado anteriormente, pode aferir-se que o DH já se encontra estudado em várias partes do mundo, sendo classificado como a automonitorização do humor e foram desenvolvidas aplicações para «smartphone». Existem ainda temas a serem explorados, como a proteção de dados e qual o melhor método a ser utilizado. Noutra perspetiva, pode confirmar-se que o acompanhamento clínico desta automonitorização teve resultados vantajosos.

Este artigo não se encontra divulgado, todavia, posteriormente, pode ser alvo de tal. Além disso, considerando que este Relatório de Mestrado, desenvolvido com base na Metodologia de Projeto, será apresentado publicamente perante um júri, também serve como meio de partilha de resultados. Destaca-se a importância de divulgar esses resultados, uma vez que a partilha do conhecimento leva a um aumento do mesmo, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de enfermagem. É crucial que a enfermagem continue a investir não apenas na produção de conhecimento, mas também na sua divulgação. Há uma clara necessidade de mais publicações na área da enfermagem sobre a aplicação de diários de humor e, principalmente, sobre estratégias de aplicação, o público dentro das perturbações de humor e quais as características que devem possuir. Não obstante, é um tema particularmente interessante e inovador, que pode conduzir a uma melhoria na prática de cuidados de enfermagem em diversos contextos.

5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

“A enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da interseção de várias áreas do saber, como ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão.” (Ordem dos enfermeiros, 2015, p. 11).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a enfermagem de saúde mental é uma área especializada da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce uma prática que evidencia maior complexidade e leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia.

A enfermagem de saúde mental tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, família e comunidade. O EE compreende o processo de sofrimento, alteração e perturbação mental da PA, assim como as implicações para o projeto de vida, potencial recuperação e a forma como a saúde mental é condicionada pelo contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), os enfermeiros apresentam diferentes níveis de qualificação, em que distingue no REPE (regulamento do exercício profissional em enfermagem) o enfermeiro de cuidados gerais e o EE. O EE, de acordo com REPE “...reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. (REPE, 2015, p.99).

O EEESMP de acordo com o regulamento de competências apresenta nove competências comuns do EE e quatro competências específicas em enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

O perfil de competências do EE garante conhecimentos, capacidades e habilidades para mobilizar, tendo em conta o público-alvo, neste caso, na área de saúde mental e psiquiátrica, direcionada para os contextos de vida diferentes e nos variados níveis de prevenção.

De acordo com o regulamento de competências (2019),

"Competências específicas: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de

especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas." (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Com a atribuição de título de EE, o enfermeiro fica com as seguintes competências comuns:

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

B - Domínio da melhoria contínua da qualidade;

C - Domínio da gestão dos cuidados;

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências comuns são muito importantes e promovem, tanto para nós enfermeiros, como para as pessoas assistidas e seus familiares, como ainda para a equipa multidisciplinar, uma série de responsabilidades que vão ao encontro da melhoria contínua dos locais e também de cuidados.

Relativamente às competências específicas na especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, o enfermeiro detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, resultado de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional:

- Assiste a pessoas ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 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;
- 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. (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O ME de acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 publicado em Diário da República n.º 60/2006, 1ª Série, Nº 46/86 de 24.03.2006, prevê que este grau seja conferido aos que apresentem um

conjunto de conhecimentos, saberes, capacidades e competências enunciadas pelo mesmo, que se irão analisar num dos subcapítulos.

Este capítulo, conforme mencionado anteriormente, apresenta o propósito de analisar o desenvolvimento de várias competências: as competências comuns do EE, as competências específicas do EEESMP, bem como as competências do Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em EEESMP por meio da reflexão sobre os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos e sua aplicação no Estágio Final. O primeiro subcapítulo abordará a análise das competências comuns do EE, seguido pela análise das competências específicas do EEESMP no segundo ponto, e por fim, o último subcapítulo analisará as competências do Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em EEESMP.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSI-QUIÁTRICA

De acordo com regulamento 140/2019, a obtenção do título de EE exige, além da validação de competências específicas de cada especialidade, a partilha de competências comuns essenciais em qualquer contexto de saúde. Isto inclui educação, orientação, liderança e a capacidade de aplicar pesquisa relevante para melhorar continuamente a enfermagem.

A certificação de competências para enfermeiros especialistas é baseada no aprofundamento das habilidades de enfermagem geral, dividindo-se em competências comuns e específicas de cada especialidade. O objetivo é estabelecer padrões de qualidade para a prática especializada e garantir que enfermeiros especialistas estejam aptos a responder às necessidades de saúde das pessoas assistidas em qualquer contexto e nível de prevenção (Regulamento 140/2019).

As competências comuns são definidas como “... as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através

de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;" (Regulamento 140/2019. p. 4745).

Tabela 7-COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE

| DOMÍNIO | COMPETÊNCIAS |
|--|---|
| Responsabilidade Profissional, Ética e Legal | Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. |
| | Garante práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais. |
| Melhoria da Qualidade | Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. |
| | Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. |
| | Garante um ambiente terapêutico e seguro. |
| Gestão dos Cuidados | Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. |
| | Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. |
| Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais | Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. |
| | Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. |

Fonte: Regulamento 140/2019 1

No primeiro domínio das competências comuns do EE, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, assim como à garantia de cuidados que respeitem os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais, o grande foco é ser um profissional de saúde dedicado ao bem-estar da PA. Em primeiro lugar, agir de acordo com as normas legais, com os princípios éticos e a deontologia profissional não é apenas uma questão de seguir regras, é uma manifestação do compromisso do EE para com a integridade da sua prática e o respeito pela PA. As PA que apresentam doença mental encontram-se por si só numa situação vulnerável e as questões de consentimento e autonomia por vezes são complexas. Como tal, assegurar os direitos destas assume ainda uma maior importância. A ética profissional orienta o EE a fazer escolhas que protejam os direitos e a dignidade das pessoas assistidas, mesmo em situações desafiadoras.

Além disso, a garantia de práticas de cuidados que respeitem os Direitos Humanos vai além do tratamento íntegro e da não discriminação. Na saúde mental, isso significa também promover a compreensão e a empatia, combatendo o estigma e oferecendo suporte que reconheça a singularidade de cada um com a sua experiência e história de vida. O respeito pelos Direitos Humanos traduz-se na prática clínica como uma abordagem holística e centrada na pessoa, que valoriza a participação ativa da PA no seu processo de recuperação e decisões relativas ao seu tratamento.

Estas competências sublinham a necessidade de formação sólida e contínua com habilidades necessárias para ir ao encontro das necessidades, e também em manter a atualização dos conhecimentos de leis e regulamentos que regem a prática profissional para que assim se prestem cuidados de excelência.

No decorrer do estágio, houve oportunidades de apresentar uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, bem como os legais, sempre com base no respeito pelo outro. Foram desenvolvidas diversas consultas de enfermagem em contexto comunitário, onde permaneceu esta competência, a qual é crucial para conservar os Direitos Humanos e o respeito.

É de salientar que o consentimento de todas as intervenções realizadas foi solicitado oralmente para a realização, tanto de questões, como de intervenções.

É importante ainda referir que a tomada de decisão é sempre de grande responsabilidade, e no estágio houve diversas decisões a serem tomadas. Numa fase inicial, houve o receio da decisão ser mal tomada, porém com o apoio e auxílio da enfermeira orientadora que, desde logo, demonstrou abertura para ajudar a colmatar os receios apresentados por mim. A tomada de decisão considerando as pessoas assistidas que saíam da consulta com toda a autonomia e sem acompanhamento em casa, suscitaram uma enorme responsabilidade e receios com as palavras usadas, o que se manifestou inicialmente uma insegurança em tomar decisões com maior complexidade sem que pedisse apoio da enfermeira orientadora. Com o decorrer do estágio e com o ganho de confiança foi, sem dúvida, uma das conquistas pessoais e profissionais que alcancei em conseguir tomar de forma autónoma.

No que se refere à melhoria da qualidade, destaca-se a importância não só dos cuidados diretos à PA, mas também a melhoria contínua dentro do contexto de saúde. Assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas é fundamental para EE desenvolver esta competência. Assim, ao longo do estágio houve a oportunidade de desenvolver um projeto que ainda não existia na equipa, com o objetivo da melhoria de cuidados e da eficácia numa população específica. O projeto é inovador e tem por base a automonitorização do humor em pessoas que vivem com PB, sendo esta uma prática sustentável e que poderá ser posteriormente desenvolvida de forma mais dinâmica utilizando tecnologia.

O desenvolvimento de práticas de qualidade e a colaboração em programas de melhoria contínua salienta o compromisso com a excelência e eficiência nos cuidados prestados, em que, para tal, é necessária pesquisa constante para a aquisição de melhores resultados.

Com o projeto colocado em prática houve necessidade de uma procura de evidência científica acerca do tema e de formas de aplicabilidade, tendo sido um projeto muito desafiante, que permitiu desenvolver esta competência e, por sua vez, com a procura de informação reuniram-se condições de realizar uma «Scoping Review».

Não obstante, para garantir um ambiente terapêutico seguro é fundamental para a eficácia no tratamento da PA. Esta competência reflete a responsabilidade do EE em promover um espaço para garantir a saúde física e mental, a segurança e bem-estar da PA e também do profissional. Um ambiente terapêutico eficaz é aquele que suporta a dignidade da pessoa assistida, encoraja à participação ativa no seu próprio cuidado e facilita as práticas baseadas na evidência.

O decorrer do estágio permitiu zelar por um ambiente seguro e terapêutico, promovendo sempre a participação ativa da PA no seu processo de doença. Um dos maiores objetivos é manter as pessoas capacitadas e autónomas na gestão do seu processo de doença, pelo que o papel do EE passava por ser facilitador desse processo, prestando auxílio e suporte para a tomada de decisão e resolução de problemas. Não obstante, pode afirmar-se que no decorrer deste estágio todas as intervenções desencadeadas pelo projeto realizado, estrategicamente planeadas e executadas zelaram pelo ambiente seguro onde foram garantidas as condições de bem-estar físico, psicossocial, cultural e espiritual das pessoas assistidas e da comunidade.

A capacidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos conforme as diferentes situações e contextos reflete uma competência essencial para o EE, destacando uma abordagem flexível e responsável que é essencial na garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Esta competência não só demonstra compreensão das dinâmicas variáveis do ambiente de saúde, mas também a importância de uma gestão eficaz que priorize sempre a segurança e o bem-estar da PA. Assim, a qualidade dos cuidados encontra-se diretamente influenciada pela capacidade de liderança com adaptabilidade, otimizando os recursos e o processo de atender as necessidades específicas de cada situação.

No decorrer do estágio final, houve empenho constante em aplicar métodos de organização do trabalho que se adequavam ao contexto específico e aos tipos de cuidados necessários. Houve oportunidade de gerir os recursos de forma consciente e responsável, com o objetivo de assegurar uma prestação de cuidados com qualidade. Foi possível identificar as funções dentro da equipa e reconhecer a importância e função de cada um dos seus membros. A atuação foi conduzida por uma atitude positiva, de respeito, colaboração e apoio mútuo entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar, o que proporcionou um bom ambiente de trabalho e propício à prática clínica e ao desenvolvimento desta competência do EE. É de realçar que todas as ações de ambiente profissional devem ser ajustadas aos recursos disponíveis, às necessidades identificadas, à equipa e à PA, uma vez que todos estes fatores influenciam os cuidados de enfermagem.

Por fim, no que respeita ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, bem como à fundamentação da prática clínica especializada em evidência científica, são competências cruciais para o EE. O autoconhecimento permite ao profissional identificar as suas próprias capacidades e limitações, melhorando assim a comunicação e a capacidade para tomar decisões de forma assertiva. Por outro lado, a prática baseada em evidências científicas garante que os cuidados

prestados sejam sustentados pelas mais recentes fundamentações teóricas, assegurando uma assistência à saúde de elevada qualidade e eficácia. Estas competências não só promovem uma melhoria no padrão dos cuidados de saúde, como também contribuem para o desenvolvimento contínuo, quer do profissional, quer da própria área da enfermagem.

No decorrer do estágio foram vivenciadas diversas experiências que despoletaram sentimentos e emoções diferentes, o que provocou um autoconhecimento maior relativo a determinadas situações, que, após diversas reflexões realizadas quinzenalmente, proporcionaram o ganho de consciência de como se gerem as emoções e sentimentos perante a situação. Houve determinados momentos em que não haveria tanta noção do que o não verbal está a transmitir do eu para o outro e que poderia ter impacto no cuidado ao outro. Provavelmente foi o que despertou maior curiosidade para o autoconhecimento, visto que não haveria consciência do mesmo. Não houve, no decorrer das semanas, nenhuma situação de conflito maior, porém conflitos vão existir sempre e com necessidade de serem geridos da melhor forma, usando diversas técnicas.

Com o estágio final houve ainda oportunidade de desenvolver o conhecimento científico baseado na evidência, em determinados assuntos menos sedimentados e que, com a procura de informação, a prática clínica melhorou, uma vez que ofereceu a tomada de consciência do fazer com a intencionalidade, mobilizando os mesmos.

A comunicação verbal e não verbal destaca-se como uma ferramenta muito importante nos cuidados de enfermagem, nomeadamente nos cuidados em enfermagem de saúde mental. Sendo a comunicação fundamental, é necessário que seja adequada à população e que apresente assertividade e clareza na informação dada para que se consigam alcançar os objetivos aos quais nos propomos a desenvolver com a PA. Reforço ainda a importância de apresentarmos uma postura correta perante a PA e que haja presença de empatia, singularidade, segurança e abertura para se estabelecer uma relação terapêutica de confiança e que assim se prestem cuidados de excelência, pois pode conseguir-se apresentar muitos conhecimentos, no entanto é necessário também competência humanas de comunicação para que se consigam transmitir e alcançar o outro.

Para a aquisição das competências comuns do EESMP, foi necessário a integração numa equipa multidisciplinar de uma equipa comunitária, onde se apresentou um privilégio na sua colaboração. Desde logo, pode dizer-se que o acolhimento e integração ocorreu de forma diferenciada pela abertura e acolhimento da equipa. Foi, sem dúvida, um fator importante para a concretização do

desenvolvimento das competências. Não obstante, pode ainda reconhecer-se a acessibilidade por parte das pessoas assistidas em colaborarem na participação nas consultas de enfermagem realizadas.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

O EE apresenta competências comuns, anteriormente mencionadas, e também competências específicas.

As competências específicas do EE “... são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento 140/2019, p. 4745).

“O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8670).

Segundo o regulamento nº129/2011, as competências específicas em enfermagem de saúde mental são as seguintes:

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. 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;

4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

De forma a explanar o desenvolvimento destas competências, irá ser realizada cada uma individualmente, com as atividades planeadas e o seu desenvolvimento, tendo em conta o objetivo estabelecido para cada uma das competências, de forma a serem atingidas.

No que se refere a competência 1, foi desenvolvido o objetivo específico de desenvolver a capacidade de autoconhecimento no decorrer das onze semanas de estágio. Para atingir este objetivo, foram desenvolvidas reflexões quinzenais, pesquisa bibliográfica sobre os temas envolvidos, refletir sobre situações junto da enfermeira orientadora e redigir a reflexão crítica (Apêndice C).

Desta forma, é possível concluir que foram desenvolvidas nove reflexões com presença de capacidade de reflexão e com presença de fundamentação teórica, pelo que foi possível alcançar o objetivo.

Salientar que ao longo das várias semanas de estágio final, foram vivenciados momentos em que o autoconhecimento foi desenvolvido perante determinadas situações, como se encontra esboçado nas reflexões realizadas ao longo do tempo. Não é fácil atingir um autoconhecimento pleno e é um processo muito dinâmico e em constante evolução, sendo desenvolvido diariamente com a prática clínica e com as situações ocorrentes no quotidiano.

No que concerne à competência especificada com o nº 2, foi traçado como objetivo específico executar uma avaliação global que permita a descrição clara da história de doença mental da PA e/ou família expressa num processo de enfermagem durante as dezasseis semanas.

Para tal, foram delineadas as seguintes atividades:

- Escolher junto da enfermeira orientadora uma pessoa para seguimento;
- Construir um guião de colheita de dados e avaliação do estado mental;
- Consultar os seus processos clínicos para colheita de dados;
- Construir um guião de entrevista para colheita de informações;

- Realizar entrevistas individuais;
- Redigir o processo de enfermagem;
- Apresentar e discutir o processo de enfermagem com a enfermeira orientadora.

Para a concretização destas atividades, após seleção da PA, foi realizada a entrevista e a consulta do processo clínico. Posteriormente, redigi o processo de enfermagem que explana a história clínica prévia, a entrevista à PA, a avaliação do estado mental e físico, bem como o plano de cuidados. Assim, considero que a competência foi atingida, uma vez que executei uma avaliação global que permite uma descrição da história da doença mental da PA expressa em processo de enfermagem durante as onze semanas.

No que se refere a competência “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”, de acordo com regulamento 129/2011, foi traçado como objetivo específico estabelecer o processo de enfermagem individualizado, expresso num estudo de caso durante as onze semanas.

Para tal, foi necessário selecionar, com a enfermeira orientadora, uma PA para realizar uma fundamentação da situação clínica, aplicar o modelo de Betty Neuman, realizar o plano de cuidados, aplicar as intervenções previstas no plano de cuidados e avaliar os resultados obtidos no decorrer do estágio. Deste modo, foi realizado um estudo de caso que explana a caracterização e fundamentação teórica, história de enfermagem, familiar e atual segundo o modelo dos sistemas de Betty Neuman, o plano de cuidados e a avaliação. Considero que a competência foi alcançada, visto que executei um estudo de caso onde se estabelecem diagnósticos de saúde mental da PA, o plano de cuidados individualizados, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados obtidos ao longo do ensino clínico (Apêndice D).

Por fim, a última competência mencionada no regulamento 129/2011 “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” encontra-se em dois objetivos específicos:

- Planear um projeto de intervenção psicoterapêutica: “O diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem e Saúde Mental na Pessoa que Vive com PB” durante duas semanas;

- Implementar o projeto de intervenção psicoterapêutica “O diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem e Saúde Mental na Pessoa que Vive com PB” durante nove semanas.

Para atingir estes objetivos, foram desenvolvidas as seguintes atividades: realizar pesquisa bibliográfica sobre a pertinência e a aplicabilidade do tema, apresentar o projeto à enfermeira orientadora e professor, realizar uma «Scoping Review» sobre a automonitorização do humor; apresentar o DH às pessoas assistidas e implementar o projeto descrito no capítulo anterior e, por fim, apresentar os resultados à equipa multidisciplinar (Apêndice A).

Para alcançar os objetivos e, conseqüentemente, adquirir a competência, foi necessário a realização do projeto e a sua aprovação. Deste modo, foi realizado o projeto com intervenção psicoterapêutica e aprovado pela equipa multidisciplinar. Para o outro objetivo, foi necessário a implementação do projeto, onde foram registadas as variações de humor de pessoas que vivem com PB e, através da automonitorização, também se avaliaram os ciclos de sono, as refeições, a atividade física e eventos importantes que aconteciam durante o tempo de uma semana. Eram realizados registos semanais de acordo com o que as pessoas sentiam e a sua funcionalidade. Não obstante, também foi apresentado à equipa as perceções.

Assim, conclui-se que a competência foi atingida através da criação de um projeto e sua implementação.

Em suma, relativamente às competências específicas do EESMP pode afirmar-se que foram um desafio desde o primeiro momento, pela complexidade que apresentam. Relativamente ao conhecimento do “EU”, é uma das competências que pode dizer-se que se encontra em constante desenvolvimento e foi das que desafiou pela sua vertente pessoal e da forma que a iria atingir, porém foi, sem dúvida, uma das capacidades que desenvolvi desde o início do presente percurso académico com o envolvimento nas unidades curriculares destinadas a tal. O grande desafio para mim e o que realmente sei que não era do meu conhecimento eram as expressões faciais que apresentara perante determinadas informações, sendo também aquela que se encontra ainda em desenvolvimento, não para modificar, mas tentar corrigir certas expressões que podem penalizar o envolvimento do outro para comigo em contexto terapêutico. Por outro lado, esta característica também evidenciou ser um alicerce no relacionamento terapêutico onde as pessoas assistidas na maioria das vezes facilmente percebiam a abertura, sinceridade e espontaneidade para com o outro.

No que se refere às restantes competências, penso que passou mais pelo aperfeiçoamento e pela intencionalidade como se realizava as intervenções no acompanhamento da PA. Sem dúvida, é de salientar que o desenvolvimento do projeto demonstrou ser pertinente para o desenvolvimento das competências e foi também um enorme desafio, desde a adesão até à própria intervenção.

Pode então concluir-se que o estágio final demonstrou ser um grande alicerce para o desenvolvimento destas competências, juntamente com apoio e reflexões com os orientadores deste momento de desenvolvimento académico.

5.3. COMPETÊNCIAS MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A participação no 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em EEESMP, implica que os estudantes, ao concluírem o programa de estudos, possuam um conjunto de competências comuns ao Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e competências de Mestre.

De acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016 que faz republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março no artigo 15, o “grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- 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.” (Decreto-Lei nº 63/2016, p.3174).

Ainda segundo o artigo mencionado, o grau de mestre é concedido numa “... especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização”. (Decreto-Lei nº 63/2016, p.3174).

Segundo as normas estabelecidas no Regulamento para o funcionamento do Mestrado de Enfermagem em Associação, o curso atual proporciona o desenvolvimento das seguintes competências para os mestrandos:

“1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Decreto-Lei nº 63/2016, p.9).

Assim, para demonstrar competências clínicas numa área especializada, é essencial fornecer cuidados de alta qualidade de enfermagem de forma eficaz. É necessário não só dominar as técnicas, mas também compreender as necessidades específicas das pessoas assistidas em contexto de saúde mental e psiquiatria.

Para a primeira competência mencionada de iniciar, contribuir e disseminar investigação, é fundamental a evolução da prática de enfermagem. Ao realizar e partilhar investigação, podemos melhorar os cuidados de enfermagem e garantir que as práticas sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis. Como tal, foram realizadas diversas pesquisas para melhorar os conhecimentos e também realizar uma pesquisa mais aprofundada, através do mapeamento acerca da automonitorização do humor, nas diversas plataformas dando ênfase à «Pubmed». Surgiu então a pertinência de realizar uma «Scoping Review» acerca do tema mencionado ao longo do estágio final. Não menos importante, é ainda salientar a investigação realizada sobre diversos temas ao longo do primeiro ano de mestrado nas diferentes unidades curriculares. Durante este percurso formativo, foram realizadas várias atividades com o intuito de complementar os conhecimentos na área de saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de adquirir competências, de modo a melhorar os conhecimentos para a intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Para o desenvolvimento de conhecimento, foram concretizadas atividades que sustentam momentos de aprendizagem, visando o autodesenvolvimento e a autoformação no decorrer do percurso académico.

Foram frequentados os seguintes congressos:

- VII Jornadas do Assumar “Articular respostas em Saúde Mental” (Anexo I)
- I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental promovido pelo CENAT (Anexo II)

- III As Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (Anexo III) com participação em dois «workshops»:

- O luto (Anexo IV)
- Adições sem substâncias (Anexo V)

A contribuição de todas estas experiências foi fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais, para adquirir novos conhecimentos relacionados com os temas apresentados e ajudar a suportar os cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria.

Ter a capacidade de integrar conhecimentos e tomar decisões éticas e eficazes é crucial, especialmente em situações complexas. É importante considerar não apenas os aspetos clínicos, mas também as implicações éticas, profissionais e sociais de cada decisão que se encontram exploradas nas competências comuns do EE.

O desenvolvimento contínuo de competências ao longo da vida é uma parte essencial da prática de enfermagem. É importante estar sempre disposto para aprender e procurar oportunidades, de forma a aprimorar as competências e conhecimentos. No decorrer do percurso académico realizado, pode verificar-se uma evolução constante, quer a nível de conhecimentos, quer no âmbito das diferentes competências de EE e pessoais.

Participar ativamente em equipas e projetos multidisciplinares demonstra a importância da colaboração na prestação de cuidados de saúde. Trabalhar em conjunto com outros profissionais permite uma abordagem holística e abrangente ao cuidado da PA, que foi possível desenvolver a nível do estágio final numa equipa comunitária.

Realizar análise diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores é uma responsabilidade importante do EE. Ao partilhar conhecimentos e experiências, podemos ajudar a capacitar outros profissionais e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Evidenciar competências comuns e específicas na área de especialidade é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde mental e psiquiátricos. É importante estar bem preparado e possuir as competências necessárias para lidar com os desafios específicos desta área de enfermagem.

Estas competências refletem não apenas os requisitos profissionais, mas também os valores e compromissos pessoais que são essenciais para uma prática de enfermagem de excelência em saúde mental e psiquiatria.

Por fim, o ciclo de estudos é fundamental para nos colocar com ferramentas necessárias, de modo a procurar soluções em contexto de prática clínica e específicos, ficando com capacidade de procurar e utilizar fontes de conhecimento e evidência científica revelantes para resolver os problemas com que nos deparamos na prática de enfermagem.

As competências encontram-se interligadas entre si, o que contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, o estágio contribui de forma muito revelante para o desenvolvimento destas, sendo um desafio pessoal a resiliência, a qual foi fundamental para lidar com os desafios e com os objetivos de constante melhoria dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

O presente relatório foi desenvolvido em contexto do ME com especialização em EESMP.

Este relatório estrutura-se em duas partes, sendo na primeira explanado o desenvolvimento do projeto desenvolvido no estágio final, tendo uma base de fundamentação teórica e os modelos que foi baseado e na segunda encontram-se as competências do EESMP, subdividindo-se em três pontos diferentes, as competências comuns e específicas do EE e também as competências de mestre.

Os temas desenvolvidos no presente relatório abordam a saúde mental, a PB, a intervenção psicoterapêutica e também a relação de ajuda. Importa ainda referir que os modelos teóricos utilizados no desenvolvimento do ensino clínico basearam-se no modelo dos Sistemas de Betty Neuman e também na teoria das transições de Afaf Meleis.

O projeto que foi desenvolvido ao longo deste último percurso foi a automonitorização do humor, o qual foi intitulado de o DH: Instrumento de mediação em enfermagem de saúde mental na pessoa que vive com PB. Este projeto é bastante pioneiro na área, sendo que a automonitorização do humor consiste no registo pela própria pessoa do seu humor. Acrescente-se ainda as problemáticas das horas de sono, das refeições realizadas, atividades físicas e também eventos importantes no decorrer da semana.

A metodologia do projeto seguida foi através do diagnóstico de situação, traçar os objetivos, realizar um planeamento e colocá-lo em execução. Numa outra fase, procedeu-se à realização da avaliação do projeto e, por fim, divulgação dos resultados.

Foi um desafio a concretização deste projeto, mas apesar das adversidades encontradas, foi possível concretizá-lo, através de um instrumento manual e com a participação de três pessoas assistidas que viviam com PB e que frequentavam a consulta semanalmente.

Os resultados obtidos foram importantes, visto que permitiram uma monitorização constante das diversas variantes e, com isso, foi possível prevenir crises e desenvolver intervenções, mobilizando nomeadamente a relação de ajuda e o processo de resolução de problemas. Foi uma experiência muito diferente e gratificante realizada ao longo de onze semanas.

A segunda parte permitiu uma reflexão crítica acerca das competências comuns, específicas e de mestre adquiridas ao longo do percurso académico realizado até ao momento, que demonstraram apresentar complexidade e estímulos para o seu desenvolvimento. Tendo em conta a prática de enfermagem realizada na área, algumas das competências já se encontravam com menor dificuldade de serem alcançadas, porém a aquisição de competências é um processo dinâmico e em constante desenvolvimento, não sendo um processo estagnado, o que faz com que sejam desenvolvidas ao longo da vida profissional. Saliento a competência específica do conhecimento e consciência do “EU” enquanto pessoa e enfermeiro, que vem demonstrar o pleno desenvolvimento ao longo do tempo, todavia também foi uma das competências nas quais me deparei com determinadas características que desconhecia e que apresentam a dualidade do bom e mau, sendo um desafio e um estímulo constante de evolução, tanto a nível pessoal como a nível pessoal. Não menos importante, dentro das mesmas competências, a que veio a surpreender mais e a suscitar um misto de emoções foi a que envolve a intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica e psicoeducacionais, uma vez que seria a primeira vez a desenvolver esta competência, a qual revelou ser crucial no processo de apoio à pessoa ao longo do ciclo de vida.

Relativamente às competências de mestre foram as que despertaram maiores dificuldades dentro das três mencionadas, mas com empenho dedicação e muita resiliência também estas foram desenvolvidas.

Tendo em conta o exposto, pode afirmar-se que os objetivos previamente definidos de expor de forma descritiva um projeto de estágio e demonstrar a aquisição das diferentes competências do EEESMP foram alcançados.

Por fim, conclui-se que o presente relatório esboça o percurso académico realizado, merecendo mais investimento no que concerne à investigação do DH e mantendo o desenvolvimento das diferentes competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEB - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. (s.d.). Guia Perturbação Bipolar (versão 5) [PDF]. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-perturbacao-bipolar-v5.pdf>
- Alves, A. A. M. & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista portuguesa de saúde pública*, 28, 2, 127-131. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902510700031>.
- American Psychological Association [APA] (2020) *Manual APA: Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas (7ª edição)*. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Marins, M. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-5- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed.)*. Porto Alegre, Brasil: RS: Artmed Editora.
- Assunção, I. L. ., Coelho, D. C. ., Meinertz, E. F. ., Costa, F. M. da ., Regadas, M. S. ., Carreiro, M., Dias, M. T., Salomão, V. P. ., Tramontin, I. M. ., Farias, L. P. ., Rodrigues, J. B. ., Nascimento, A. B. de S. ., Castro, K. dos S. K. ., Gonçalo, S. M. ., Britto, M. F. de L. ., & Vale, R. T. T. (2022). Alterações Neuropsicológicas no Transtorno Bipolar. *E-Acadêmica*, 3(2), 2432146-2432146. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v3i2.146>
- Cardoso, G., & Maia, T. (2009). Serviços psiquiátricos na comunidade com base no hospital geral: um modelo português. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE*, 54-66.
- Cho, C. H., Ahn, Y. M., Kim, Se. K., Ha, T. , Jeon, H., Cha, B., Moon, E., Park, D., Baek, J., Kang, H. J., Ryu, V., An, H., & Lee, H. J. (2017). Design and Methods of the Mood Disorder Cohort

Research Consortium (MDCRC) Study. *Psychiatry investigation*, 14(1), pp. 100–106.

Disponível em: <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.1.100>

Costa, D. B., Müller, L., Irigaray, T. Q., & Wagner, G. P. (2020). National Institute of Mental Health Life Chart Method – Self/Prospective (NIMH-LCM-S/P™): translation and adaptation to Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, pp. 1-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0140>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Terapêutica farmacológica de manutenção na perturbação bipolar no adulto (Norma nº 033/2012). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/20/terapeutica-farmacologica-de-manutencao-na-perturbacao-bipolar-no-adulto/>

Freese, B. T., Beckman, S. J., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., Harris, S. M., Hermiz, M. E., ... & Steinkeler, S. E. (2004). Betty Neuman. *Tomey, Ann Marriner & Alligood, Martha Raile. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra Modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência*, 5, p. 182-197.

Fundação Calouste Gulbenkian (2020). Projeto Semente: Gravidez e Primeiros Anos de vida. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/projects/projeto-semente-gravidez-e-primeiros-anos-de-vida/>

George, J. (2000) *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ª Edição). Porto Alegre: Artmed editora.

Hofrichter, M. (2017). *Análise SWOT: Quando usar e como fazer*. Porto Alegre, Brasil: Simplíssimo Livros Lda.

Lewis, S. W., & Buchanan, R. W. (2015). *Fast Facts: Schizophrenia*. Londres, Reino unido: Health Press Limited.

Instituto Politécnico de Portalegre. (2019, Outubro 1). Despacho n.º 8700/2019. Diário da República, 2.ª série - Parte E, N.º 188, 245-253. Disponível em: <https://pae.ipportalegre.pt/repositoryStream/103921>

- Jukes, M. & Spencer, P. (2007). Models for practice: Neuman's Systems Model. In Jukes, M. & Aldridge, J. (Eds.), *Person-Centred Practices A holistic and integrated approach*, pp. 35-50, [s.l.]: Quay Books.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal: [s.n.] Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
- Neuman, B., & Young, R. J. (1972). The Betty Neuman Model: a total person approach to viewing patient problems. *Nurs Res*, 21(3), pp. 385-94.
- Nunes, L., Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto—Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, pp. 1-37. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Oliveira, E. C. (2023). COMPROMETIMENTO NEUROPSICOLÓGICO NO TRANSTORNO BIPOLAR. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(10), pp. 866-883.
- Onofre, A., Cruz, R., Zanini, R., & Labiak, F. (2022). Transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(2). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25566>
- Oostervink, F., Boomsma, MM e Nolen, WA (2009). Transtorno bipolar em idosos: diferentes efeitos da idade e da idade de início. *Jornal de Transtornos Afetivos*, 116 (3), pp. 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.012>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2ª série, 122, pp. 17034-17041. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª série, 151, pp. 21427-21430. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, 26, pp. 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Portugal, Loures: Lusodidacta.
- Portugal (2011). Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf
- Portugal. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, 1.ª série-A, N.º 58. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Portugal. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série, N.º 176. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Portugal. (2019). Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 6 de fevereiro. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 129/2011. D.R. 2ª Série. N.º 35 (2011- 02-18), pp. 8669-8673. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/129-2011-3477018>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, N. 19, pp. 77-84. Disponível em: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/171133/1/697562.pdf>

- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sitzman, K. L., & Eichelberger, L. W. (2011). *Understanding the Work of Nurse Theorists: Comprehensive Online Resources Available!* (2ªed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Eds.). (2014). *Middle range theory for nursing* (3ª. ed.). Springer Publishing Company.
- Soares, A. C. R. (2015). *Perturbação bipolar* (Dissertação de Mestrado), Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5175/1/4078_7874.pdf
- Teixeira, L. E. F. (2017). *Intervenção Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca* (Dissertação de Mestrado) , Lisboa: Universidade de Lisboa.
- World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

APÊNDICE A- SCOPING REVIEW

O IMPACTO DO USO DE DIÁRIO DE HUMOR NA PRÁTICA CLÍNICA EM PESSOAS QUE VIVEM COM PERTURBAÇÃO BIPOLAR: ANÁLISE DE FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS

Resumo: A automonitorização do humo é uma técnica que consiste numa autoavaliação do humor pela própria pessoa seguida de um registo em diário. A utilização do diário de humor destaca-se pela importância na monitorização fiável dos sintomas, especialmente em condições de saúde mental, como as perturbações de humor mais especificamente na perturbação bipolar. O diário de humor tradicionalmente era realizado em suporte de papel em forma de questionário ou em computador, no entanto com a evolução tecnológica pode-se verificar que já existem aplicações.

Objetivo: Este artigo apresenta como objetivo realizar uma análise e síntese dos resultados de estudos recentes que investigam a automonitorização do humor em pessoas que vivem com PB, através de ferramentas tecnológicas e o impacto dessas intervenções na prática clínica.

Metodologia: A pesquisa foi realizada na plataforma «PubMed», considerando artigos publicados nos últimos cinco anos. Foram incluídos estudos relacionados à população adulta com PB, abordando a prática clínica. A pesquisa seguiu critérios específicos de inclusão e exclusão, resultando na seleção de cinco artigos para revisão.

Resultados: Os estudos analisados divulgaram avanços significativos na integração de tecnologias na gestão da PB. A aplicação «LiveWell», apresentada por Jonathan (2021), destaca-se como uma intervenção centrada no usuário, melhorando a compreensão, monitorização e estabilidade emocional. O protocolo do estudo «SmartBipolar» (Faurholt-Jepsen, 2023) sugere benefícios adicionais ao incluir feedback clínico na monitorização baseada em smartphones. O estudo de Petzold (2019) ressalta a eficácia da combinação de psicoeducação em grupo e autovigilância eletrónica diária, especialmente em estágios iniciais da PB. A plataforma «Toi Mème» (Dargél, 2020) mostra o potencial dos smartphones para automonitorização, oferecendo padrões de atividade em tempo real. A revisão sistemática de van der Watt (2020) destaca a eficácia e aceitabilidade do monitoramento remoto do humor.

Conclusão: Os estudos indicam que a automonitorização do humor por meio de tecnologias tem um impacto positivo na gestão da PB, proporcionando uma perspectiva centrada na pessoa, impulsionando a adesão ao tratamento e otimizando os resultados terapêuticos.

Palavras-chave: Automonitorização do Humor; Prática Clínica; Perturbação Bipolar; Ferramentas Tecnológicas.

Summary: Mood self-monitoring is a technique that consists of a person self-assessing their mood followed by journaling. The use of a mood diary stands out for its importance in reliably monitoring symptoms, especially in mental health conditions, such as the more specific mood disorders in bipolar disorder. The mood diary has traditionally been carried out on paper in the form of a questionnaire or on a computer, however with technological developments it can be seen that there are already applications.

Objective: This article aims to carry out an analysis and synthesis of the results of recent studies that investigate self-monitoring of mood in people living with BP, through technological tools and the impact of these interventions in clinical practice.

Methodology: The research was carried out on the “PubMed” platform, considering articles published in the last five years. Studies related to the adult population with BP, addressing clinical practice, were included. The search with specific inclusion and exclusion criteria resulted in the selection of five articles for review.

Results: The studies developed disclosed advanced advances in the integration of technologies in PB management. The «LiveWell» application, presented by Jonathan (2021), stands out as a user-centered intervention, improving understanding, monitoring and emotional stability. The “SmartBipolar” study protocol (Faurholt-Jepsen, 2023) suggests additional benefits of including clinical feedback in smartphone-based monitoring. The study by Petzold (2019) highlights the effectiveness of combining group psychoeducation and daily electronic self-surveillance, especially in initial PB strategies. The «Toi Même» platform (Dargél, 2020) shows the potential of smartphones for self-monitoring, offering activity patterns in real time. Van der Watt's (2020) systematic review highlights the effectiveness and acceptability of remote mood monitoring.

Conclusion: Studies indicate that mood self-monitoring through technology has a positive impact on PB management, providing a person-centered perspective, boosting treatment adherence and optimizing therapeutic results.

.Keywords: Mood Self-Monitoring; Clinical Practice; Bipolar Disorder; Technological Tools

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

PB- Perturbação Bipolar

PCC-Participants, Concept e Context

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------|----|
| 1.INTRODUÇÃO | 7 |
| 2.AUTOMONITORIZAÇÃO DO HUMOR | 9 |
| 3.METODOLOGIA | 10 |
| 4.RESULTADOS | 12 |
| 5.DISSCUSSÃO | 16 |
| 6.CONCLUSÃO | 18 |
| 7.BIBLIOGRAFIA | 20 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--------------------------|----|
| Figura 1-Fluxograma..... | 11 |
|--------------------------|----|

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho académico é elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, inserido no plano curricular do 1º semestre do Mestrado de Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Portalegre, como método de desenvolver competências de mestre na área de saúde mental e psiquiatria.

O tema escolhido foi os diários de humor na prática clínica em pessoas que vivem com perturbação bipolar (PB). Este tema é pertinente para o desenvolvimento de novas formas de intervenção em pessoas que vivem com PB, por outro lado encontra-se pouco desenvolvido em Portugal e existe pouca informação relativa ao tema, o que o torna desafiante.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma análise e síntese dos resultados de estudos recentes que investigam a automonitorização do humor em pessoas que vivem com PB, através de ferramentas tecnológicas e o impacto dessas intervenções na prática clínica.

Segundo DSM-5 (2013), a PB é uma doença mental que representa cerca 1-2% da população mundial. Esta perturbação é uma condição psiquiátrica crónica que afeta o humor e o comportamento dos indivíduos. PB é caracterizada por oscilações extremas e recorrentes no humor, essas oscilações envolvem períodos de mania ou hipomania e depressão, que são bastante distintos em termos de sintomas e duração.

De acordo com Assunção (2022), nos distúrbios psicológicos, especialmente na PB, há observação de mudanças neuropsicológicas. Essas mudanças referem-se a diversas características que impactam o funcionamento cerebral, principalmente nas áreas cognitivas e nas reações a fatores emocionais. Essas mudanças podem resultar em déficits nas habilidades de tomada de decisão, planeamento e resolução de problemas, o que pode explicar as dificuldades que as pessoas assistidas enfrentam ao adaptar-se ao seu quotidiano. As alterações neuropsicológicas nos distúrbios que afetam o humor manifestam-se de várias maneiras e podem ser agravadas por condições médicas coexistentes.

Segundo os mesmos autores, ao PB não causa apenas alterações do humor, mas também em termos de alterações e consequências no sistema cognitivos, particularmente no que respeita à aprendizagem, memória visual e de trabalho.

Onofre (2022), afirma que a PB tem sido objeto de pesquisa, destacando uma ligação entre a PB e uma diminuição no desempenho em várias áreas como o âmbito social, ocupacional e cognitivo. Esta perturbação tem frequentemente um curso neuro progressivo, com mudanças no cérebro e resultados desfavoráveis. Vários fatores de risco, como episódios de humor, traumas e comorbidades psiquiátricas e médicas, estão associados a esses resultados adversos.

“O automonitoramento do humor é a técnica consiste em uma autoavaliação do humor pelo paciente, seguida de anotação ou registo do humor em algum diário.” (Costa et al, 2020, p. 2)

De acordo com Tsanas et al (2016), o uso de diário de humor destaca-se pela importância da monitorização confiável dos sintomas, especialmente em condições de saúde mental, como as perturbações de humor. Os sintomas residuais nestas perturbações podem prejudicar a vida social e económica das pessoas, além de aumentar o risco de novos episódios. Assim, a apreensão e a monitorização da variação e progressão dos sintomas são incentivadas nas diretrizes de tratamento.

O presente trabalho encontra-se estruturado por resumo, introdução, metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

Importa ainda mencionar que o trabalho se encontra redigido com base no novo acordo ortográfico português e cumpre com as diretrizes de referência American Psychological Association [APA]: *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas* (7ª Edição).

2.AUTOMONITORIZAÇÃO DO HUMOR

Os diários de humor descrevem o curso dos sintomas de humor da pessoa assistida ao longo do tempo.

“A técnica consiste em uma autoavaliação do humor pelo paciente, seguida de anotação ou registo do humor em algum diário.” (Costa et al, 2020, p. 2)

De acordo com Tsanas et al (2016), tradicionalmente, o monitoramento do estado de humor era feito por meio de questionários em papel ou computador, mas o uso de aplicativos móveis tem se tornado mais comum devido à disseminação das redes móveis e ao avanço tecnológico dos smartphones. Isso permite que as pessoas relatem os seus estados de humor em tempo real, reduzindo o viés de recordação. No entanto, ainda não está claro com que frequência ideal as avaliações de humor devem ser feitas.

Contrariamente Bauer (2005), afirma que o uso da automonitorização do humor em papel não cria dados tendenciosos, no entanto a automatização do autorrelato de avaliações de humor pode enviesar os dados uma vez que só as pessoas que apresentam computador próprio podem ser incluídas e por outro lado, as pessoas incluídas podem apresentar diferentes níveis de conhecimento informático.

De acordo com Bauer (2008), as intervenções estruturadas que fortalecem a habilidade de autogestão, procuram capacitar as pessoas que vivem com perturbações de humor a gerir a sua própria condição, reconhecendo sinais precoces de alterações de humor e garantindo a continuidade do uso adequado da medicação, contribuindo assim para uma gestão mais eficaz da PB.

Segundo Cho et al (2017), na maioria das pesquisas sobre perturbações de humor, os especialistas costumam verificar os sintomas clínicos em várias consultas agendadas. No entanto, entre essas consultas, podem ocorrer mudanças de humor e eventos significativos, e tanto os profissionais de saúde como as pessoas assistidas podem facilmente perder o controle do que aconteceu durante esses intervalos. Para abordar essa questão, muitos pesquisadores têm tentado compensar essa possibilidade através do uso de diários de humor. Recentemente, com o avanço da tecnologia de informação e comunicação, tornou-se muito mais viável avaliar o estado diário de pessoas com perturbação de humor.

3.METODOLOGIA

Tendo em conta a temática e os conceitos da presente revisão integrativa da literatura foram delineados critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão são todos os artigos publicados nos últimos cinco anos, em qualquer país do mundo e em que as populações de estudo sejam pessoas que vivem com PB, em contexto da prática clínica. Como critérios de exclusão foram definidos os artigos que se referiam a outras patologias, e que apresentassem a população inferior a 18 anos.

Este estudo norteou-se por uma estrutura «participants, concept e context» [PCC]. Definiu-se como questão de investigação “Como a automonitorização do humor, por meio de ferramentas tecnológicas, poderá influenciar a prática clínica nas pessoas que vivem com PB?”. Os critérios de elegibilidade selecionados, considerando o objetivo do estudo são os participantes pessoas que vivem com PB; o conceito definido é a automonitorização do humor e o contexto é a prática clínica.

Para a obtenção da expressão de pesquisa foram reunidos os descritores «Mesh»: «self-monitoring», «bipolar disorder», com o operador booleano «AND». Após a sistematização e cruzamento sequencial entre descritores, na plataforma Pubmed, foi definida como expressão booleana «self-monotoring and bipolar disorder». Para otimizar os resultados, foram realizados diversos ajustes no procedimento de procura, tendo sido inseridos mais descritores que reduziram a pesquisa, tornando-se um fator limitador. Como tal, os seguintes descritores foram eliminados: «daily mood», «children», «nursing» e «psychiatry» que incluíam booleanos diferentes como: «and», «not» e «or».

Foi realizada a pesquisa de artigos eletrónicos, no dia 23 de janeiro de 2024, recorrendo à plataforma «Pubmed», utilizando a expressão de pesquisa booleana. Como limitadores específicos foram utilizados os seguintes fatores: limitador de 5 anos, texto completo gratuito, texto completo. Foi utilizada uma estratégia de «peer-view», realizada por dois revisores independentes, recorrendo ao terceiro revisor para resolução de divergência.

Para expor a pesquisa, foi realizado um fluxograma (figura1). Na etapa de identificação, foram identificadas vinte e dois resultantes da pesquisa na plataforma «PubMed». Com os filtros aplicados existentes na plataforma, foram rastreados para oito. Na etapa de seleção, foi analisado o título de cada artigo para avaliação, em função dos critérios de inclusão definidos. Foram excluídos três,

permanecendo cinco. A sua análise através de leitura do seu abstrato, permitiu averiguar apresentavam relevância para o tema selecionado. Para dar resposta à questão supramencionada, foram analisados na íntegra os cinco artigos, os quais foram incluídos por irem ao encontro dos critérios de exclusão previamente definidos. Assim os cinco artigos foi alvo de análise integrativa.

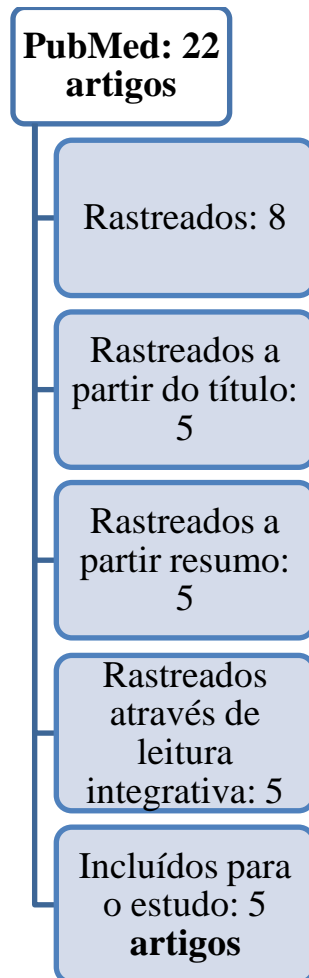


Figura 1-Fluxograma

4. RESULTADOS

Os artigos selecionados vão ao encontro da automonitorização do humor, por meio de ferramentas tecnológicas, poderá influenciar a prática clínica nas pessoas que vivem com PB, como tal vai ser apresentado sequencialmente os resultados de cada um individualmente.

De acordo com Jonathan (2021), o artigo é um estudo piloto de uma intervenção de autogestão baseada em smartphone para a PB, que descreve o processo de desenvolvimento da intervenção «LiveWell». Este visa auxiliar indivíduos com PB através de uma aplicação para smartphones. A abordagem adotada é centrada no utilizador, reconhecendo a importância de incorporar as experiências, preferências e necessidades individuais dos utilizadores durante o desenvolvimento da intervenção. Este destaca-se por proporcionar uma ferramenta de autogestão eficaz e acessível para pessoas que vivem com PB, visando melhorar a compreensão, monitorização e estabilidade emocional. O desenvolvimento é centrado no utilizador, colocando-os no centro do processo de desenvolvimento. Assim envolve a recolha de «feedbacks» e a participação ativa dos utilizadores. A aplicação «LiveWell» é projetada com diversas funcionalidades entre elas o registo diário de humor, alertas para a toma de terapêutica, ferramentas de autorreflexão e recursos educacionais acerca de PB. No decorrer do desenvolvimento, os investigadores integram os «feedbacks» dos utilizadores com objetivo de aprimorar a usabilidade, relevância e eficácia da intervenção, tendo como finalidade a interação aumentar a aceitação e a utilidade percebida pelos utilizadores.

No entanto, o artigo em questões éticas e de privacidade relacionadas a intervenção baseada em smartphones, destaca a importância de proteger os dados sensíveis dos utilizadores e garantir a conformidade com padrões éticos.

Com esta ferramenta de autogestão personalizada, centrada nas necessidades dos utilizadores, «LiveWell» pode potenciar a adesão ao tratamento, facilitar a monitorização contínua e contribuir com resultados positivos para a gestão de PB.

Assim este artigo apresenta-se atual e centrado na pessoa que vive com PB para o desenvolvimento da intervenção de automonitorização baseada em «smartphone» para PB, reconhecendo a importância de englobar as diferentes perspetiva e experiência dos utilizadores ao longo do processo. Destaca-se ainda, a importância de envolver todos os envolventes desde os monitores aos usuários no desenvolvimento destas intervenções com vista a garantir a eficácia contínua.

No segundo artigo, Faurholt-Jepsen (2023), descreve em detalhes o protocolo do estudo denominado «SmartBipolar», um ensaio clínico controlado randomizado que tem como objetivo investigar os efeitos da monitorização e tratamento baseados em smartphone no contexto da PB. O estudo compara duas abordagens: uma que inclui «feedback» clínico e outra que se baseia apenas na monitorização sem a parte clínica.

O ensaio clínico adota um desenho de grupo paralelo randomizado, o que significa que os participantes são aleatoriamente designados para um dos dois grupos de intervenção. A pesquisa tem por objetivo entender como a adição de «feedback» clínico influencia os resultados e a eficácia da intervenção em comparação com o monitoramento sem esse componente.

Ao focar a PB, o estudo contribui para a compreensão da utilidade do uso de tecnologias móveis na gestão dessa condição. A inclusão do «feedback» clínico é uma abordagem inovadora que procura explorar como a orientação profissional pode aprimorar a eficácia das intervenções baseadas em smartphone em que aborda parâmetros que incluem medidas clínicas, psicométricas e de autorrelato, abrangendo uma gama abrangente de aspetos relacionados com PB.

Segundo os autores, o «SmartBipolar» é o primeiro ensaio clínico randomizado que examina os efeitos da monitorização e tratamento usando smartphones, com inclusão de «feedback» clínico, na instabilidade de humor de indivíduos com PB, uma vez que, não há informações disponíveis e nunca foi investigado se essa abordagem, que envolve monitorização e tratamento via smartphones com «feedback» clínico.

Em suma, o artigo fornece uma visão abrangente do protocolo do estudo «SmartBipolar», apresentando detalhes metodológicos e delineando as estratégias específicas que serão implementadas para avaliar o impacto do monitorização e tratamento baseados em smartphone, incluindo ou não o «feedback» clínico, em indivíduos com PB. O foco principal destaca-se por compreender a utilização de «feedback» clínico e o seu impacto nos resultados da intervenção em comparação com a monitorização isolada.

Integrar o tratamento em ambientes ambulatoriais com o monitoramento via smartphone, incluindo «feedback» clínico, pode resultar em melhorias significativas no tratamento, na adesão da pessoa que vive com PB e na otimização dos tem por objetivo avaliar a eficácia, a longo prazo, de uma abordagem terapêutica que engloba psicoeducação e monitorização diária através de

dispositivos eletrónicos na gestão dos PB. A população incluída no estudo são pessoas que vivem com PB.

Como resultados o artigo manifestou que a psicoeducação em grupo em simultâneo com a autovigilância eletrónica diária demonstrou ser eficaz na gestão a longo prazo na PB.

De acordo com os mesmos autores, seis sessões semanais de grupo psicoeducacional seguidas de automonitorização diária através do «ChronoRecord» ao longo de 54 semanas podem não trazer benefícios significativos em comparação com reuniões de grupo menos estruturadas seguidas de autorrelato não estruturado. Participar num grupo de apoio e monitorizar a doença a longo prazo pode ser benéfico, independentemente da abordagem específica. Dada a considerável proporção de pessoas em fases mais avançadas da doença na amostra utilizada, destaca-se a falta de conhecimento sobre as intervenções psicoterapêuticas que são eficazes para este grupo. Neste artigo, ainda relata que realizar mais investigação para adaptar intervenções, identificando os elementos aos quais pessoas com estágios mais avançados da patologia podem responder melhor como o estado de orientação em vez do foco ser psicoeducação, determinando a melhor forma de fornecer essas intervenções e investigando-se a automonitorização pode desempenhar um papel benéfico nestas abordagens. Esta abordagem apresenta-se contínua, facilita a automonitorização e fornece psicoeducação de forma sólida, colmatando os intervalos entre as consultas.

No terceiro artigo, Petzold (2019), descreve um ensaio clínico multicêntrico, cego para os avaliadores, controlado e randomizado, que explora a eficácia da psicoeducação em grupo seguida pela autovigilância eletrónica diária no tratamento a longo prazo da PB. Este estudo

Assim, pode-se concluir, segundo os mesmos autores, que a combinação entre psicoeducação em grupo e a autovigilância eletrónica diária pode ser uma abordagem favorável no tratamento a longo prazo na PB. Neste artigo, destaca-se ainda a importância de as estratégias de intervenção serem reformuladas para melhorar a abordagem com pessoas que apresentam a patologia em fases mais avançadas.

De acordo com Dargél (2020), o artigo é um estudo aberto e não randomizado que inclui 93 pessoas adultas com diagnóstico de PB tipo I e II que possuam «Iphone».

Este artigo é um estudo que investiga uma plataforma de saúde móvel chamada «Toi Même», sendo desenvolvida para medir a atividade da doença bipolar. O objetivo é explorar as relações entre sintomas de humor avaliados clinicamente e dados de humor/comportamentais obtidos automaticamente através do aplicativo Toi Même, em pessoas diagnosticadas com PB, que estavam se encontrando a vivenciar diferentes episódios de humor (depressão, eutímia e hipomania). Além disso, o estudo procura avaliar a praticabilidade do aplicativo para o automonitoramento de parâmetros subjetivos e objetivos relacionados ao humor/comportamento nas pessoas que vivem com PB.

Segundo Dargél (2020), o estudo «Toi Même» investigou as relações entre sintomas de humor e dados comportamentais em pessoas que vivem com PB, utilizando um aplicativo de smartphone. O aplicativo, focado em dimensões comportamentais, procurou uma abordagem de autoavaliação e incluiu módulos para avaliação cognitiva e resposta afetiva. O estudo ressalta o potencial dos smartphones para a colheita de dados complexos, propondo uma mudança no acesso ao humor/comportamento em pessoas com PB. Futuras pesquisas podem explorar a combinação de dados de smartphones com medidas biológicas. Limitações incluem a exclusão de usuários do Android e um período de acompanhamento de três meses. O estudo «Toi Même» destaca a aplicação prática da fenotipagem digital na prática clínica, oferecendo padrões de atividade em tempo real e contribuindo para uma abordagem integrada no tratamento da PB.

Por fim e no último artigo de van der Watt (2020), é uma revisão sistemática quantitativa e qualitativa, que tem como objetivo analisar a eficácia e aplicabilidade do monitoramento remoto do humor em indivíduos com depressão e PB. Apresenta-se com critérios de inclusão pessoas que compreenderam a monitorização do humor de pessoas que vivem com perturbações de humor como intervenção principal, desenho do estudo, método de monitorização e presença de psicoterapia e psicoeducação. Esta revisão aborda a utilização de tecnologia para a monitorização do humor à distância com apoio, destacando o potencial de aplicativos móveis e dispositivos eletrônicos.

De acordo com os mesmos autores, assumem que monitorização de humor à distância com apoio pode ser uma intervenção útil, aceitável e viável para diverso grupo de pessoas em termos de idade e etnia e que pode também, esta ser, eficaz na melhoria dos sintomas depressivos, aumentando a adesão ao tratamento e facilitando a prevenção e o tratamento de resultados adversos. Esta revisão destaca ainda, a relevância clínica da monitorização remota do humor como

uma ferramenta potencialmente valiosa para a compreensão e gestão de perturbações do humor, como a PB. Por fim, ainda salienta que poderá ser benéfico para ajudar a reduzir a carga sobre os prestadores de cuidados de saúde mental nos países desenvolvidos.

5.DISSCUSSÃO

Os estudos selecionados permitem-nos perceber que o tema se centra na evolução do papel das tecnologias digitais na gestão da PB e no impacto dessas intervenções na prática clínica.

Os estudos destacam a importância de uma abordagem centrada no utilizador no desenvolvimento de intervenções para a PB. A personalização, como evidenciada pela aplicação «LiveWell», reconhece a diversidade nas experiências das pessoas que vivem PB. Essa abordagem pode contribuir para a aceitação, adesão e eficácia das intervenções.

O estudo «SmartBipolar» explora o impacto do «feedback» clínico na eficácia da monitorização remota. A inclusão de orientação profissional pode ser crucial para melhorar resultados terapêuticos, fornecendo suporte adicional e personalizado entre consultas clínicas.

O ensaio clínico de Petzold destaca a eficácia da combinação de psicoeducação em grupo e autovigilância eletrónica diária. Isso destaca a importância das intervenções psicoeducacionais e do suporte contínuo através de grupos de apoio, independentemente da estrutura específica.

O estudo «Toi Mème» evidencia a aplicação prática da fenotipagem digital na gestão do PB. A colheita de dados comportamentais em tempo real por meio de smartphones oferece uma visão abrangente da atividade da PB. Esta abordagem pode melhorar a compreensão, deteção precoce e resposta ao tratamento.

Nos artigos selecionados, pode-se constatar a importância de considerações éticas, privacidade e conformidade com padrões éticos ao desenvolver intervenções digitais. A discussão

dessas questões é fundamental para garantir a proteção e a confidencialidade dos dados das pessoas que vivem com PB.

A automonitorização através de aplicações podem ser integradas na prática clínica, no entanto os benefícios sistémicos devem ser explorados, pois poderá levar a aquisição de insights sobre o impacto mais amplo deste tipo de abordagem e por outro lado ser positivo na redução de carga sobre os prestadores de cuidados de saúde mental.

Em síntese, a análise destes artigos destaca não apenas os avanços significativos na aplicação de tecnologias digitais na gestão da PB, como também identificar áreas de melhoria, considerando questões éticas, limitações metodológicas e desafios futuros. O progresso contínuo nessa área pode moldar a prática clínica e melhorar substancialmente a qualidade de vida das pessoas que vivem com PB.

A automonitorização do humor por meio de ferramentas tecnológicas, como evidenciado pelos estudos discutidos anteriormente, tem o potencial de influenciar positivamente a prática clínica em pessoas que vivem com PB.

A automonitorização oferece às pessoas que vivem com PB, uma ferramenta contínua para registar e compreender os padrões de seu humor. Isso pode resultar numa gestão mais eficaz da PB, permitindo a antecipação de episódios e a adoção de estratégias preventivas.

A colheita de dados em tempo real que é possibilitada pelo meio de aplicativos e dispositivos digitais pode facilitar a deteção precoce de alterações no humor. Isso permite intervenções mais oportunas, seja por meio de automonitorização individual ou com o suporte de «feedback» clínico, como visto no estudo «SmartBipolar».

Ferramentas de automonitorização, como o aplicativo «LiveWell,» podem promover a adesão ao tratamento. O registo diário de humor, alertas para a toma terapêutica e ferramentas de autorreflexão incentivam a participação ativa das pessoas que vivem com PB na sua própria gestão de saúde mental.

Com a automonitorização do humor de cada pessoa traz um contributo valioso e personalizado para a intervenção promovendo um cuidado mais holístico e a adoção de estratégias mais eficazes.

Com o avanço tecnológico, conforme descrito no estudo de Van der Watt, poderá contribuir para a redução da sobrecarga de profissionais de saúde mental, uma vez que a mesma é facilitadora de um acompanhamento contínuo das pessoas que vivem com PB, podendo facilitar o afastamento de consultas. No entanto, sem a disponibilidade de suporte remoto, torna-se desafiador antecipar e lidar com resultados indesejados e eventos adversos por meio da automonitorização.

A automonitorização do humor coloca as pessoas que vivem com PB no centro do processo, incentivando o envolvimento ativo na gestão da sua própria condição de saúde, o que pode levar a autonomia e maior controle sobre o próprio bem-estar da pessoa que vive com PB.

Porém, apesar da automonitorização apresentar diversos benefícios, é importante verificar também que existem desafios, tais como questões éticas, privacidade e segurança dos dados, sendo os mesmos cruciais para garantir a prática clínica segura e ética.

Em suma, pode-se averiguar que a automonitorização, por meio de ferramentas tecnológicas, demonstra ser valiosa na gestão da PB, melhorando a qualidade do tratamento, intervenções personalizadas e o envolvimento ativo das pessoas que vivem com PB no processo terapêutico.

6. CONCLUSÃO

Em síntese, a análise aprofundada dos estudos sobre automonitorização do humor, através de ferramentas tecnológicas, revela um panorama promissor no cenário do tratamento da PB. Os diversos artigos abordados destacam intervenções inovadoras baseadas em smartphones e plataformas de saúde móvel, fornecendo insights valiosos sobre como essas abordagens podem influenciar positivamente a prática clínica e a gestão a longo prazo da PB.

O estudo piloto de Jonathan (2021) apresenta a aplicação «LiveWell», uma intervenção de autogestão centrada no usuário. Essa abordagem destaca-se por incorporar o feedback dos utilizadores no desenvolvimento, promovendo a aceitação e utilidade percebida. Ao oferecer uma ferramenta abrangente que inclui registo diário de humor, alertas terapêuticos e recursos

educacionais, o «LiveWell» emerge como uma contribuição significativa para melhorar a compreensão, monitorização e estabilidade emocional nas pessoas com PB.

O protocolo do estudo «SmartBipolar» (Faurholt-Jepsen, 2023) apresenta uma estratégia inovadora, investigando os efeitos da monitorização e tratamento baseados em smartphones, com inclusão de «feedback» clínico. Essa abordagem procura entender como a orientação profissional pode aprimorar a eficácia dessas intervenções. A combinação de tratamento ambulatorial com monitoramento via smartphone, incluindo «feedback» clínico, é destacada como uma estratégia promissora para melhorar a adesão da pessoa que vive com PB e otimizar os resultados terapêuticos.

O ensaio clínico de Petzold (2019) sobre a psicoeducação em grupo e autovigilância eletrónica diária ressalta a eficácia dessa abordagem na gestão a longo prazo da PB. No entanto, questiona-se a eficácia de intervenções mais estruturadas em pessoas em estágios avançados da PB. A combinação entre psicoeducação em grupo e autovigilância eletrónica diária é identificada como uma abordagem favorável no tratamento a longo prazo da PB, ressaltando a importância de reformular estratégias de intervenção para pessoas em fases mais avançadas da doença.

O estudo sobre a plataforma «Toi Mème» (Dargél, 2020) enfatiza a capacidade dos smartphones de colher dados complexos, proporcionando uma abordagem prática da fenotipagem digital na prática clínica da PB. O aplicativo demonstra potencial ao oferecer padrões de atividade em tempo real e contribuir para uma abordagem integrada no tratamento. A revisão sistemática de van der Watt (2020) destaca a eficácia e aplicabilidade do monitoramento remoto do humor na depressão e PB. A análise enfatiza o potencial das tecnologias móveis para monitorização à distância, sendo úteis, aceitáveis e viáveis para diversos grupos demográficos. Destaca-se a relevância clínica da monitorização remota do humor como ferramenta valiosa para compreensão e gestão de perturbações do humor.

Concluindo, a automonitorização do humor por meio de ferramentas tecnológicas emerge como uma abordagem transformadora na prática clínica da PB. A automonitorização promove a adesão ao tratamento, otimizar os resultados terapêuticos e oferece uma abordagem integrada para a gestão a longo prazo da PB. Não menos importante, é que neste processo a visão é centrada a pessoa que vive com PB.

Os desafios que existem em torno desta automonitorização por via tecnológica são éticos e adaptação de estratégias de intervenção para estágios avançados da doença são aspetos que necessitam ainda de adaptação. O futuro promissor dessas tecnologias sugere uma mudança significativa na abordagem terapêutica e bem-estar das pessoas que vivem com PB.

Por fim, acrescenta-se que é uma problemática atual e ainda em desenvolvimento, sendo que não há muita investigação e encontra-se em desenvolvimento de aplicativos, no entanto demonstra ser muito promissora na prática clínica e no tratamento de PB.

7. BIBLIOGRAFIA

- Assunção, L., Coelho, D., Meinertz, F., Costa, M., Regadas, S., Carreiro, M., ... & Vale, R. T. (2022). Alterações Neuropsicológicas no Transtorno Bipolar. *E-Acadêmica*, 3(2), 2432146-2432146. <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v3i2.146>
- Bauer, M., Rasgon, N., Grof, P., Gyulai, L., Glenn, T., & Whybrow, P. C. (2005). Does the use of an automated tool for self-reporting mood by patients with bipolar disorder bias the collected data? *MedGenMed : Medscape general medicine*, 7(3), 21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.021>
- Bauer, M., Wilson, T., Neuhaus, K., Sasse, J., Pfennig, A., Lewitzka, U., Grof, P., Glenn, T., Rasgon, N., Bschor, T., & Whybrow, P. C. (2008). Self-reporting software for bipolar disorder: Validation of ChronoRecord by patients with mania. *Psychiatry Research*, 159(3), 359-366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.002>
- Cho, C. H., Ahn, Y. M., Kim, Se. K., Ha, T. , Jeon, H., Cha, B., Moon, E., Park, D., Baek, J., Kang, H. J., Ryu, V., An, H., & Lee, H. J. (2017). Design and Methods of the Mood Disorder Cohort Research Consortium (MDCRC) Study. *Psychiatry investigation*, 14(1), 100–106. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.1.100>
- Costa, D. B., Müller, L., Irigaray, T. Q., & Wagner, G. P. (2020). National Institute of Mental Health Life Chart Method – Self/Prospective (NIMH-LCM-S/P™): translation and

adaptation to Brazilian Portuguese. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 1-21.

<http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0140>

Dargél, A. A., Mosconi, E., Masson, M., Plaze, M., Taieb, F., Von Platen, C., Buivan, T. P., Pouleriguen, G., Sanchez, M., Fournier, S., Lledo, P. M., & Henry, C. (2020). Toi Môme, a Mobile Health Platform for Measuring Bipolar Illness Activity: Protocol for a Feasibility Study. *JMIR Research Protocols*, 9(8), e18818.

<https://doi.org/10.2196/18818>

Faurholt-Jepsen, M., Kyster, N. B., Dyreholt, M. S., Christensen, E. M., Bondo-Kozuch, P., Lerche, A. S., ... Kessing, L. V. (2023). The effect of smartphone-based monitoring and treatment including clinical feedback versus smartphone-based monitoring without clinical feedback in bipolar disorder: the SmartBipolar trial-a study protocol for a randomized controlled parallel-group trial. *Trials*, 24(1), 583.

<https://doi.org/10.1186/s13063-023-07625-1>

Jonathan, G. K., Dopke, C. A., Michaels, T., Bank, A., Martin, C. R., Adhikari, K., Krakauer, R. L., Ryan, C., McBride, A., Babington, P., Frauenhofer, E., Silver, J., Capra, C., Simon M., Begale, M., Mohr, D. C., Goulding, E. H. (2021). A Smartphone-Based Self-management Intervention for Bipolar Disorder (LiveWell): User-Centered Development Approach. *JMIR Mental Health*, 8(4), e20424.

<https://doi.org/10.2196/20424>

Petzold, J., Mayer-Pelinski, R., Pilhatsch, M., Luthe, S., Barth, T., Bauer, M., & Severus, E. (2019). Short group psychoeducation followed by daily electronic self-monitoring in the long-term treatment of bipolar disorders: A multicenter, rater-blind, randomized controlled trial. *International Journal of Bipolar Disorders*, 7(1), 23.

<https://doi.org/10.1186/s40345-019-0158-8>

Tsanas, A., Saunders, K. E. A., Bilderbeck, A. C., Palmius, N., Osipov, M., Clifford, G. D., Goodwin, G. M., & De Vos, M. (2016). Automonitoramento longitudinal diário da variabilidade do humor no transtorno bipolar e no transtorno de personalidade limítrofe. *Journal of Affective Disorders*, 205, 225-233

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.065>

van der Watt, A. S. J., Odendaal, W., Louw, K., & Seedat, S. (2020). Distant mood monitoring for depressive and bipolar disorders: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 383. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02782-y>

APÊNDICE B- CALENDÁRIO DE GANT

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| Semanas | 1ª sem. | 2ª sem. | 3ª sem. | 4ª sem. | 5ª sem. | 6ª sem. | 7ª sem. | 8ª sem. | 9ª sem. | 10ª sem. | 11ª sem. | 12ª sem. | 13ª sem. | 14ª sem. | 15ª sem. | 16ª sem. | 17ª sem. | 18ª sem. |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Integração na equipa comunitária da unidade Funcional de Queluz | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Realização do diagnóstico de situação e definição das prioridades | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Reflexões quinzenal | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1. Elaboração do estudo de caso | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2. Realização de consultas de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. Realização de projeto de intervenção | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2. Realização de consultas de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3. Realização de reuniões de enfermagem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4. Realização de intervenção com mediador de diário de humor | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.5. Elaboração do Relatório de Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE C- REFLEXÕES

APÊNDICE C1- REFLEXÃO- A ENTREVISTA

APÊNDICE C2- REFLEXÃO – IMPACTO DA VIDA DAS PESSOAS

APÊNDICE C3- REFLEXÃO – A NÃO ADESÃO ÀS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

APÊNDICE C4- REFLEXÃO – COMUNICAÇÃO E TEORIA DE MELEIS

APÊNDICE C5- REFLEXÃO- A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA TEORIA NA PRÁTICA

APÊNDICE C6- REFLEXÃO- O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOENÇA DA PESSOA ASSISTIDA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL

APÊNDICE C7- REFLEXÃO-AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO DA PESSOA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL

APÊNDICE C8- REFLEXÃO- LIMITAÇÕES NAS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

APÊNDICE C9- REFLEXÃO-ABORDAGEM GERAL DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

APÊNDICE C1- REFLEXÃO- A ENTREVISTA

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é realizado em âmbito académico na unidade curricular de Estágio Final inserido no plano curricular do 1º semestre do 2º ano de Mestrado de Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Portalegre, desenvolvido no âmbito de ensino clínico na unidade funcional comunitária no Hospital Fernando Fonseca.

Este trabalho surge com a finalidade de expor o conteúdo mais relevante na aprendizagem pessoal, mas direcionando-se para a maior exploração de temas que têm interesse e de mérito de maior destaque e pesquisa, fazendo reflexões críticas e pessoais acerca dos temas.

Este tem como objetivo geral evidenciar as aprendizagens realizadas em contexto de ensino clínico, tendo como objetivos específicos:

- Compreender as características do raciocínio clínico de enfermagem;
- Compreender criticamente um modelo de avaliação diagnóstica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, considerando a perspetiva individual e sociofamiliar;
- Fundamentar a indicação das diversas intervenções em função das características da situação da pessoa assistida;
- Reflexão crítica sobre a primeira entrevista realizada.

O trabalho encontra-se estruturado inicialmente pela introdução, seguido da fundamentação teórica, que engloba a avaliação diagnóstica, entrevista, planeamento de avaliação clínica e avaliação clínica. Segue-se a reflexão sobre a primeira entrevista realizada em contexto clínico. Por último, encontra-se a conclusão e bibliografia.

Importa ainda mencionar que o trabalho se encontra redigido com base no novo acordo ortográfico português e cumpre com as diretrizes de referência American Psychological Association [APA]: *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas* (7ª Edição).

1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste ponto é realizada uma breve sistematização do que é a avaliação diagnóstica, a entrevista, o planeamento da avaliação clínica e a avaliação clínica.

1.1 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para a realização de uma avaliação diagnóstica é importante ter em conta o panorama da saúde mental e também dos seus determinantes sociais e económicos. Não menos importante, é referenciar as competências do enfermeiro, quer generalista, quer especialista, dando maior ênfase ao último.

Tal como referenciado anteriormente, o enfermeiro especialista, para conseguir realizar uma boa avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica, precisa de se conhecer a si próprio, para conseguir realizar de forma mais correta a avaliação do outro. Tem de arranjar estratégias para se conseguir posicionar no papel do outro, pois a interpretação de cada um é vulnerável e a melhor forma é conhecermo-nos bem, para estarmos bem com o outro. A avaliação que cada um faz é subjetiva, devendo haver mais que uma avaliação para que, depois, com o cruzamento delas, se consiga realizar a correção e haver intersubjetividade dos dados.

A conceptualização do raciocínio clínico, ou seja, da avaliação diagnóstica, é realizada na forma de pensar em enfermagem, com objetivo e tendo em conta os critérios de diagnóstico. Referindo Sequeira (2020), o raciocínio clínico tem por base a tomada de decisão e a resolução de problemas, sendo este fundamental para a prática de enfermagem com qualidade. Podendo ainda constatar-se que o enfermeiro realiza o diagnóstico que advém da colheita de dados e análise e interpretação dos mesmos, emitindo um juízo clínico acerca da condição de saúde da pessoa assistida.

A saúde mental apresenta impacto na funcionalidade individual, pelo que o diagnóstico vai ao encontro dessas necessidades do indivíduo. O diagnóstico é a forma clínica de pensar enquanto processo, uma vez que é evolutivo e depende de um conjunto de critérios. É necessário conhecer a pessoa para complementar o diagnóstico. Como tal, o diagnóstico é condicionado pela evolução positiva e/ou negativa do processo. A relação que é criada com o outro tem uma variação em espiral ascendente, o que leva a amplificação do conhecimento com o outro. De acordo com Sequeira, Sampaio & Gonçalves (2020), o diagnóstico e a intervenção é realizado, em saúde mental, perante respostas desajustadas ou desadaptadas ao processos de transição. Na prática de enfermagem diária, em todos os momentos com o outro, encontramos-nos a realizar intervenção e diagnóstico, ficando o mesmo ampliado. Deste modo, percebemos que a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica se articulam. Para a realização de avaliação e diagnóstico, é necessário que o enfermeiro apresente conhecimento baseado na evidência científica e, assim, crie um processo sistemático e que seja reavaliado, tendo em conta sempre de quem cuida, pois ninguém melhor que a pessoa assistida para saber como cuidar dela. Assim, junta-se a natureza de quem cuidamos com a prática clínica baseada na evidência científica.

Consequentemente, é necessário abordar a entrevista em enfermagem, visto que é o primeiro contacto com a pessoa assistida e através do qual se consegue aceder à intimidade do outro e extrair informações para uma avaliação diagnóstica, a qual leva à intervenção terapêutica.

1.2. ENTREVISTA

A entrevista em enfermagem é o primeiro contato com a pessoa assistida, sendo este crucial para o estabelecimento da relação terapêutica. É um processo de conhecimento do outro.

"A entrevista clínica é uma interação comunicativa entre o profissional de saúde e uma pessoa, grupo, família, pela qual o profissional organiza um processo de observação e de recolha de informação através de questões, com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem." (Sequeira, 2020, p. 90),

O mesmo autor, acrescenta ainda que a "entrevista é uma forma de interação social e diálogo assimétrico em que uma das partes procura recolher dados e a outra ser fonte de informação."(P.90).

De acordo com Chalifour (2009), a entrevista é um meio estruturador entre as trocas de informação do profissional e da pessoa assistida.

A entrevista nos cuidados de enfermagem é primeiramente uma comunicação verbal ao longo de uma interação de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, à promoção ou restauração da saúde" (Bermosk e Mordan ,1964, cited as Chalifour ,2009, p.58).

Segundo Sequeira (2020), a entrevista é composta por determinados componentes, entre eles o contacto com pessoa, as técnicas de comunicação verbais e não verbais, e as estratégias para a obtenção de informação, apresentando sempre como objetivos na entrevista, identificar os problemas ou necessidades e clarificar ou excluir os mesmos.

1.3. PLANEAMENTO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Com as informações adquiridas na disciplina Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, este processo inicia-se

numa fase que antecede à entrevista, em que o enfermeiro requer uma preparação pessoal, definição do tipo de entrevista, recolha de informação prévia, o local, formas de registo de dados e questões éticas. Na **preparação pessoal**, o enfermeiro tem de apresentar uma estrutura conceptual para avançar, apresentar disponibilidade para o outro, e a importância da qualidade do tempo para o outro e não a quantidade. Também é importante conhecer os vários tipos de entrevista. Deste modo, nesta preparação pessoal deve-se desligar de fatores que podem interferir, como, por exemplo, o telemóvel, encontrar-se com disponibilidade e mentalmente preparado para o outro.

A recolha de informação prévia não deve condicionar, só deve dar informações para conhecer a pessoa, e, no momento da entrevista, a informação que temos deve ser gerida com parcimónia. A mesma informação deve ser gerida em contexto com o que depois iremos conhecer do outro, porque não existe sempre uma verdade absoluta entre o que temos e o que vimos a conhecer. Como tal, é de notar que se deve realizar o cruzamento da mesma e formar a espiral ascendente.

Não se pode desvalorizar o conhecimento acerca da fisiopatologia para direcionar a entrevista, pois, se existem alterações do pensamento ou da perceção, as perguntas não devem ser dúbias ou até muito elaboradas.

Deve-se ter em conta **o local**, um espaço que garanta privacidade, e poderá ser tanto isolado, como em grupo, mas sempre adequado à pessoa que vamos entrevistar.

Na fase de **escolher as formas de registo**, a pessoa assistida deve ser informada do que vai ser registado e também quem vai ter acesso, podendo a mesma recusar ou até mesmo condicionar o acesso à informação. É nesta etapa que se deve traçar o guião da entrevista, para perceber o impacto da doença na sua vida.

Por fim, relativamente à preparação da entrevista, temos de ter em conta as **questões éticas**, questões em psiquiatria, como delicadeza. Não obstante, é necessário garantir o respeito incondicional e também a autonomia da pessoa assistida. Com relevância ainda, salientar que deve preservar-se a entidade física e perceber a pessoa com doença mental.

De acordo com Sequeira (2020), existe uma preparação da entrevista em que se deve ter em conta informações sobre a pessoa, de modo a saber colocar as questões necessárias para obter o máximo de informação, e também o agendamento prévio da entrevista com o interessado,

considerando a disponibilidade dos intervenientes. Deve haver preparação do contexto em que neste ponto, tal como referido anteriormente, deve preparar-se e organizar-se o espaço, evitando ruídos, com especial atenção à colocação de cadeiras. Não menos importante, e salientando o mesmo autor, é preparar o guião para a entrevista, onde deve ser organizado de forma lógica com os materiais pretendidos para a avaliação.

1.4. AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica é elaborada em quatro fases, que serão desenvolvidas de seguida, com as informações adquiridas na disciplina Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

1ª fase - Definição de papéis: esta etapa, em que se realiza a interação com o outro, através do acolhimento, é a primeira impressão, sendo crucial para a atenção das pessoas. Nesta fase, é fundamental a forma como se acolhe a pessoa, a qual deve ser feita de forma personalizada, pois, nesta fase, consegue-se colher muita informação acerca da pessoa assistida.

A apresentação pessoal do enfermeiro especialista deve ser usada como instrumento terapêutico, tendo em conta a postura que adotamos de forma terapêutica e se nos adequamos aos objetivos estabelecidos, não descorando a forma como nos expressamos verbalmente e com o não-verbal.

É também nesta etapa que se realiza o posicionamento, em que deve ser lado a lado e sem que existam obstáculos físicos. A nossa postura corporal diz muito acerca da disponibilidade para o outro e há a clarificação de papéis. Como já referido, a aplicação dos objetivos da entrevista e também aspetos pragmáticos que se podem aplicar no decorrer da entrevista.

É nesta fase que se inicia a interação com outro através do acolhimento, apresentação pessoal, posicionamento dos atores, e clarificação dos papeis, objetivos e aspetos pragmáticos da entrevista

Sequeira & Sampaio (2020), classificam esta fase como uma fase inicial onde ocorre o primeiro contacto, sendo que vai ao encontro do anteriormente referido, acrescentando que as principais fases desde etapa é criar um clima terapêutico que permita a confiança e a compreensão, clarificar os motivos da entrevista e estabelecer acordo com a pessoa assistida acerca dos motivos a abordar e aos objetivos a alcançar.

Saliento que o autor reforça a informação, que é importante a clarificação dos objetivos do enfermeiro especialista e as expectativas da pessoa assistida., sendo que devem ser sempre esclarecidas. A entrevista deve iniciar-se sempre com questões abertas, de forma a permitir um diálogo livre de expressão das vivências psíquicas da pessoa, face à doença e tonalidade emocional, pois permite o desenvolvimento de relação de confiança e aliança terapêutica essencial em qualquer entrevista.

A 2ª fase contempla duas perspetivas, sendo a da pessoa assistida e a do enfermeiro.

É importante que a perspetiva da pessoa assistida seja a primeira, pois através desta conseguem obter muitas informações para a perspetiva do enfermeiro, nomeadamente saber como a pessoa assistida se sente, o que o preocupa e o seu conhecimento sobre as patologias e as estratégias que usa para funcionar com as alterações.

O enfermeiro organiza de forma conceptual o que lhe foi transmitido na perspetiva da pessoa assistida. A apresentação da pessoa assistida é importante, porém não se podem criar estereótipos acerca da mesma, ou seja, deve perceber-se, por exemplo, se a roupa está adequada à temperatura e à estação do ano e não à forma como conjuga as peças.

A história familiar é fundamental para, por um lado, perceber a situação e perceber os "pilares" da pessoa assistida e, por outro lado, para conhecermos fatores ambientais, protetores e genéticos.

É importante nesta avaliação ter em conta a forma como a pessoa assistida se gesticula e se expressa com o não-verbal, pois é neste detalhe que conseguimos perceber as características pessoais da pessoa assistida.

A doença mental espelha-se através do corpo, pelo que é necessário estar atento aos pormenores para a avaliação e analisá-los.

As expressões mímicas e motricidade, o contacto e linguagem são importantes, tendo de ser avaliados e de se perceber as suas características. Em caso de suscitarem dúvidas, podem ser discutidos entre equipa posteriormente, pois criar estereótipos é fácil, por isso é fundamental discutir a dúvida.

O estado de consciência, para além de poder utilizar instrumentos de avaliação, tem de perceber o estado de consciência do próprio, do corpo e do mundo. É importante ter consciência do corpo, devido às alterações corporais que podem interferir com o mesmo e ainda a percepção que a pessoa assistida tem sobre o que o rodeia.

Os impulsos e vontade são determinantes para o seu quotidiano, ou seja, a capacidade para os manter, pois se forem disruptivos, perdem os limites dos impulsos e podem entrar numa adinamia.

Humor, sendo este também um ponto importante de avaliação para perceber como a pessoa assistida se encontra. O humor, quando não se controla na quantidade normal, pode ser um problema, como o humor disfórico, deprimido ou até outras caracterizações. O humor das emoções e afetos também deve ser tido em consideração, pois, embora seja a parte menos racional, faz parte da vida. Deve também avaliar-se o pensamento e a percepção, uma vez que, se estes se encontram alterados, podem apresentar uma panóplia de alterações, que são pertinentes avaliar, nomeadamente em quem apresenta essas alterações. Referente ainda a esta etapa, não descorar o exame físico, que consiste em avaliar a capacidade de autocuidado, onde se avalia a capacidade funcional e também o raciocínio de execução, tendo em conta a patologia.

Realiza-se a colheita de dados relativos a alterações psiquiátricas, alterações fisiológicas e também o regime terapêutico. Observar pele e mucosas e o controlo de esfíncteres.

Por fim, avaliam-se os efeitos comportamentais e sintomas face ao dia-a-dia da pessoa assistida, por exemplo, se deixou de ir ao trabalho por alterações do pensamento e percepção.

Em síntese, pode-se acrescentar que, de acordo com Pinho & Marques (s.d.), a entrevista tem de contemplar os seguintes aspetos na avaliação da pessoa assistida:

História biopsicossocial e de saúde: Identificação; queixa principal; Avaliação dos sinais vitais, história da doença atual; história clínica; medicação atual; história de consumos de substâncias ou

álcool; história familiar; funcionamento social e relações interpessoais; funcionamento ocupacional ou profissional; mecanismo de adaptação; Avaliação do estado mental: Aparência geral; atitude e postura; atividade psicomotora, discurso; nível de consciência; estado cognitivo; pensamento; senso percepção; afetividade e humor; juízo crítico; Funções psicofisiológicas: sono; comer e beber; sexualidade; outras alterações relevantes.

A **3ª fase** é a de encerramento, que é tão pertinente quanto o início do acolhimento. É nesta etapa que temos que definir e reforçar o término à entrevista, para que o outro o perceba. É nesta fase que também transmitimos o que foi realizado no decorrer da entrevista e quais os seus planos e, por fim, o compromisso.

A **4ª fase** é a análise e estabelecimento de diagnóstico, isto é, realiza-se a análise da interação, análise dos dados e definem-se diagnósticos CIPE. É de salientar a importância destes serem discutidos com a equipa multidisciplinar e expostos à pessoa assistida, para que o trabalho seja agregado em prol desta.

Ao longo da entrevista, podem aplicar-se diversos instrumentos de avaliação, tais como:

«Mini Mental State Examination»;

«Positive and Negative Syndrome Scale»;

Escala de Depressão Geriátrica;

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress;

Escala de «Insight» Marková e Berrios;

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

Segundo Sequeira & Sampaio (2020), importa referir que existe, apenas três fases, sendo que a primeira corresponde também à primeira fase anteriormente explorada.

A segunda fase engloba a fase exploratória que vai ao encontro da segunda fase anteriormente referida. O autor defende que é a fase de excelência na entrevista, pois é aqui que o enfermeiro explora as necessidades do outro, através das técnicas de comunicação e salienta que é essencial classificar as percepções, validar a informação e fazer a síntese do material mais revelante. É nesta fase que se recolhem os principais conteúdos, como dados pessoais, história familiar, história pessoal e história clínica.

Na última fase, de acordo com os autores referidos, é onde se apresenta um resumo final ou «feedback» mútuo e, posteriormente, realiza-se a prescrição para a ação, sendo que se informa a pessoa assistida sobre o processo seguinte e se traça um plano em conjunto. Importa ainda referir que se agenda o próximo contato e dá-se o encerramento com a despedida cordial entre os intervenientes.

Por fim, é de realçar que, após o encerramento, é importante o registo de informação no processo clínico.

2. REFLEXÃO DE PRIMEIRA ENTREVISTA

No dia 22 de setembro de 2023 foi realizada, em contexto de ensino clínico, uma entrevista para eventual situação de crise, que se revelou de avaliação inicial.

O início de entrevista não foi o melhor, tendo em conta que estava mais ansiosa perante o contexto de observação, realizei uma entrevista muito direta e com pausas que provavelmente não valorizei e que poderiam colocar o estabelecimento de relação terapêutica em causa. Não tive essa percepção, uma vez que o meu foco inicial era que a senhora se apresentasse, uma vez que eu me encontrava a escrever os dados. Era notório, para quem estivesse a assistir, que houve alguns momentos de silêncio por falta da minha intervenção, que não seria indicado e poderia condicionar a relação terapêutica com a pessoa assistida. É de referir que esta situação foi comentada, posteriormente, com objetivo de melhorar, o que me permitiu adquirir consciência dos atos praticados, naquele momento. Tenho noção de que deveria ter estado com o foco na pessoa

assistida numa fase inicial, pois é, neste momento, que se estabelece a primeira impressão que pode ajudar ou prejudicar o ganho da relação de confiança e empatia.

No desenrolar da entrevista, percebi que a pessoa assistida desenvolvia muito os temas sem linha cronológica, mas que, tendo em conta o que se preconiza teoricamente, em que devemos deixar a pessoa assistida expressar as suas emoções, sentimentos e, nomeadamente, promover a verbalização do significado da situação de vulnerabilidade ou até mesmo em crise, logo achei fundamental o permitir. No entanto, o tempo é escasso e a continuidade é longínqua, assim a entrevista tem de ser pragmatizada ao máximo para que ocorra desde logo uma intervenção, com o intuito de resolver problemas e facultar alternativas viáveis à sua concretização pela própria. Não menos importante, foi colocar questão limitadas no tempo, que facilitou o entendimento de todas as circunstâncias.

Na minha opinião, a parte que consigo apresentar melhor é o estabelecimento da relação que poderia ter sido deficitária, tendo em conta a postura inicial, que não se manifestou e, por outro lado, penso que foi pertinente e eficaz o repetir e validar de informação que demonstra atenção e a compreensão do outro.

Das maiores dificuldades com o qual me defrontei foi proveniente do contexto de trabalho ser na comunidade, uma vez que também este exige da parte do enfermeiro um pensamento mais pragmatizado e, por outro lado, com consciência do que poderá advir da situação, pois tudo pode influenciar o estado clínico da pessoa assistida e não existiu a mesma vigilância que num internamento o que me está a causar alguma dificuldade na adaptação e que será um dos grandes desafios ao longo do estágio.

Indo ao encontro do referido anteriormente, o enfermeiro especialista tem um papel distinto e complexo, porque se, por um lado, a pessoa assistida tem a parte de expressão, por outro lado, o enfermeiro tem de se encontrar a delinear a intervenção que vai realizar com benefício no processo de saúde/doença da pessoa.

Outra das dificuldades com a qual me defrontei foi o facto de saber que a história já era conhecida e já tinha tido certas intervenções, pelo que me condicionou na tomada de decisão, pois o que eu tinha em mente já teria sido colocado em prática e já era conhecida a envolvência e influência da família na pessoa assistida. Posteriormente, foi visível que teria sido uma má decisão,

que em caso total de desconhecimento, poderia ajudar a nível de mediação de discussão entre o casal.

No decorrer da evolução da entrevista o momento que saliento e tive noção que necessitei de uma intervenção por parte da orientadora foi após o relato da pessoa assistida, pois pretendia realizar uma questão, mas tive receio, tendo em conta o quadro clínico de depressão. A pessoa assistida manifestou ao longo da entrevista uma rigidez e objetivo apenas nos outros e nada centralizada na própria, mesmo quando tentei estabelecer o diálogo nesse sentido. Realizar uma questão simples, como os objetivos de vida, poderiam desencadear enumeras reações e a pessoa assistida apresentar «insight» sobre os objetivos de vida direcionados para a mesma, na minha opinião poderiam desencadear coisas negativas na mesma e que seria mais um stressor ao contexto de vida da pessoa assistida. Perante esta sensação de incapacidade que senti, houve um silêncio que não era benéfico, que necessitava de intervenção na gestão do mesmo, ou seja, era um silêncio constrangedor, precisando de uma alternativa, de modo a conduzir a entrevista de outra maneira, com o objetivo de atingir o problema principal, que seria a influência da patologia em termos da sua funcionalidade.

Com a ajuda de intervenção da orientadora, consegui reorganizar o meu pensamento e encontrar uma linha condutora para a sua continuação.

Em termos gerais, a entrevista não foi negativa para mim, senti-me confortável, em quase todos os momentos e considero que foi um momento de grande aprendizagem. Não acho que seja um papel fácil e acho que, perante a prática, também conseguimos ter as estratégias e a sequência muito mais interiorizada, o que permite sedimentar os conhecimentos teóricos. Tenho plena noção que não vão existir entrevistas iguais, pois todas as pessoas são diferentes, e nós próprios não nos encontramos sempre iguais.

O mais importante é estarmos disponíveis para o outro e termos a melhor intervenção possível no momento certo com as pessoas que nos procuram. No entanto, saliento que o autoconhecimento é uma das competências que deve ser diariamente desenvolvida, para que assim nos encontremos com maior capacidade de gestão da informação que nos é transmitida, pois existem histórias que não são tão bonitas ou que se consigam interiorizar facilmente.

Por fim, a importância de colmatar as minhas lacunas são fundamentais para o desenvolvimento profissional, carecendo de uma planificação antecipada do caso, tendo em conta o contexto do local onde me insiro.

3.CONCLUSÃO

A existência de enfermeiros especialistas com as competências desenvolvidas é importante para o desenvolvimento de maiores atividades na área de saúde mental, podendo assim contribuir para uma evolução da saúde mental no país e para aumentar a qualidade dos cuidados na comunidade, sendo uma mais-valia.

É importante que o enfermeiro especialista apresente um autoconhecimento de si próprio para prestar melhores cuidados e conseguir gerir de forma eficiente as questões que podem surgir.

A avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica constitui um raciocínio clínico acerca de uma pessoa em processo patológico ou ainda numa fase preventiva. É necessário que o enfermeiro apresente desenvolvidas as capacidades de priorizar e sistematizar o que tem de ser feito perante um indivíduo.

A entrevista merece destaque, uma vez que é um primeiro contacto com a pessoa e, através desta, poderá recolher muitas informações cruciais para o processo clínico, bem como, no final, elaborar um plano individual de intervenção junto da pessoa assistida e envolvendo-se, se necessário, no seu contexto, como família, ou até amigos próximos.

Não é fácil realizar um plano de intervenção, mas é um dos momentos importantes para delinear o que se pode fazer a seguir e que tipo de cuidados são necessários para a pessoa assistida.

É importante desenvolver a intervenção psicoterapêutica, tendo em conta as características individuais da pessoa assistida, ao passo que são conseguidos ganhos e prevenções importantes no processo de doença.

Deste modo, desenvolver este trabalho foi gratificante para a minha aprendizagem, mas também permitiu sensibilizar-me para a necessidade de continuar a desenvolver investigação

acerca deste tema, bem como prosseguir no meu conhecimento e desenvolvimento pessoal nesta área.

4.BIBLIOGRAFIA

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*, volume 1. Loures, Portugal: Editora Lusodidata.

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção*, volume 2. Loures, Portugal: Editora Lusodidata.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda

APÊNDICE C2- REFLEXÃO – IMPACTO DA VIDA DAS PESSOAS

1.NOTA INTRODUTÓRIA

O ciclo de «Gibbs» é um instrumento que orienta, através de seis etapas, a operacionalização do exercício reflexivo. As etapas são: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planejar a ação (Jasper, 2003).

Com a presente reflexão é pretendido a descrição e análise de experiências vividas, com objetivo de desenvolver a competência específica do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (Ordem dos enfermeiros, 2018).

1.1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No decorrer do estágio final, na unidade funcional, deparei-me com uma ampla variedade de pessoas, cada um com a sua história de vida única e complexa. As suas experiências pessoais, traumas e desafios moldam a sua condição de saúde mental e a forma como eles interagem com o sistema de saúde.

No decorrer de diversas consultas ouvi histórias que apresentaram grande impacto na minha vida, no sentido em que as pessoas travam grandes batalhas perante o seu estado de doença e que impactam na sua vida. Também ao conhecer as pessoas e ao estar presente nas consultas apercebi-me que, de alguma forma, estas situações geravam sentimentos e emoções em mim.

1.2-FACTORES DO CONTEXTO

O contexto de enfermagem em saúde mental é complexo, envolvendo a interação com pessoas em estados emocionais e psicológicos vulneráveis. Em contexto de consulta, a equipa multidisciplinar e as políticas de saúde mental também influenciam a prestação de cuidados. Além disso, as histórias de vida dos pacientes são influenciadas por fatores socioeconómicos, culturais e familiares.

Cada pessoa traz consigo vivências únicas que são influenciadas da maneira como cada um percebe o mundo e as suas ações.

1.3-SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Durante o atendimento de utentes, experienciei uma ampla gama de emoções. A empatia era uma constante, à medida que eu me esforçava para entender as lutas e desafios que cada paciente enfrentava. Também senti uma profunda responsabilidade em fornecer apoio e cuidados adequados.

Desencadearam-se, no decorrer das consultas, muitos sentimentos, entre eles, a revolta. Além disso, a emoção da compaixão, a frustração, a raiva e tristeza perante a situação.

Havia histórias que me desencadeavam estes sentimentos menos agradáveis, uma vez que me colocava no lado do outro, vivenciando com a pessoa o que a mesma trouxera para a consulta. Revolta-me a falta de respostas adequadas que existem na sociedade e a falta de apoio que estas pessoas apresentam pela família, mesmo entendendo que já quebraram muitas linhas da relação. Isto faz com que a tristeza surja de algum modo em mim, pois o que idealmente aconteceria seria que os laços familiares eram mais fortes mesmo perante as adversidades que a pessoa com doença do foro mental desencadeasse nos familiares.

Em termos de me causar sentimentos de angústia, ou de me surpreender muito, ou ficar a pensar de forma ruminativa, devido à experiência profissional, essas já não surgiram. A grande diferença é que não esperava que, na comunidade, a família não tivesse muito interesse na situação de doença da pessoa, apesar de, à priori, ter uma leve noção, não era com base na realidade vivida, pois o contexto de cuidados é diferente.

No entanto, também percebi que, no meio das preocupações demonstradas pelas pessoas, estas já se encontravam conscientes dos entraves existentes, e o meio de procura de ajuda era, muitas vezes, para conseguir exteriorizar e assim arranjar estratégias de resolução de problemas.

Em síntese, perante as emoções vividas, desde a compaixão à frustração e desafio, ouvir as histórias dos outros, faz-me sentir empática pelas suas lutas e motiva-me a prestar os melhores cuidados. Não menos importante, aprendemos sempre a tirar coisas positivas com os outros para a nossa vida, e aqui pode-se verificar a resiliência, a força e, muitas vezes, a coragem para seguir em frente.

1.4- AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A avaliação da experiência é fundamental em enfermagem de saúde mental, pois compreender a história de vida de uma pessoa é essencial para fornecer um atendimento eficaz. As histórias de vida desempenham um papel fundamental na formação da saúde mental de um indivíduo, pois podem revelar traumas passados, fatores de risco e recursos de resiliência.

As histórias de vida das pessoas têm um impacto significativo nas suas perspetivas, valores e escolhas. Elas são uma fonte rica de aprendizagem, e a minha avaliação da experiência é que elas são imprescindíveis para a compreensão e respeito mútuo. Essas histórias, muitas vezes, desafiam preconceitos e estereótipos, promovendo a tolerância e a aceitação. Não obstante, a literacia tem de ser feita com mais persistência na sociedade de modo a combater os preconceitos e estereótipos e assim ajudar a que existam melhores respostas da cidadania para com a pessoa com doença mental.

Por fim, com o conhecimento da história do outro, também provém o impacto pessoal que tem de ser gerido de modo a não prejudicar a saúde mental desenvolvendo estratégias de proteção para que não apresentemos repercussões disso como uma fadiga emocional ou stress.

1.5-ANÁLISE CRÍTICA

A análise crítica demonstra que o conhecimento das histórias de vida das pessoas permite uma abordagem de tratamento mais personalizada e centrada na pessoa. A sensibilidade cultural, a empatia e o entendimento das influências socioeconómicas são cruciais para fornecer cuidados de saúde mental eficazes e com respeito. Isto envolve reconhecer que cada pessoa é única, com necessidades específicas e recursos individuais. As histórias de vida não apenas ajudam a identificar os desafios, mas também as forças e fontes de resiliência que podem ser aproveitadas no tratamento.

Para conhecer a história de vida das pessoas em consultas podem-se desenvolver diversas intervenções, desde a mais básica como uma avaliação inicial, que demonstra ser muito dirigida e não existe muita abertura à pessoa, até às intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas pelo enfermeiro especialista.

Neste caso, a intervenção mais adotada na minha perspetiva é a relação de ajuda, que segundo Phaneuf (2005), é um processo interpessoal, no qual uma pessoa procura apoiar outra nas suas necessidades, desafios ou dificuldades. Essa relação é caracterizada pela empatia, respeito e compreensão do outro, visando promover o seu bem-estar e desenvolvimento pessoal. Ainda segundo Phaneuf (2005), a capacidade de não julgar o outro implica a ausência de juízos de valor, de avaliações, de críticas, sendo possível levar a pessoa a fazer essa avaliação e reflexão por si mesma.

A relação de ajuda requer algumas características específicas para ser realizada de forma efetiva. Deve ocorrer em sessões previamente agendadas, com um planeamento cuidadoso, estrutura e objetivos claros. O principal objetivo dessa intervenção é destacar a capacidade inata

da pessoa de se autodesenvolver, utilizando uma abordagem não diretiva e centrada na pessoa. É importante criar um ambiente acolhedor que favoreça o crescimento, permitindo que a pessoa seja autêntica, compreendida e aceite. Nesse ambiente, poderá encontrar soluções para os seus problemas, utilizando os recursos disponíveis (Sequeira & Sampaio, 2020).

A intervenção de relação de ajuda baseia-se em estabelecer ligação terapêutica entre o profissional de enfermagem e a pessoa que procura ajuda, sendo esta relação pautada pelo respeito, empatia, autenticidade, congruência, confrontação da relação terapêutica. Os autores destacam que a relação de ajuda envolve habilidades de comunicação efetiva, como a escuta ativa, a capacidade de fazer perguntas reflexivas, o uso adequado de linguagem não verbal e a assertividade. É importante que o profissional esteja presente e disponível para o outro, demonstrando interesse genuíno em compreender as suas experiências e perspetivas.

Além disso, a intervenção de relação de ajuda procura promover a autonomia e a capacitação da pessoa, incentivando-a a explorar as suas próprias soluções e recursos para lidar com os seus problemas. O profissional de enfermagem desempenha um papel de facilitador, fornecendo apoio emocional, informações relevantes e orientações práticas, considerando as necessidades individuais e o contexto sociocultural do indivíduo. Uma das técnicas utilizadas é, por exemplo, o treino de técnica de resolução de problemas.

Ainda referenciando os mesmos autores, importa salientar que a intervenção de relação de ajuda é um processo dinâmico, que requer constante aprimoramento das habilidades do profissional e uma abordagem individualizada. Esta pode ocorrer tanto em situações pontuais, como numa conversa de apoio, e ainda em intervenções mais estruturadas e prolongadas, como a terapia de grupo.

Em suma, e de acordo os autores, a intervenção de relação de ajuda na enfermagem em saúde mental procura estabelecer uma ligação terapêutica baseada na empatia e no respeito mútuo, com o objetivo de promover o bem-estar e a autonomia da pessoa assistida.

De acordo com Chalifour (2009), quando um profissional oferece ajuda, este cria um ambiente propício para ajudar a pessoa a lidar com as dificuldades que está a enfrentar. Estas condições são baseadas no reconhecimento de que cada pessoa assistida é única e possui uma maneira particular de interagir com seu ambiente. Além disso, o profissional estrutura os meios que permitem à

pessoa assistida desenvolver uma maior consciência de si mesmo e aceder aos seus recursos pessoais.

Ao combinar esses recursos pessoais com os serviços profissionais disponíveis, a pessoa pode enfrentar determinadas dificuldades, atender às suas necessidades e desenvolver-se de acordo com a sua natureza. Essa abordagem de ajuda profissional procura criar as melhores condições possíveis para facilitar o crescimento e a superação dos desafios enfrentados pela pessoa.

1.6-CONCLUSÃO

As histórias de vida das pessoas são essenciais para a compreensão da complexidade da experiência humana. Elas ensinam que a empatia e o respeito são fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Também me fazem refletir sobre o papel que todos nós desempenhamos na formação dessas histórias, seja como indivíduos ou como sociedade.

As histórias de vida das pessoas têm um impacto profundo na enfermagem de saúde mental. Elas são a base para uma abordagem holística, centrada na pessoa e culturalmente sensível ao tratamento de perturbações mentais. Compreender essas histórias é essencial para prestar cuidados de qualidade.

A intervenção de relação de ajuda é explorada no sentido de dar resposta as histórias das pessoas para que as mesmas sejam expostas.

Não descorando o impacto das mesmas em cada um dos profissionais e como resposta a esta reflexão, é importante compreendê-las e no momento envolvermo-nos, mas para que nós consigamos manter a saúde mental também é necessário arranjarmos estratégias para que consigamos ultrapassar sem que a história do outro se torne um problema emocional para cada um de nós.

1.7-AÇÃO FUTURA

Com base nessa reflexão, pretendo continuar a aprimorar a minha capacidade de escutar e compreender as histórias de vida dos pacientes. Isso inclui aprofundar a minha sensibilidade cultural e minha habilidade em desenvolver planos de tratamento individuais que considerem as experiências únicas de cada pessoa.

Essa reflexão de «Gibbs» destaca a relevância das histórias de vida das pessoas e como estas moldam a nossa compreensão do mundo e o nosso compromisso com a justiça social e a igualdade. É uma recordação constante da importância de respeitar e aprender com as experiências e perspectivas de todos.

1.8- AVALIAÇÃO DA REFLEXÃO

A reflexão sobre o impacto das histórias de vida em enfermagem e saúde mental reforçou a importância de abordar a saúde mental de forma holística, levando em consideração o contexto individual de cada pessoa. Isso é fundamental para fornecer cuidados de qualidade e ajudar as pessoas a alcançar um estado de saúde mental mais equilibrado e resiliente.

Assim, esta reflexão de «Gibbs» permitiu avaliar como as histórias de vida das pessoas têm impacto profundo na nossa compreensão do mundo e nas ações que tomamos enquanto pessoas e profissionais. Destaco, ainda, a importância de reconhecer a diversidade de experiências e de trabalhar em direção a uma sociedade diferente que se manifeste inclusive com pessoas que tenham patologias mentais, sem nunca esquecer que um dia pode ser um de nós, uma vez que a saúde mental é uma linha muito tênue e cabe a cada um de nós ter estratégias de gestão dos nossos recursos para garantir a saúde mental.

BIBLIOGRAFIA:

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção*, volume 2. Loures, Portugal: Editora Lusodidata.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care*. Reino Unido: Nelson Thornes Ltd

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª série, 151, 21427-21430. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Portugal, Loures: Lusodidacta.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda

APÊNDICE C3- REFLEXÃO – A NÃO ADESÃO ÀS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

1.NOTA INTRODUTÓRIA

O ciclo de «Gibbs» é um instrumento que orienta, através de seis etapas, a operacionalização do exercício reflexivo. As etapas são: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planejar a ação (Jasper, 2003).

Com a presente reflexão, é pretendido a descrição e análise de experiências vividas, com objetivo de desenvolver a competência específica do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (Ordem dos enfermeiros, 2018).

1.1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No decorrer do ensino clínico, propus-me a realizar intervenção psicoterapêutica com mediação de um diário de humor. Deparei-me com uma pessoa que não cumpriu com o que teria de fazer para se poder trabalhar em consulta, ou seja, não apresentou adesão ao regime terapêutico (preenchimento do diário de humor).

Deparei-me que a sua adesão não foi total, mas sim a mesma que em diário, descrevendo momentos positivos e prazerosos que, de certo modo, tinham impacto positivo na sua vida.

Para resolver a situação no imediato arranjei estratégias. Inicialmente, quis perceber o motivo que a potenciava a não realizar a atividade e, posteriormente, explicar e motivar a realização do mesmo, expondo novamente a importância da sua utilização.

1.2-FACTORES DO CONTEXTO

Em termos de fatores do contexto, pode-se explorar a motivação da pessoa, o contexto de vida, a resistência e possíveis barreiras.

Em termos motivacionais, a pessoa apresenta-se com característica muito vincada de avolia e também alguma anedonia, o que, desde logo, poderá ser um entrave na adesão.

Em termos de contexto de vida, a pessoa vive com perturbação bipolar e tem apresentado oscilações de humor, o que poderá interferir com a adesão ao tratamento.

No que se refere a resistências e possíveis barreiras, a pessoa que vive com perturbação bipolar poderá apresentar dificuldade perante a mudança, ou seja, a mudança de introduzir um momento de escrita no diário, o que leva também a refletir sobre possíveis emoções e factos que a mesma não se encontra preparada a exteriorizar, o que lhe podem causar sentimentos menos positivos, isto é, medo de lidar com emoções.

Perante o exposto, a adesão iria ser um desafio, mas perante a última consulta, a mesma apresentaria compromisso na realização do diário de humor, estabelecendo uma aliança terapêutica.

Não obstante, foi visível que o seu compromisso foi momentâneo, apesar de ter demonstrado a compreensão e mesmo o conhecimento na última consulta.

Em termos de condicionamento e adversidade, perante a situação, foi bastante, mas foram arranjas outras estratégias de contorno da situação através de uma entrevista motivacional, uma vez que a mesma apenas teria descrito situações que lhe causassem alegria e satisfação.

1.3-SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Quando percebi que a pessoa não tinha realizado a atividade, senti-me um pouco desorientada perante o que tinha inicialmente planeado. Questionei-me internamente como contornar a situação, o que me causou fragilidade e insegurança momentânea. Mas, de forma espontânea, comecei um diálogo para lhe voltar a expor a situação e para arranjar forma de adesão através da motivação, ou seja, fazê-la perceber da importância que a atividade tinha para a sua vida e para as consultas que tencionava realizar.

Também me senti impotente, uma vez que não dependeria apenas da minha intervenção, mas também de haver mudança por parte da pessoa, o que sai do meu controlo. O sentimento de não conseguir controlar tudo, torna-se desafiante, mas acarreta também uma preocupação para com a pessoa, pois é ela que poderá ter benefício da implementação da intervenção.

Além de me ter sentido um pouco desmotivada perante adversidade, também me senti preocupada, quer com a eficácia do tratamento, quer com o facto de se conseguiria após esta consulta ter sucesso na implementação do diário de humor.

Perante a situação toda no decorrer de uma intervenção motivacional, tentei manter-me empática e disponível, com o objetivo de também encontrar solução para a resistência, tendo intrinsecamente um desafio perante o descrito.

1.4- AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Perante a situação, e tendo em conta o contexto de pessoa que vive com perturbação bipolar, é importante reconhecer que a não adesão ao tratamento é comum e pode ter causas diversas como o medo, resistência, falta de compreensão e até a falta de motivação.

O facto de ter decidido aplicar a intervenção motivacional permitiu explorar algumas razões que não a levaram a descrever todas as situações e o porquê de só dizer o que realmente lhe traz prazer, o que me levou a encontrar maneiras de abordar a situação e direcioná-la a colaborar com a adesão ao diário de humor.

Foi uma experiência que considero valiosa, uma vez que percebi que não era o motivo de não querer participar, mas o enfrentar de barreiras específicas em relação à tarefa, como o descrever de sentimentos que não lhe provocam bons sentimentos e alegria.

1.5-ANÁLISE CRÍTICA

Esta experiência revelou a importância de ser flexível e adaptável na prática clínica, uma vez que as pessoas assistidas podem ter necessidades e desafios individuais que precisam de abordagens exclusivas.

A entrevista motivacional foi uma das estratégias eficaz para explorar as razões subjacentes à não adesão e, a partir disso, encontrar alternativas para avançar com a estratégia de intervenção.

De acordo com Sequeira (2020), a entrevista motivacional é definida como uma competência complexa que requer uma extensa prática ao longo do tempo. Esta baseia-se num estilo de comunicação colaborativo, centrado na pessoa, com o objetivo de estimular a melhoria da motivação intrínseca para a mudança. Esta entrevista é complexa e engloba o conceito motivação, em que este caracteriza-se como a chave para a mudança, como multidimensional, dinâmico e flutuante no tempo.

Ainda mencionando o mesmo autor, este afirma que a motivação é modificável, logo os profissionais de saúde podem utilizar diversos recursos no sentido de favorecer a mudança. Desta forma, é necessário o desenvolvimento de uma relação terapêutica onde o respeito e a empatia são as condições essenciais.

A não adesão ao tratamento não deve ser encarada como uma falha, mas sim como um desafio que deve ser considerado ao desenvolver estratégias de intervenção para com as pessoas e de forma a empoderar tanto os cuidados, como a pessoa.

Segundo Cardoso et al (2016), o tratamento em caso de perturbações psiquiátricas torna-se cada vez mais importante, visto que as estatísticas indicam que muitas pessoas com doença não seguem adequadamente os tratamentos farmacológicos e terapias não medicamentosas. O não cumprimento reduz as oportunidades de recuperação em pessoas com perturbações mentais, aumenta a probabilidade de recaídas e a frequência de hospitalização. Perante isto, a adesão ao tratamento em perturbações psiquiátricas é um desafio constante para os profissionais de saúde. É fundamental que, para além do doente, o profissional de saúde seja proativo ao longo do processo de recuperação da pessoa com problemas de saúde mental, permitindo o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento. Assim, torna-se pertinente que o foco de adesão não recaia apenas no doente, mas também no profissional de saúde e o impacto que podem provocar na pessoa assistida.

O autor acrescenta ainda que existem fatores que interferem com a adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas tais como os comportamentos de saúde, as características do sistema de prestação de cuidados, os fatores socioeconómicos e, ainda, todas as dimensões relacionais entre a pessoa e os profissionais de saúde.

1.6-CONCLUSÃO

Em síntese, é importante reconhecer que estas reações e sentimentos são normais e fazem parte da complexidade do relacionamento terapêutico em Saúde Mental. Nós, enfermeiros, todos os dias convivemos com pessoas e conhecemos um pouco das suas características, quer as positivas, quer as negativas, o que gera sentimentos e emoções diferentes em cada um de nós. O facto de haver uma reflexão ajuda a que exista uma melhor compreensão acerca de situações e que nos desenvolvamos enquanto profissionais e pessoas.

É importante salientar que a compreensão das necessidades e desafios das pessoas que cuidamos deve ser o foco principal, com o objetivo de superar as barreiras à adesão e ao progresso de intervenções ou até mesmo de tratamento.

A saúde mental é uma área complexa, e a adesão ao tratamento nem sempre é linear, pois cada pessoa é única e é importante abordar a não adesão com empatia e compreensão numa abordagem centrada na pessoa.

1.7-AÇÃO FUTURA

Como ação futura, continuarei a arranjar estratégias com o compromisso de entender as necessidades e resistências das pessoas e desenvolver planos de tratamento mais eficazes ou alternativas para o processo a decorrer.

Além disso, procurarei oportunidades de aprimorar as minhas capacidades de comunicação e empatia, uma vez que as mesmas são fundamentais para a construção de relações terapêuticas com sucesso.

Por fim, e não menos importante, manterei o foco na aprendizagem contínua, com objetivo de adaptar as minhas abordagens e estratégias de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa.

1.8- AVALIAÇÃO DA REFLEXÃO

A reflexão de «Gibbs» destaca a importância da adaptação na prática clínica, nomeadamente quando se trata de superar desafios de adesão ao tratamento.

Com esta reflexão, pude desenvolver e compreender melhor a não adesão ao tratamento na área de saúde mental e também me ajudou a identificar e melhorar a prática de cuidados à pessoa com doença mental.

BIBLIOGRAFIA

Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 209-219.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice: Foundations in Nursing and Health Care*. Reino Unido: Nelson Thornes Ltd.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

APÊNDICE C4- REFLEXÃO – COMUNICAÇÃO E TEORIA DE MELEIS

COMUNICAÇÃO E TEORIA DE MELEIS

No decorrer do ensino clínico, numa consulta de enfermagem, deparei-me com a não adesão ao diário de humor, em que a pessoa manifestou muitas resistências perante a mudança, uma vez que uma das características mais vincadas desta pessoa era a rigidez.

Era visível que esta atitude se poderia verificar, no entanto não expectava que fosse acontecer, visto que, numa fase inicial, perante o exposto e explicada a importância do mesmo, a pessoa assistida manifestou interesse, apesar de, ao mesmo tempo, manifestar alguma dificuldade com medo de expor fragilidades. Esta foi a minha perspetiva perante a consulta anterior, mas não o que a pessoa provavelmente sentiu, pois não o expressou verbalmente.

Noutra consulta, a pessoa assistida desanimou e disse que estava a ser muito complicado o preenchimento do mesmo, pois gastava demasiado tempo no seu preenchimento e teria outras coisas como prioridade. Numa fase inicial, foi realizada uma tentativa de o motivar a adesão e exposta a sua importância, nomeadamente para o seu processo de mudança e para ganhos na sua saúde, pois o diário de humor apresentava conteúdos importantes que não seriam facilmente atingidos sem o preenchimento.

No entanto, enquanto o diálogo acontecia, encontrava-me a ser supervisionada pela enfermeira orientadora, o que facilitou a aquisição de consciência que a comunicação que estabeleci não foi a melhor, pois a minha frustração para com a não adesão foi transposta, sendo que não seria benéfico, quer para a adesão ao tratamento, quer para o estabelecimento de relação terapêutica. A relação já se encontrava realizada apesar de ainda não profunda e de total confiança. Percebi, com a avaliação de uma conversa com a orientadora, que não teriam sido realizadas as intervenções mais corretas.

De acordo com a teoria de Afaf Meleis, conhecida como a teoria das transições de papéis, esta concentra-se nas mudanças que ocorrem ao longo da vida e nas transições de papéis que as pessoas enfrentam durante esse processo. A autora da teoria desenvolveu a teoria de médio alcance em enfermagem com vista a entender melhor como as pessoas lidam com as mudanças ao longo da vida, nomeadamente aquelas que se relacionam com a saúde.

Segundo Meleis (2000), a teoria da transição de papéis destaca quatro processos de transição principais:

Antecedentes de transição de papéis: incluem os fatores como idade, desenvolvimento cognitivo, experiências passadas e características da personalidade que influenciam a forma como as pessoas enfrentam as transições de papéis.

Interesses e experiências vividas: envolve a análise das experiências e interesses que influenciam a forma como as pessoas percebem as mudanças de papéis. Por sua vez, as pessoas modificam a maneira como se aproximam da transição e a forma como objetam à mesma.

Fatores facilitadores ou inibidores: Envolvem elementos externos que facilitam ou dificultam a transição de papéis, como suporte social, recursos disponíveis e barreiras culturais.

Por fim, resultado da transição de papéis: refere-se ao desfecho das transições de papel, tanto a curto como a longo prazo, podendo-se incluir o impacto na saúde física e mental, assim como na adaptação de novas responsabilidades e identidades.

A teoria abordada ajuda os profissionais de saúde a compreender melhor o processo pelo qual as pessoas passam ao defrontar situações de mudança na sua vida, quer na pessoa doente, quer naquela que a cuida. Esta abordagem é fundamental na prática de enfermagem, destacando-se pela importância de considerar não apenas as necessidades físicas como as de dimensão psicossociais e de papel nas suas vidas.

Perante a situação exposta, que ocorreu na consulta de enfermagem, vou agora analisá-la de acordo com a Teoria de Transições de Papéis de Meleis.

Antecedentes de Transição de Papéis:

A pessoa assistida encontra-se a enfrentar uma transição em assumir papel ativo na sua saúde mental, isto é, em monitorizar a sua condição por meio do diário de humor;

Eu, enfermeira, estou em processo de experimentar emoções, como a revolta e frustração, devido à falta de adesão da pessoa assistida, o que influenciou negativamente a qualidade do atendimento.

Interesses e Experiências Vividas:

A pessoa assistida manifestou resistência à mudança de hábitos e apresentou determinados factos que não seriam congruentes. No entanto, pela rigidez que apresenta consigo próprio, não iria faltar à responsabilidade, descrevendo sempre o mesmo em todas as páginas, afirmando que as suas rotinas não existem alterações e, como tal, não seria útil a utilização do diário de humor.

Eu, pelo interesse que apresento na aplicação, assim como em apresentar determinados resultados da sua eficácia, tendo sempre a preocupação para com o bem-estar da pessoa assistida, desencadeei um discurso menos eficaz e onde demonstrava as minhas emoções, podendo quebrar, tanto a ligação estabelecida como influenciar negativamente a adesão ao processo de tratamento.

Fatores Facilitadores ou Inibidores

A resistência da pessoa assistida pode ser um inibidor na implementação eficaz do diário de humor.

A falta de compreensão mútua pode ser um inibidor na comunicação entre o enfermeiro e a pessoa assistida.

Resultados de Transição de papéis

A falta de adesão da pessoa assistida pode resultar numa gestão ineficaz da condição de saúde.

A adesão da pessoa assistida sem apresentar a verdade pode influenciar a capacitação do mesmo face à condição de saúde.

A falta de informação e a percepção que posso apresentar como sendo real ou falaciada pelos dados apresentados pode levar a retirar elações incongruentes ou pouco viáveis.

As minhas emoções como frustração e revolta, podem criar uma barreira na construção de uma relação terapêutica com sucesso.

Perante o exposto, é crucial que eu tente abordar a situação com maior empatia e compreensão, arranjando outras estratégias para a adesão ao diário de humor, sendo facilitadora de transição do processo e não uma barreira perante a adversidade que a pessoa assistida se encontra a ultrapassar. Deveria apresentar um discurso em que poderia explorar as razões subjacentes para a falta de adesão ao diário de humor. É também importante reconhecer as barreiras percebidas pela pessoa assistida e trabalhar possíveis soluções e alternativas.

Assim, poderei alinhar-me com a teoria de Meleis, que destaca a importância de facilitar a transição de papel da pessoa assistida com apoio e compreensão, em vez de o contrariar apresentando outros factos que podem resultar na sua resistência. Eu, como enfermeira, devo ajudar a pessoa assistida a encontrar motivação intrínseca para aderir ao diário de humor, promovendo assim uma parceria colaborativa no processo de cuidado.

Em conclusão, pode-se afirmar que esta reflexão surge espelhada de uma prática menos ajustada ao momento, por me sentir também numa transição e que a mesma se explanou no cuidado ao outro, nomeadamente a transição do autoconhecimento e das emoções que transpareço e não espero, devido a uma espontaneidade que ainda não consigo controlar. Ser espontânea é positivo do meu ponto de vista, todavia, neste tipo de situações, podem influenciar muito negativamente, uma vez que expresso muito as emoções que estou a sentir, quer no discurso, quer a nível facial. O mesmo tem de ser trabalhado. Importa ainda salientar que a frustração perante a adversidade poderá ser normal, mas é necessário aprender a gerir as expectativas que se depositam no outro. Isto tem sido um desafio para mim em termos pessoais, acreditando muito na mudança do outro e em não demonstrar esta resistência, esquecendo, por vezes, que a mudança também se encontra em mim e não no outro. Mas todos nós somos pessoas e apresentamos maneiras de ser e de ver o mundo diferentes, o que influencia diretamente a nossa personalidade e que poderá advir reações diversas perante a mesma situação. Não posso esperar no outro aquilo que eu quero, mas sim dar margem para que o outro tenha parte ativa na mudança e encaminhá-lo da melhor maneira e compreensão visto de um ponto profissional e gerindo melhor as expectativas em consonância com a pessoa.

Por fim, posso afirmar que o desenvolvimento do autoconhecimento é um processo contínuo, pois basta existirmos para podermos evoluir o nosso desenvolvimento pessoal e é de extrema importância refletir sobre o que somos e como que podemos ser melhores, de acordo com os nossos objetivos em vários núcleos da nossa vida. É importante desenvolver e, acima de tudo, conhecermos as nossas fragilidades de modo a colmatar e assim tornarmo-nos melhores.

Tenho consciência que a minha personalidade apresenta uma forma de reagir mais explosiva e, sendo algo que não enquadrado como viável, tem sido alvo de mudança na minha vida, quer em termos profissionais, quer pessoais, de modo que seja realizado um discurso mais reflexivo, estando consciente do que estou a dizer sem ferir suscetibilidades, para não me arrepender, pois o discurso não se consegue mudar, podendo-se manifestar como um stressor para mim.

No entanto, penso que ainda tenho de evoluir a maneira como tento transmitir ao outro as ideias em relação a determinado assunto e manter-me mais calma na forma como me expresso. É um trabalho que tem vindo a ser trabalhado desde que apresentei consciência do mesmo.

De modo a finalizar, poderá assim esta minha fragilidade ter sido evidenciada no decorrer da consulta, manifestando uma prática menos adequada. Saliento, ainda, que reação gera reação e isso pode-se verificar face à revolta apresentada com a adesão e eu manifestei-a de forma oposta à não adesão. Perante a resistência que ocorre no processo de mudança o enfermeiro tem de estar capacitado de várias estratégias de promoção de mudança, através da aceitação do outro e do tempo e capacidade de integração e motivação.

BIBLIOGRAFIA

MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1 (Sept. 2000), p. 12-28

APÊNDICE C5- REFLEXÃO- A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA TEORIA NA PRÁTICA

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA TEORIA NA PRÁTICA CLÍNICA

A integração entre teoria e prática clínica é fundamental para o desenvolvimento eficaz de profissionais da área da saúde. A consciência da teoria na prática clínica não enriquece apenas a compreensão do profissional, mas também aprimora a qualidade do atendimento prestado às pessoas.

A teoria fornece a estrutura conceitual necessária para entender os fundamentos científicos e psicológicos por trás das práticas clínicas. Esta oferece uma base sólida para a tomada de decisões informadas, permitindo que os profissionais compreendam não apenas o "como" realizar uma intervenção, mas também o "porquê" por trás dela. Ao internalizar a teoria, os profissionais tornam-se capazes de adaptar as suas abordagens a diferentes contextos, reconhecendo a singularidade de cada pessoa.

A consciência da teoria na prática clínica também estimula o pensamento crítico. Os enfermeiros que compreendem as teorias subjacentes ao seu trabalho são mais propensos a questionar, refletir e ajustar as suas abordagens, de acordo com a evolução da pesquisa e as necessidades individuais de cada pessoa. Essa abordagem reflexiva contribui para um cuidado mais personalizado e eficaz.

Além disso, a teoria na prática clínica promove a inovação. Enfermeiros que têm uma compreensão profunda das teorias na sua área são mais propensos a explorar novas abordagens e técnicas, procurando constantemente melhorar a eficácia das suas intervenções. A teoria, nesse sentido, funciona como um guia dinâmico que orienta a prática clínica em direção a métodos mais eficientes e resultados mais positivos.

Na área da saúde mental é importante o enfermeiro apresentar a capacidade de transportar a evidência científica e os seus conhecimentos de forma consciente e espontânea para a prática. Não é, de todo, uma tarefa fácil no sentido em que, por vezes, é realizado de forma inconsciente. Para mim, a dificuldade assenta na transmissão da fundamentação teórica por trás da intervenção realizada. Como futura enfermeira especialista, no decorrer do ensino clínico, foi uma das dificuldades manifestadas. Não é o saber a teoria, mas sim a colocar em palavras aquilo que foi

realizado, tendo em conta as intervenções, ou seja, ganhar a consciência de todas as atividades realizadas para possibilitar a verbalização das mesmas de forma técnica e científica.

O facto de ter ganho consciência perante uma lacuna fez iniciar, desde logo, um processo de transformação de forma a colmatar esta falha. Penso que, contudo, melhorei e apercebi-me da importância de não andar em piloto automático, em que se faz as coisas inconscientemente. Perceber a individualidade de cada um e aplicar a teoria na prática de forma leve e espontânea, mas não de forma inconsciente, sendo um desafio constante para mim, mas que tem contribuído para o meu desenvolvimento profissional.

O enfermeiro especialista deve realizar a sua prática fundamentada numa base sólida de conhecimento, sendo que a evidência científica fornece essa base, assegurando que as intervenções e decisões sejam baseadas por pesquisas sólidas e atualizadas, o que promove o aumento da eficácia da sua ação perante as necessidades individuais das pessoas que carecem de cuidados. Não menos importante é a melhoria contínua, a pesquisa de informação atualizada que leva o enfermeiro especialista a ser detentor de um vasto conhecimento atualizado. Quer as competências do enfermeiro generalista, quer as que são comuns ao especialista, espelham a necessidade da atualização do conhecimento fundamentado em evidência científica.

Por fim, a consciência da teoria na prática clínica contribui para o desenvolvimento profissional contínuo. Os profissionais que se mantêm atualizados com as teorias relevantes estão melhor posicionados para enfrentar os desafios em constante evolução da prática clínica. Isso não apenas beneficia os profissionais individualmente, mas também fortalece a qualidade do atendimento prestado pela comunidade de profissionais de saúde como um todo.

Em síntese, a integração efetiva da teoria na prática clínica é crucial para a excelência profissional. Ela não apenas amplia a compreensão dos enfermeiros, mas também promove uma abordagem mais informada, reflexiva, inovadora e adaptável à medida que a ciência e as necessidades das pessoas evoluem. Essa consciencialização não aprimora apenas a qualidade dos cuidados, mas também eleva o padrão profissional, impulsionando a efetividade e a inovação na prática clínica especializada.

APÊNDICE C6- REFLEXÃO- O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOENÇA DA PESSOA ASSISTIDA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL

O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOENÇA DA PESSOA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL

Segundo Sequeira & Sampaio, em Portugal, assim como noutros países do Mediterrâneo, o perfil dos cuidadores reflete uma tendência comum. A maioria dos cuidadores de pessoas dependentes são mulheres, geralmente com mais de 55 anos, frequentemente sendo filhas ou esposas do indivíduo que necessita de cuidados. Este modelo de cuidados é fortemente centrado na família, destacando-se o papel preponderante das mulheres, que atuam como cuidadoras informais de pessoas com doenças crónicas e/ou dependentes. Essa responsabilidade implica um compromisso diário intenso e de longa duração, resultando em custos significativos nos âmbitos económico, de saúde e emocional.

Os autores também identificam características específicas da sociedade portuguesa em relação aos cuidados informais prestados a pessoas com doenças crónicas e/ou dependentes. Observa-se que o papel de cuidador é assumido como algo natural, porém, esse papel, muitas vezes, serve como uma compensação diante das fragilidades do sistema nacional de saúde. Além disso, destaca-se a ausência ou falta de eficácia do suporte social, a inexistência de dados consistentes sobre os cuidadores e a insuficiência e fragmentação das intervenções destinadas a apoiar esses cuidadores. Esses aspetos revelam desafios significativos na prestação de cuidados informais em Portugal, com impactos substanciais nos cuidadores, em termos económicos, de saúde e emocionais.

No decorrer do ensino clínico, foi notório que a população se encontra envelhecida, o que acarreta mais um problema, uma vez que os cuidadores estão em fases de vida mais vulneráveis e que acarreta dificuldades no cuidar da pessoa que vive com doença mental. Não obstante, no contexto vivenciado, os cuidadores encontram-se envelhecidos sem apresentarem gerações inferiores para cuidar, quer deles, quer da pessoa que cuidam, o que manifesta o aumento das dificuldades, pois o cuidador também carece de cuidados.

É de notar que, na maioria das vezes, os cuidadores já se encontram cansados, sem capacidade de cuidar e que acabam por adquirir o mais confortável para eles, sem perceção, na maioria das vezes, do impacto negativo que poderão ter na pessoa que vive com doença mental.

Maioritariamente, é difícil haver intervenção eficaz no cuidador, pois o mesmo, apesar de prestar informação acerca de doença, sintomas e comportamentos, apresenta dificuldade na adesão, compreensão e retenção da informação, tendo em conta o que se preconiza em termos da intervenção com a família.

Por outro lado, o envelhecimento nem sempre é visto como um entrave para o cuidador, o que pode trazer associado a ideia de que se encontra a fazer o bem e que tem a capacidade de cuidar.

A presença de uma doença mental num membro da família pode criar desafios significativos e, em alguns casos, a própria dinâmica familiar pode tornar-se um entrave no processo de funcionalidade e recuperação.

O estigma e a falta de compreensão em torno das doenças mentais são ainda uma realidade, e os membros da família podem perpetuar esse estigma devido à falta de compreensão sobre as questões de saúde mental. Isso pode resultar em julgamentos, discriminação e isolamento, o que dificulta a aceitação. Tal pode dificultar o tratamento da pessoa que vive com a doença mental. Não obstante, também o próprio cuidador pode apresentar estigma acerca do assunto, mesmo quando já explorado em consultas de enfermagem. Esse estigma e crenças da pessoa que vive com doença mental podem causar imensos entraves na qualidade de vida e funcionalidade da pessoa.

Por outro lado, as expectativas do cuidador em relação à pessoa que vive com doença mental podem ser irrealistas, o que cria uma pressão adicional sobre a pessoa, contribuindo para sentimentos de inadequação e fracasso, dificultando o processo de aceitação e adesão ao tratamento e até à procura de ajuda. Também é verificado a falta de apoio adequado à pessoa que vive com doença mental, que, nalguns casos, a família e/ ou cuidador não estão a prestar o apoio necessário, como a falta de compreensão das necessidades específicas, o que resulta na falta de suporte emocional e prático. A comunicação disfuncional é uma barreira para a expressão das próprias necessidades da pessoa que vive com doença mental, o que poderá penalizar o mesmo e haver falta de confiança e até atritos familiares que com a comunicação funcional poderiam não existir

Como forma de superar estes obstáculos, é importante o papel do enfermeiro para prestar todas as informações necessárias de educação para a saúde, com vista a ir ao encontro dos temas realçados acima, mas quando o trabalho já foi efetuado e os problemas mantêm-se, torna-se complicado facilitar o processo de relações.

A família é vista como suporte essencial no processo da doença para ajudar a potenciar as capacidades, no entanto o que se tem verificado é que a família é muito disfuncional e acabam por sabotar as intervenções realizadas, quer com a pessoa que vive com a doença mental, quer com os próprios.

Realço que não é uma realidade plena, no sentido que existem pessoas que estão como cuidadoras e que conseguem desempenhar o papel com eficácia, no entanto, não se verifica na totalidade.

É interessante e desafiante trabalhar as famílias com vista a autonomizar as relações e as atividades, de forma a melhorar a condição de saúde e de forma a otimizar a funcionalidade da pessoa que vive com doença mental. No entanto, desperta em mim desafios pessoais que tenho de superar, uma vez que, quando as relações são disruptivas do trabalho realizado, torna-se um pouco revoltante, ou seja, para mim a família encontra-se como uma base de apoio para fazer o melhor para o outro, mas quando me apercebo que a ideia que eu tenho do melhor para o outro pode não coincidir com o que é melhor para o familiar e até para a pessoa que vive com problemas. Não descuro que é um problema intrínseco e não do outro e que eu tenho de mudar face à situação, mas torna-se ainda mais complexo quando se verificam situações em que não está a ser benéfico para ambos e os mesmos não reconhecem. O ser humano é complexo e torna-se bastante abstrato, uma vez que felizmente não se acede ao pensamento do outro, apenas se sabe o que querem dar a conhecer e esse é o desafio na saúde mental para se poder trabalhar, pois nem sempre é uma verdade ou mentira, mas entender tudo o que se observa com a informação que se dá poderá ter diversas leituras.

Por fim, pode assumir-se que a família é um desafio para se trabalhar e que é de extrema importância promover o apoio e cuidado nos cuidadores. O envelhecimento do cuidador verifica-se como um desafio nos cuidados atuais por diversas razões, desde a perda de capacidade de cuidar, como na sobrecarga do mesmo. Não obstante, na maioria das vezes, são cuidadores de muito tempo que trazem uma carga imensa e que eles merecem também foco de atenção. Difícil é conseguir dar respostas a todas as necessidades das pessoas e não se consegue sem haver mais respostas sociais para benefício das relações e do alívio do cuidador e assim conseguir-se um trabalho mais eficiente.

Em síntese, o cuidador informal tem um papel crucial na pessoa que vive com doença mental, mas que nem sempre toma as decisões que se podem considerar mais corretas e podem não ter percepção das dificuldades que apresentam no cuidar.

Em relação aos sentimentos que este processo tem em mim, é de notar que não acontece sempre e que não me condiciona na relação quer com o cuidador, quer com a pessoa que vive com doença mental, no entanto poderá ter influência em termos das minhas expressões faciais no decorrer da intervenção, é algo que tenho de melhorar em mim e não ser tão transparente na manifestação dos meus pensamentos ou emoções.

Contudo na próxima reflexão torna-se pertinente abordar aspetos relacionados com a pessoa que vive com doença mental, nomeadamente a autonomia e a capacitação destas pessoas, uma vez que considero ser um outro desafio que merece ser foco de atenção para refletir.

APÊNDICE C7- REFLEXÃO- AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO DA PESSOA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL

AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO DA PESSOA QUE VIVE COM DOENÇA MENTAL

A autonomia e capacitação da pessoa assistida são conceitos intrinsecamente ligados à promoção de cuidados de saúde centrados no indivíduo, respeitando sua dignidade e reconhecendo o papel ativo no processo de tomada de decisões relacionadas à sua saúde. Esses princípios são especialmente cruciais na área da saúde mental, onde o respeito à singularidade e à atividade da pessoa assistida desempenha um papel transformador no alcance de resultados terapêuticos significativos.

A autonomia da pessoa assistida transcende a simples tomada de decisões sobre seu tratamento; ela implica no reconhecimento e respeito à singularidade, escolhas e valores de cada pessoa. A capacitação, por sua vez, refere-se ao processo contínuo de fornecer informações, habilidades e apoio necessários para que a pessoa assistida assumira um papel ativo em sua própria saúde mental. Assim, percebemos que vai além da simples autorização para que a pessoa assistida participe nas decisões sobre o seu tratamento. É uma forma para que ele se torne mais dinâmico e compartilhe-lhe as suas perspectivas, desejos e experiências, o que, por sua vez, enriquece a compreensão clínica e facilita a construção de um plano de cuidado verdadeiramente personalizado.

A autonomia é, portanto, um processo contínuo de empoderamento, desafiando os profissionais de saúde a superar paradigmas tradicionais e a abraçar abordagens mais holísticas da pessoa assistida envolvendo-a como o principal narrador da sua saúde. Isso implica criar espaços para diálogo aberto, fornecer informações claras e compreensíveis, e, acima de tudo, validar as escolhas da pessoa assistida, mesmo quando divergentes das expectativas criadas pelos profissionais.

É fundamental considerar como os enfermeiros podem facilitar um ambiente que encoraja a participação ativa dos pacientes no seu processo de cuidados. Isso envolve o estímulo à expressão das preferências, à colheita de feedback sobre o plano de tratamento e o estabelecimento de metas alcançáveis e significativas.

A capacitação da pessoa assistida, por sua vez, destaca a importância de dotar o indivíduo com conhecimentos e habilidades que o capacitem a gerir sua própria saúde, como tal, é agente ativo no seu processo de doença e informado sobre a doença e a sua evolução positiva ou negativa e ou até cura.

Analisar a capacitação da pessoa assistida leva-nos a considerar como as estratégias educativas são implementadas. A clareza da comunicação, a adaptação ao nível de compreensão do paciente e a promoção de um ambiente de aprendizagem contínuo são aspetos essenciais. Além disso, é vital reconhecer que a capacitação não ocorre apenas através da transmissão de informações, mas também através da construção de confiança e da oferta de suporte contínuo à pessoa assistida, dando-lhe opções de escolha de tratamento.

Esses princípios ganham ainda mais relevância na saúde mental, onde o estigma e a falta de entendimento muitas vezes impactam no processo de doença das pessoas assistidas. Ao fomentar a autonomia e capacitação, contribuimos não apenas para o bem-estar individual, mas também para a construção de uma sociedade mais inclusiva e respeitosa com a diversidade de experiências mentais.

Ao longo do estágio, consegui perceber que a maioria das pessoas assistidas com quem contactei eram possuidoras de vasto conhecimento sobre as suas patologias como os principais sintomas e quando deveriam pedir ajuda. Foi das maiores surpresas que tive, não me esperava encontrar pessoas que estivessem tão trabalhadas nesse ponto de vista. No entanto, também fez perceber que é um trabalho gratificante e de um enorme desafio tendo em conta que as pessoas não são todas iguais, mas conseguiu-se verificar eficácia no trabalho daquela equipa.

Por outro lado, também acarretou um peso maior na minha intervenção, pois toda a população que recorria a consulta já traria muito boas expectativas e não poderia ser desencadear a falta de confiança e nem desiludir as pessoas que recorriam à consulta de enfermagem.

Em contrapartida, há sempre coisas que se pode ensinar e de promoção os cuidados de saúde na pessoa. E foi muito interessante perceber que as pessoas são mesmo o principal interveniente no seu processo de doença e até mesmo saúde na parte mental e que sabem exatamente o melhor para elas. Por vezes a dificuldade é em aceitar o outro tendo em conta o que o mesmo expeta para

a sua vida e o que o faz sentir bem. Respeitar o outro neste processo é sem dúvida uma das palavras essenciais para se conseguir ajudar neste processo.

Em síntese, o processo de autonomia e capacitação da pessoa que vive com doença mental é um processo longo, contínuo e dinâmico e que desafia todos os dias a mim profissional a ter uma visão mais colaborante e humanizada nas assistências das pessoas que vivem com doença mental, ainda destaco o papel que poderemos ter enquanto enfermeiros para facilitar o empoderamento da pessoa assistida contribuindo para uma prática centrada na pessoa assistida de forma eficaz.

APÊNDICE C8- REFLEXÃO- LIMITAÇÕES NAS TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

As técnicas de intervenção psicoterapêutica desempenham um papel importante no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, no entanto torna-se importante refletir sobre as limitações inerentes a estas abordagens.

No decorrer do ensino clínico foram utilizadas diversas intervenções psicoterapêuticas mediadas pelo diário de humor, o que se tornou um desafio constante. Cada ser humano apresenta uma diversidade de características heterogêneas permanecendo a sua individualidade e foi notório, no decorrer do tempo, que as pessoas com as quais tive o privilégio de trabalhar apresentavam características aparentemente idênticas, mas muito distintas na realidade. Assim sendo, pode-se afirmar que foi um desafio arranjar estratégias de trabalho, pois o instrumento utilizado era aberto ao que as pessoas assistidas escreviam no decorrer de uma semana, ou seja, era condicionada pelo que era exposto, apesar de ter previamente planeado onde recaia a intervenção. Com o conhecimento de cada um, ao longo do tempo foi mais fácil de planejar as intervenções a serem realizadas com objetivos traçados, não obstante também poderia ser surpreendida por alguma coisa menos agradável.

A não adesão condicionava desde logo a abordagem e teria de ter preparadas diversas ferramentas para me apoiar, tais como a entrevista motivacional que foi alvo de escolha para procura a adesão ao tratamento.

Contudo o exposto, o que se torna pertinente de salientar é que chegado ao fim deste processo de intervenção deparei-me com certas críticas que não esperava, se por um lado surpreendente pelo outro revelaram que apesar de manifestarem gosto, interesse e perceberem a importância do mesmo, no final todos relataram que o tempo de preenchimento foi demasiado, o que já os condicionava de certo modo na escrita. Como tal, é importante salientar que por muitos benefícios que os instrumentos que utilizamos sejam pertinentes, podem ser condicionados sem que tenhamos esse «feedback», uma vez que é feita uma avaliação intermédia.

Em síntese posso concluir que existem muitos e diversos instrumentos que podem ser utilizados em consulta, no entanto não se podem aplicar de forma aleatória sem conhecimento prévio do caso clínico, e por outro lado, haver consciência do desafio permanente que surge na escolha do instrumento mais adequado para cada pessoa, e, que por vezes tem que ser utilizadas

diversas técnicas como intervenção para abordar todas as dimensões dos problemas, daí os cuidados serem personalizados e holísticos.

No que se refere as limitações temporais temos de perceber se o tempo que se encontra a intervenção é o adequado para as pessoas assistidas.

Não menos relevante a concluir é adesão que a pessoa assistida manifesta relativamente a intervenção selecionada e se é a mais indicada, tendo sempre em consideração e como prioridade a pessoa assistida. Temos de saber conquistar a adesão as técnicas de intervenção ou até mudar, mas nunca desistir de quem mais precisa de ajuda.

Assim, as intervenções psicoterapêuticas embora sejam essenciais na prática clínica de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, é vital reconhecer e abordar as limitações que podem ser sentidas para promover uma abordagem mais holística e eficaz no tratamento dos desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com doença mental.

APÊNDICE C9- REFLEXÃO- ABORDAGEM GERAL DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

1.ABORDAGEM GERAL DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Com a realização do mestrado e especialidade em saúde mental e psiquiatria, crescem competências especializadas comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

O perfil de competências do enfermeiro especialista garante conhecimentos, capacidades e habilidades para mobilizar, tendo em conta o público-alvo, neste caso, na área de saúde mental e psiquiátrica, direcionada para os contextos de vida diferentes e nos variados níveis de prevenção.

De acordo com o regulamento de competências:

"Competências específicas: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas." (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Com a atribuição de título de enfermeiro especialista, o enfermeiro fica com as seguintes competências comuns:

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

B - Domínio da melhoria contínua da qualidade;

C - Domínio da gestão dos cuidados;

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências comuns são muito importantes e promovem, tanto para nós enfermeiros, como para as pessoas assistidas e seus familiares, como ainda para a equipa multidisciplinar, uma

série de responsabilidades que vão ao encontro da melhoria contínua dos locais e também de cuidados.

O enfermeiro especialista, a nível da responsabilidade profissional, ética e legal, ajuda na resolução de problemas e na tomada de decisão, conseguindo selecionar a resposta mais adequada e promove o exercício de profissão de acordo com a deontologia em enfermagem. Também garante a liderança nos processos de tomada de decisão em saúde mental e psiquiatria e avalia os mesmos. Ainda de acordo com a competência referida, o enfermeiro especialista promove a proteção dos Direitos Humanos, e gera na equipa as práticas de cuidados, garantindo a segurança, privacidade e a dignidade das pessoas. No que concerne à competência no domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos de melhoria contínua e orienta projetos institucionais na área da qualidade. Compete-lhe ainda a avaliação da qualidade das práticas e planeia programas de melhoria contínua, podendo também ser o líder destes. Relativamente ao ambiente terapêutico seguro, é promovido com proteção nas várias dimensões e participa na gestão de risco a nível das instituições.

No domínio de gestão de cuidados, o enfermeiro especialista exerce a competência da gestão de cuidados de enfermeiros gerais, otimizando a resposta e a articulação da equipa. Também potencia o processo de tomada de decisão, bem como o trabalho de acordo com os recursos disponíveis e supervisiona as tarefas delegadas com segurança e qualidade.

Por fim, no domínio do desenvolvimento de aprendizagens, o enfermeiro especialista tem de se conhecer a si próprio, ou seja, ter consciência do seu "EU" e gerar respostas adaptáveis ao ser individual e à organização. O enfermeiro especialista também possui conhecimentos e, como tal, é facilitador de aprendizagem, suporta a sua prática na evidência e promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Relativamente às competências específicas na especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, o enfermeiro detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, resultado de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional:

- Assiste a pessoas ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

- 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;
- 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. (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estas competências são exploradas a nível do mestrado e apresentam muita relevância na formação, pois o enfermeiro especialista requer muito empenho pessoal e esforço para possuir e desenvolver estas competências. A aquisição de competências é um processo dinâmico e contínuo e exige dedicação para se conseguirem implementar. Estas competências promovem o enfermeiro especialista a ser uma mais-valia para o serviço e para a comunidade. É fundamental a existência deste tipo de competências, pois também é visível que são um benefício nos cuidados a desempenhar para com a população, nomeadamente em saúde mental e psiquiatria, onde os recursos são necessários e a resposta à população é crucial.

O enfermeiro especialista tem de apresentar conhecimentos na área baseados na evidência e sempre atualizados para conseguir desempenhar um papel de tão grande responsabilidade, pois é visto como detentor de capacidades e conhecimentos na sua prática.

Considero que o perfil de competências do enfermeiro especialista na área de saúde mental é um desafio, no entanto a aquisição destas é muito útil e imprescindível na prática diária, pois o ganho de competências implica destreza, atitude, habilidades e conhecimentos.

De acordo com Ordem dos enfermeiros (2015), a enfermagem e saúde mental é uma área especializada da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce uma prática que evidencia maior complexidade e leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia.

A enfermagem e saúde mental tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, família e comunidade. O enfermeiro especialista compreende o processo de sofrimento e alteração e perturbação mental da pessoa assistida, assim como as implicações para o projeto de vida, potencial recuperação e a forma como a saúde mental é condicionada pelo contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Supracitando o mesmo autor, os padrões de qualidade apresentam uma visão mais holística e menos hospitalizada, sendo que existe uma mudança de paradigma do doente para o utente.

Relativamente à satisfação do utente, o enfermeiro especialista tem de potenciar o processo de saúde-doença, compreender melhor as implicações do processo de saúde e promover a potencialização de recuperação, considerando os recursos existentes e a relação de ajuda e a relação de confiança. O enfermeiro especialista deve ir ao encontro de projetos de saúde da pessoa. Em vez de realizar apenas intervenções, é melhor realizar pequenos focos de atenção e deve ser a pessoa a tomar a decisão. Assim, o plano terapêutico de cada doente deve ser feito de forma que o próprio olhe para si e para as suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ainda de acordo com a Ordem dos enfermeiros, relativamente à promoção de saúde, tem de se incentivar a capacitação do outro, tendo em conta as necessidades individuais, as quais abrangem desde identificar a situação de saúde, estabelecer relação de confiança e negociar os cuidados, realizar planos de cuidados e implementações de políticas que promovam a saúde mental a informar o doente e promover a literacia na pessoa na condição de ela ter a melhor decisão. O enfermeiro especialista, encontra-se mais desperto para a comunicação não verbal, estabelece estratégias que facilitam na integração do doente nos serviços, mesmo que, por vezes, destabilize o serviço.

O enfermeiro especialista, relativamente à prevenção de complicações, capacita as pessoas para a prevenção, promovendo ferramentas para isso, sendo que centraliza na pessoa a decisão, adaptando as estratégias para tal. O enfermeiro especialista apresenta a competência de encaminhar para outro profissional, em caso de necessidades.

No que se refere ao bem-estar e autocuidado, o enfermeiro especialista identifica precocemente as necessidades, valorizando o potencial de cada indivíduo, onde se forma uma aliança terapêutica, de forma que exista um compromisso e ajuda o outro a repensar as suas falhas. Apresenta ainda a competência de promover a autonomia com foco no treino de competências e ser criativo até em questões de imprevisibilidade para que o doente se encontre desperto (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que concerne à adaptação, o enfermeiro especialista desenvolve com os utentes processos eficazes de adaptação às situações de vida e condições de saúde mental. Assim, o enfermeiro promove o empoderamento do utente, capacitando-o a nível de autonomia e funcionalidade, dando ferramentas para que o doente consiga fazer. Se necessário, o enfermeiro especialista mobiliza recursos para colaborar na reabilitação psicossocial e orienta para os recursos na comunidade.

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem, ainda segundo a Ordem dos enfermeiros, o enfermeiro especialista visa a melhoria contínua dos cuidados e da sua formação, vê as dotações como pequenas intervenções dirigidas e tem uma consciência sistematizada. Deste modo, promove cuidados com maior qualidade, não tendo por base a quantidade.

A relação psicoterapeuta é um descritivo de excelência pois, para a realização da relação psicoterapeuta, é necessário a autorreflexão e autoconhecimento do próprio enfermeiro, sendo esta a chave para a capacidade de gerir emoções, sentimentos e tudo o que envolve uma relação. O desenvolvimento de relação psicoterapeuta deve ir ao encontro das necessidades manifestadas pelo próprio doente, mobilizando ações adequadas a cada situação.

Por fim, relativamente à redução do estigma e à promoção da inclusão social, o enfermeiro especialista tem de ter a capacidade de aceitar cada um com a sua individualidade, independentemente da sua condição, apresentando empatia pelo mesmo e um conjunto de aspetos inclusivos. Assim, este tem de contribuir através de intervenções para a estigmatização de pessoas e/ou grupos e adotar estratégias protetoras para os utentes mais vulneráveis. As fontes de informação como televisão também são um meio de disseminação de informação neste âmbito.

2.IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O estágio desempenha um papel crucial no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, pois a experiência da prática apresenta oportunidades únicas de aprendizagem para aprimorar as habilidades técnicas, desenvolver competências emocionais e culturais e integrar os conhecimentos teóricos ao contexto clínico específico de saúde mental.

Com o estágio foi proporcionado a aplicação da teoria na prática, nomeadamente no que concerne a temas que ainda não tinha desenvolvido, como as intervenções psicoterapêuticas que carecem de conhecimentos vastos. Onde me deparei com maior dificuldade foi em saber transmitir o conhecimento perante uma intervenção, pois, por vezes, havia situações que aconteciam de forma não tão esquematizada ou pensada e que desvalorizava em parte todo o trabalho que estava a realizar.

Penso que com o decorrer do estágio consegui maior capacidade de ter em consideração o que foi desenvolvido de forma mais clara e assim também de forma a conseguir transmitir o que me encontrava a fazer.

O estágio em saúde mental e psiquiatria ofereceu-me uma realidade diferente da que eu me encontro a desenvolver em termos profissionais, o que foi um enorme desafio e trouxe imensas oportunidades de aprendizagem, permitindo desenvolver novas estratégias de intervenção e compreensão do outro de modo holístico.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade também de desenvolver competências emocionais e de comunicação de acordo com as pessoas que tinha de atender. Verifico que consegui estabelecer relações terapêuticas e consegui emocionalmente lidar com situações que eram intensas. Não menos importante, penso que consegui estabelecer uma comunicação saudável e eficiente, quer com as pessoas assistidas, quer com a equipa.

Um dos maiores desafios para mim foi o peso da tomada de decisão com a pessoa assistida, tendo em conta o contexto. O ser um local de consultas em que posteriormente qualquer tipo de decisão influencia diretamente a pessoa assistida e o mesmo sai do meu controlo no decorrer de semana, dias ou até mês, fez-me sentir uma enorme responsabilidade nas palavras e em todas as decisões tomadas, nomeadamente numa fase inicial. Neste momento, ainda é um tema que penso que, apesar de ter desenvolvido, acarreta um sentido de responsabilidade que me faz pensar muito nas palavras que vou dizer ou na atitude que vou tomar perante a tomada de decisão.

A tomada de decisão é um processo que demorei a ter consciência que apresentava para mim estes receios e foi sem dúvida o contexto e a orientadora que me fizeram ter consciência e que me ajudaram a suavizar este desafio.

Consegui ter diversas situações de tomada de decisão, mas a que me marcou pelo lado positivo foi a decisão de intervenção precoce em crise perante o projeto que me encontrara a desenvolver. Isto porque penso que optei pela decisão correta e foi feita uma intervenção multidisciplinar com sucesso. Isto foi importante para me sentir mais segura e com menos medo do que estava a fazer no decorrer do ensino clínico.

A tomada de decisão é importante que seja realizada de forma segura pelo enfermeiro especialista, e estas decisões devem ser bem fundamentadas.

O desenvolvimento de empatia e compreensão penso que será uma das minhas características pessoais, o que me facilita muito em termos profissionais. Considero que consigo desenvolver facilmente empatia e compreensão pelo outro, o que se torna benéfico para estabelecer relações terapêuticas sólidas e garantir que o cuidado seja centrado na pessoa assistida.

O desenvolvimento de trabalho em equipa, neste local de estágio, penso que foi das maiores vantagens que tive. Toda a equipa foi muito recetiva e acolhedora. Fizeram-me sentir sempre com motivação, foi fácil integrar-me e sentir que tinha liberdade de intervenção com a equipa de enfermagem, a equipa médica, equipa de psicologia e de psicomotricidade, o que permitiu também a fácil comunicação entre os diversos membros. Manifesto agrado perante o local que selecionei para vir realizar este ensino clínico, nomeadamente para com a orientadora que sempre esteve muito disponível em diversas questões para apoiar e ajudar a desenvolver as diversas competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Em síntese, o estágio é fundamental na formação do enfermeiro especialista, proporcionando um ambiente dinâmico e desafiador para o desenvolvimento de competências essenciais ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. O estágio permitiu desenvolver todas as competências de enfermeiro especialista ao longo de 336 horas, porém considero que é um processo contínuo e que ainda existem coisas para aprimorar no decorrer do meu processo profissional. Em termos académicos, consegui desenvolver de uma boa forma estas competências, com o apoio de enfermeira especialista e orientadora deste processo.

APÊNDICE D- ESTUDO DE CASO- PERTURBAÇÃO BIPOLAR

ABREVIATURAS

EC - Estudo de Caso

EEESMP - Enfermeiro Especialista De Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

HFF- Hospital Fernando Fonseca

IMS - Nome fictício

MMSE - «Mini Mental State Examination»

PB - Perturbação Bipolar

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1.INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2.PERTURBAÇÃO BIPOLAR..... | 3 |
| 2.1 ALTERAÇÕES COGNITIVAS E PERTUBAÇÃO BIPOLARIDADE..... | 4 |
| 3.AVALIAÇÃO INICIAL..... | 6 |
| 3.1 HISTÓRIA PREGRESSA..... | 11 |
| 3.2 HISTÓRIA ATUAL..... | 12 |
| 3.3 GENOGRAMA E ECOMAPA..... | 12 |
| 3.4 AVALIAÇÃO FAMILIAR..... | 14 |
| 4. PLANO DE CUIDADOS..... | 16 |
| 5. AVALIAÇÃO FINAL..... | 26 |
| 6.CONCLUSÃO..... | 29 |
| 7.BIBLIOGRAFIA..... | 30 |
| 8.ANEXOS..... | 32 |
| 8.1. ANEXO A- ESQUEMA TERAPÊUTICO..... | 32 |
| 8.2. ANEXO B- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR..... | 33 |
| 8.3. ANEXO C- MMSE..... | 36 |
| 8.4. ANEXO D- ESCALA NUMERICA..... | 40 |

ÍNDICE FIGURAS:

| | |
|--|----|
| Figura 1-Modelo Betty Neuman adaptado..... | 10 |
| Figura 2-Genograma..... | 13 |
| Figura 3-Ecomapa..... | 14 |

ÍNDICE TABELAS:

| | |
|---|---|
| Tabela 1- Identificação Pessoal de IMS..... | 6 |
|---|---|

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, inserido no plano curricular do 1º Semestre do 2º ano do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de Portalegre, em contexto de ensino clínico- unidade funcional comunitária do Hospital Fernando Fonseca (HFF) Foi proposto pela enfermeira especialista orientadora do ensino clínico, a realização de um Estudo de Caso (EC) com aplicação no ensino clínico.

A realização do EC é em contexto real e aborda a perturbação de bipolaridade (PB) com as perdas significativas em termos da sua funcionalidade.

A realização deste trabalho é pertinente para capacitar a desenvolver conhecimentos sobre esta patologia, aplicar o processo de enfermagem em particular na área de saúde mental e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O presente EC apresenta-se segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman.

De acordo com George (2000), Betty Neuman desenvolveu o modelo dos sistemas de Neuman, baseada em diversos autores, entre os quais:

- Selye, Síndrome da adaptação geral– o stress aumenta a necessidade de reajuste;
- Teoria geral dos sistemas - espelha a natureza dos organismos como sistemas abertos em interação com o ambiente;
- Gestalt – Teoria de Gestalt, homeostase descrita como um processo pelo qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, por conseguinte, a sua saúde quando as condições variam;
- Caplan, Modelo conceitual de Caplan – adaptou o conceito de níveis de prevenção para a enfermagem (primária que protege o corpo antes de ele se expor a um stressor, secundária tenta reduzir o efeito ou os elementos stressantes e terciária tenta reduzir os efeitos residuais e restaurar o bem-estar).

Supracitando o mesmo autor, para Betty Neuman, o Ser Humano é um sistema aberto e complexo, que interage com uma série de fatores internos e externos que afetam o stress individual de cada ser humano. O sistema é considerado um mecanismo dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espiritual que muda constantemente.

Para esta, os seres humanos inserem-se num ambiente essencial para o funcionamento do sistema. Esse ambiente é considerado como a soma de todos os fatores que afetam o desenvolvimento do sistema, ou seja, tudo o que envolve e afeta o indivíduo, o que inclui o ambiente interno, externo e criado.

A autora considera a saúde uma condição dinâmica e define que o bem-estar existe quando todas as partes do sistema do indivíduo trabalham harmoniosamente. Para haver bem-estar, é necessário equilíbrio psicológico, físico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual (George, 2000). Considera ainda que quanto mais uma pessoa reter equilíbrio, mais ajustada está com o meio ambiente, isto é, mais estável está a linha normal de defesa.

Segundo George (2000), este modelo é centrado na prática da enfermagem em linha com o estudo de indivíduos e nas suas interações. O ser humano é como um sistema aberto e complexo, que interage com uma série de fatores internos e externos, os quais afetam o stress individual. O sistema é considerado um mecanismo dinâmico em constante mudança. O modelo baseia-se em dois fatores: o stress e a reação a ele. Neuman considera que o indivíduo enfrenta stressores ou situações de saúde que, para recuperar, faz trocas de energia, visando recuperar a normalidade no seu estado de saúde, ou seja, a homeostasia. O foco deste modelo está no bem-estar do sistema em relação ao ambiente e seus stressores.

Foi selecionado este modelo teórico para aplicação neste EC, uma vez que o mesmo aborda uma doença do foro mental em relação a diferentes stressores, pelo que será a teoria mais indicada no ponto de vista de aplicação em âmbito comunitário.

Este trabalho tem como objetivo geral desenvolver o EC nas suas várias componentes. Como objetivo específico, delinearam-se os seguintes:

- Relacionar os sintomas apresentados com a patologia;

- • Identificação das necessidades alteradas;
- • Realização de diagnóstico de enfermagem e plano de cuidado;
- • Estabelecimento de diagnósticos e intervenções de EEESMP;
- • Definição de intervenções multidisciplinares e apoios;
- • Delineação dos resultados esperados;
- • Discussão do EC.

O presente trabalho encontra-se estruturado por introdução, perturbação bipolar, alterações cognitivas e perturbação bipolar, avaliação inicial, plano de cuidados, avaliação final, conclusão, bibliografia e anexos.

Importa ainda mencionar que o trabalho se encontra redigido com base no novo acordo ortográfico português e cumpre com as diretrizes de referência American Psychological Association [APA]: *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas* (7ª Edição).

2.PERTURBAÇÃO BIPOLAR

De acordo com DSM V (2013), PB é de fato uma condição psiquiátrica crônica que afeta o humor e o comportamento das pessoas.

“Depressões e Manias são estados mentais opostos, mas, nas suas definições menos restritivas, pode lá caber muita coisa. Os episódios podem mesmo ser mistos, como a tristeza subjetiva com intensa atividade de energia.” Abreu, P. (2021, P. 163).

De acordo com o mesmo autor, o diagnóstico torna-se claro quando os episódios têm tendência à repetição, existindo entre eles um período lúcido, livre de patologia.

Segundo DSM V (2013), o PB, é caracterizada por oscilações extremas e recorrentes no humor. Essas oscilações envolvem períodos de mania ou hipomania e depressão, que são bastante distintos em termos de sintomas e duração.

- PB Tipo I: Caracteriza-se por episódios de mania que duram pelo menos sete dias e/ou são graves e presente em maior parte dos dias. Pode incluir episódios de depressão, mas a mania é o aspecto mais proeminente. Normalmente o primeiro surto desencadeia-se aos 18 anos, no entanto o início pode ocorrer ao longo do ciclo vital desencadeando o seu início aos 60-70anos. Salienta-se ainda que em termos de consequências funcionais os indivíduos com PB Tipo I, aproximadamente 30% mostram prejuízo importante no funcionamento profissional. Destaca-se ainda que estes indivíduos apresentam um desempenho pior que pessoas saudáveis em testes cognitivos, como tal os prejuízos cognitivos podem contribuir para dificuldades profissionais e interpessoais e persistir ao longo da vida, mesmo durante períodos eutímicos.

- PB Tipo II: Caracteriza-se por episódios de hipomania (um estado menos grave de mania) alternados com episódios de depressão. Os episódios de hipomania são menos intensos que os da mania no tipo I. Assim PB tipo II objetiva-se por um período clínico de episódios de humor recorrentes, consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomânico. O episódio depressivo maior deve ter a duração de pelo menos 2 semanas e o hipomaníaco, de, no mínimo, 4 dias. Os episódios de humor devem estar presentes quase todos os dias e os sintomas devem representar uma mudança notável do comportamento e do funcionamento habituais. O intervalo dos episódios tende a diminuir com o avançar da idade, sendo que apesar da

característica prevalente serem episódios de hipomania, os episódios depressivos são mais duradouros e incapacitantes ao longo do tempo.

Este tipo de PB pode dar início no fim da adolescência e durante a fase adulta, sendo o mais prevalente desencadear por volta dos 25 anos de idade.

Relativamente à quantidade de episódios na vida tende a ser superior relativamente ao tipo I.

No que toca às consequências funcionais do PB tipo II, muitos indivíduos voltam a um nível totalmente funcional entre os episódios de humor, no entanto 15% continuam a ter alguma disfunção entre episódios e 20% mudam diretamente para outro episódio de humor sem recuperação entre eles. Os indivíduos com esta patologia apresentam um desempenho inferior da população saudável em teste cognitivos, exceto na memória e fluência semântica, têm prejuízos idênticos ao de pessoas com PB tipo I. O desemprego na PB tipo II está associado a maiores episódios de depressão, idade avançada, taxas de maiores de perturbações de pânico atual e história de perturbação por uso de álcool ao longo da vida.

Os sintomas típicos da fase maníaca ou hipomaníaca incluem:

- Euforia ou irritabilidade extrema.
- Aumento da energia e atividade.
- Diminuição da necessidade de sono.
- Comportamento impulsivo e tomada de decisão arriscada.

Os sintomas típicos da fase depressiva incluem:

- Tristeza profunda.
- Fadiga e falta de energia.
- Perda de interesse em atividades que costumavam ser agradáveis.

- Dificuldade de concentração.
- Pensamentos de suicídio ou morte.

2.1 ALTERAÇÕES COGNITIVAS E PERTURBAÇÃO BIPOLARIDADE

De acordo com Assunção, I. et al (2022), nas perturbações psicológicas, nomeadamente na PB, observam-se as mudanças neuropsicológicas, que são caracterizadas por sintomas e sinais no processamento cerebral, e principalmente no domínio cognitivo e nas respostas a fatores emocionais. Estas alterações afetam o funcionamento do cérebro, principalmente na esfera cognitiva e nas reações a fatores emocionais. Essas mudanças podem resultar em déficits nas habilidades de tomada de decisão, planeamento e resolução de problemas, o que pode explicar as dificuldades que as pessoas assistidas enfrentam ao se adaptar ao seu quotidiano. As alterações neuropsicológicas nos distúrbios que afetam o humor manifestam-se de várias maneiras e podem ser agravadas por condições médicas coexistentes, como demência, Alzheimer, esquizofrenia, esclerose múltipla e entre outras.

Segundo os mesmos autores, a PB não causa apenas alterações do humor, mas também em termos de alterações e consequências no sistema cognitivos, particularmente no que respeita à aprendizagem, memória visual e de trabalho.

Onofre, A (2022), afirma que o PB tem sido objeto de extensa pesquisa, destacando uma ligação entre a PB e uma diminuição no desempenho em várias áreas como o âmbito social, ocupacional e cognitivo.

Além disso, uma observação relevante foi a diferença entre pessoas assistidas com características melancólicas e aqueles sem essa característica. Pessoas assistidas com melancolia apresentam déficits neuropsicológicos mais acentuados em tarefas que exigem memória, função executiva, atenção e tempo de reação em comparação com pessoas assistidas não melancólicas e indivíduos saudáveis.

A relação entre o declínio cognitivo e a PB também se destacou nos estudos. Essa relação está associada ao número de internamentos hospitalares e ao curso da doença.

Citando os mesmos autores, em relação aos tipos de PB, os resultados indicaram que o tipo I apresenta desempenho inferior em domínios como mudança de foco, inibição, planeamento, fluência verbal, memória de trabalho e atenção. Por outro lado, o PB do tipo II demonstrou prejuízo em áreas como fluência verbal, memória de trabalho, mudança de foco e atenção. Isso sugere que pessoas com o tipo II podem experimentar um prejuízo semelhante ou até mais pronunciado no funcionamento executivo.

Adicionalmente, foi observado que o PB frequentemente tem um curso neuroprogressivo, com mudanças no cérebro e resultados desfavoráveis. Vários fatores de risco, como episódios de humor, traumas e comorbidades psiquiátricas e médicas, estão associados a esses resultados adversos. (Onofre, A (2022)).

Quanto às opções terapêuticas, a terapia psicológica é vista como uma abordagem fundamental e segura no tratamento do PB. No entanto, ainda são necessários mais estudos e relatórios sistemáticos que demonstrem informações sobre sua eficácia e aceitação.

Finalmente, foi identificado um risco aumentado de desenvolver demência em indivíduos com PB, ampliando ainda mais a compreensão dessa condição e suas implicações. (Onofre, A (2022)).

3.AVALIAÇÃO INICIAL

De seguida apresenta-se uma tabela com a colheita de dados na avaliação inicial do presente estudo de caso.

Tabela 8- Identificação Pessoal de IMS

| Nome | IMS (nome fictício) |
|---------------------------|---------------------|
| Género | Feminino |
| Idade: | 55 anos |
| Data de nascimento | 20.11.1968 |

| | |
|------------------------------|---|
| Estado civil: | Solteira |
| Etnia | Caucasiana |
| Nacionalidade | Portuguesa |
| Naturalidade | Coimbra |
| Residência | Monte Abrão |
| Escolaridade | 12ºano |
| Emprego | Reformada – anteriormente com cargo de chefia de serviço numa plataforma comercial |
| Religião | católica |
| 1ºepisódio | Início da patologia em 2010 |
| Histórico familiar | Pai: esquizofrenia, neoplasia da pele; Mãe osteoporose; Irmã: neoplasia da mama Irmão: neoplasia do tubo digestivo; |
| Medicação | Esquema terapêutico em anexo. |
| Alergias | Sem alergias conhecidas |
| Antecedentes pessoais | Depressão bipolar; Reumatologia: espondiartrose lombar; osteopnia; osteoartrose; alterações posturais; riscos de fraturas diversas. Síndrome do colón irritável; Halux valgo Rinite |

IMS vive com PB há muitos anos, sendo que iniciou o seu seguimento em 2010 através de encaminhamento de Médico de Família. A pessoa assistida não consegue especificar muito bem quando surgiu PB, porém pensa que foi na idade dos vintes e poucos anos, relatando ser uma pessoa muito agitada e complicada, no trabalho não conseguia parar quieta e a sua família

caracterizou-a como complicada. Porém estas características não interferiam com a sua funcionalidade e autonomia.

A PB é caracterizada por se desencadear pelos 25 anos, pelo que poderá estar de acordo com relato de pessoa assistida, no entanto o que foi devidamente apurado foi o início de seguimento pela Unidade Funcional de Psiquiatria que corresponde ao ano de 2010, em que a pessoa assistida apresentaria cerca de 42 anos.

Relativamente aos fatores ambientais, também podemos assumir que estes estão diretamente relacionados com estilos de vida mais isolados e com poucas relações sociais, em que a mesma é solteira e tem poucas relações sociais. No que diz respeito à reforma antecipada, foi proporcionado por fatores que desencadeiam uma crise, a qual surge após perdas significativas e em que inicia a fase maníaca e fica mais desorganizada na sua vida, condicionando as suas funções a nível profissional.

Em termos de relações com o seu agregado, é possível verificar no discurso da pessoa assistida que apresentava ótimas relações com os seus irmãos e com a sua mãe, já no que toca ao seu pai é salientado que a mesma não quer falar acerca do assunto, mas pode verificar-se que a relação apresentava alguns atritos, o que foi apurado com a equipa multidisciplinar é que sofreria de violência verbal pelo seu pai e a relação era muito frágil, sendo que a mesma afirma que sente saudade, mas não quereria tê-lo de volta.

A pessoa assistida vem encaminhada de equipa médica para a consulta de enfermagem por apresentar sonambulismo com possível consumo de terapêutica em excesso no decorrer do sonambulismo. Este episódio tem vindo a aumentar a frequência, o que deixa IMS desconfortável com os acontecimentos. Não obstante, também tem vindo a apresentar-se com perda de memória recente e de evocação.

Na primeira consulta, a pessoa assistida apresentou-se calma, consciente e orientada nas três vertentes.

Apresentava humor tendencialmente deprimido com pouca expressão facial. Não apresenta alterações da perceção e pensamento. Discurso eloquente, mas com dificuldade de evocação de palavras no seu decorrer.

Tinha roupa adequada com a temperatura e estação do ano, aspeto cuidado.

Foi realizada entrevista de avaliação inicial em duas consultas, onde foram percebidas as dificuldades e alterações que apresentara.

IMS encontra-se conformada e apresenta conhecimento sobre o estado de saúde e tem muitas barreiras de proteção. Possui conhecimento dos sinais e sintomas e sabe quando deve pedir ajuda. É uma senhora que se encontra com bastantes estratégias de resolução de problemas.

No entanto, também se pode verificar que já apresenta alguma rigidez face à mudança e tem algumas características de comportamento obsessivo compulsivo verbalizado pela mesma, nomeadamente quando inicia a fase de depressão.

Nos episódios de sonambulismo noturno, a pessoa assistida relata determinados comportamentos. Alguns destes eventos são desenrolados tendo em conta a sua antiga rotina de acordar e ir para o trabalho, como exemplo apresentou as seguintes atividades: fazer o pequeno-almoço, cozinhar para o jantar, episódios de ir ao wc e apresentar desorientação espacial e acabar por fazer em outras partes que não o WC. Também relata que os episódios de enurese acontecem esporadicamente, o que a deixa fragilizada perante a situação. O discurso também permitiu apreender que, por vezes, IMS não dá conta e faz na cama. Não menos importante, é que foi verificado no relato da mesma que sabe gerir a terapêutica, no entanto nestes episódios de sonambulismo desapareceu medicação que não encontrou mais apresentando sintomas de tomas em excesso, porém até ao momento não foi possível ter certezas.

Foi igualmente verificado que a pessoa assistida desencadeia ansiedade perante alguns desafios e sobretudo relativo à perda de memória. “Isto de querer falar e me esquecer das palavras, não me deixa à vontade para falar com as pessoas, porque depois quero dizer e ainda fico mais ansiosa de não conseguir dizer e aí é que já não digo nada de jeito”. Perante a citação pode-se denotar que a mesma tem dificuldades em estabelecer relações sociais tendo em conta a perda de evocação. Não obstante, na relação com a sua mãe também há interferência da falta de memória com coisas ditas que depois não se recorda, coisas que às vezes não são de grande importância, mas a incomodam, podendo-se também verificar comprometimento da memória recente. Nesta fase foi aplicado Mini Mental State Examination (MMSE) que obteve um score de 27, onde obteve menor cotação em evocação e na habilidade construtiva (anexo C).

No que se refere as outras patologias que a pessoa assistida referiu, a mesma afirma que a dor a incomoda e a faz isolar-se e passar mais tempo isolada sem atividade, que a mesma interfere com o seu dia a dia.

Não menos importante, em contexto de perdas significativas, é notório que estas interferem com o seu bem-estar, mas colocou limites desde o início, verbalizando que fez o luto à sua maneira com o apoio da equipa e que, se possível, não queria abordar este tema, o que foi respeitado. No entanto, foi debatido com equipa multidisciplinar a importância de se trabalhar este aspeto, posteriormente, com a pessoa assistida. Foi de consenso da equipa que poderia aumentar a fragilidade e que não se deveria ainda trabalhar acerca dos temas, a não ser por vontade própria da pessoa assistida.

Por fim, ainda é de referir que a época do final de novembro apresenta uma carga negativa devido as perdas referidas e que a IMS afirma que fica sempre mais nostálgica.

Assim, tendo em conta o EC, pode constatar-se que IMS, de momento, encontra-se em consultas de seguimento e é necessário aplicar o modelo teórico de Betty Neuman para a identificação de stressores e, posteriormente, traçar um plano de intervenção adaptado às necessidades que se apresentam alteradas em IMS.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman propõe um sistema dinâmico e aberto a favor do cuidado da pessoa assistida e, na prática clínica, facilita abordagens mais direcionadas e abrangentes, com envolvimento de uma equipa multidisciplinar através de uma linguagem comum e acessível a todos os elementos da equipa (classificação de stressores e ferramentas de avaliação e intervenção).

Na figura abaixo, figura 3, pode-se verificar o modelo de Betty Neuman, aplicado ao EC de IMS.

IMS é considerada no seu todo, cujas partes interagem umas com as outras dinamicamente, sendo que os elementos que a constituem trocam energia (stress e reação ao stress).

Apesar de IMS ser única, apresenta no sistema fatores comuns conhecidos, ou seja, uma variedade de respostas normais. Os stressores são estímulos que produzem tensões e têm potencial para criar instabilidade. Estes são classificados em:

- Extrapessoais – forças que ocorrem fora do sistema (perdas significativas; interação social diminuta; reforma antecipada);
- Interpessoais – forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos (ligações fracas e fraco interesse nas relações sociais);
- Intrapessoais – forças que ocorrem dentro do indivíduo (ansiedade; perda de memória; baixa autoestima; sonambulismo; enurese noturna e dor).

IMS desenvolve respostas ao ambiente, que são chamadas de linhas de defesa normais. Cada “stressor” identificado acima é capaz de afetar a estabilidade de IMS, provocando alterações ao seu bem-estar.

Pessoa assistida apresenta implícitos fatores de resistência para restaurar o seu bem-estar: prevenção primária (atua na prevenção de possíveis riscos), prevenção secundária (sintomatologia após reação aos stressores) e prevenção terciária (ajustamento do comportamento e regresso à prevenção primária).

A equipa multidisciplinar vai atuar nos três níveis de prevenção.

Podemos ainda verificar, na figura 3, que todas as linhas já se encontram ultrapassadas, uma vez que a mesma já tem implementada a patologia.

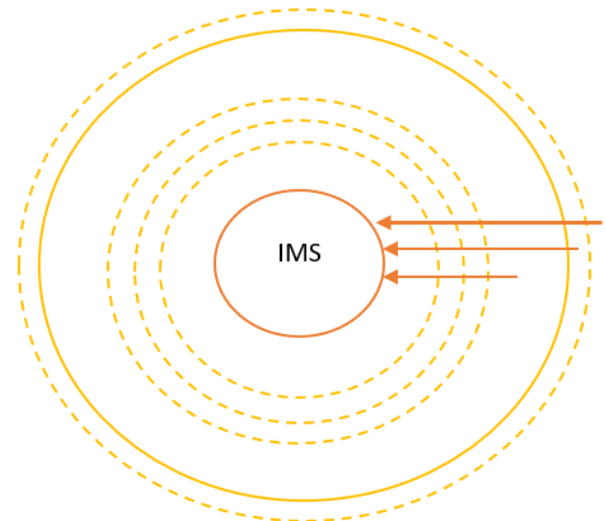
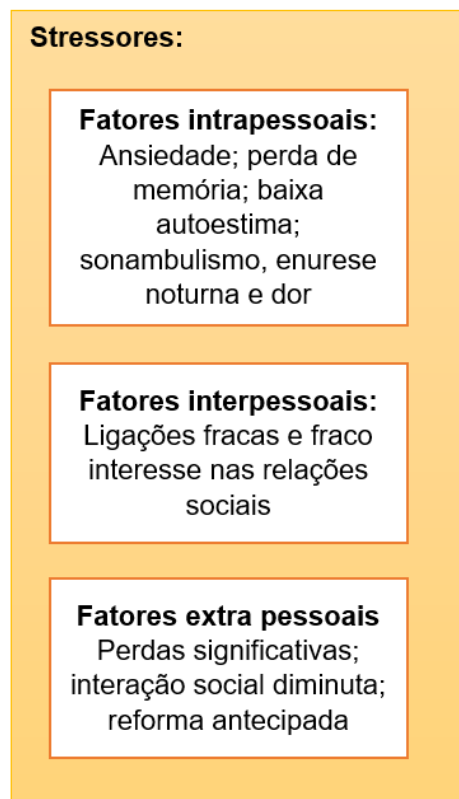


Figura 2-Modelo Betty Neuman adaptado

Assim, perante o exposto, foi considerado que IMS se apresenta com alterações que merecem ser foco de atenção, diagnóstico e intervenção.

As necessidades consideradas alteradas são as seguintes:

- Autocuidado: sono uma vez que a mesma tem apresentado sonambulismo; Eliminação: IMS tem apresentado episódios de enurese esporádica e perda de noção espacial onde promove micção;
- Ansiedade: a mesma relata que, por vezes, se encontra mais ansiosa perante os desafios que lhe aparecem, nomeadamente o comprometimento cognitivo;
- Cognição: apresenta alterações na memória recente e de evocação;
- Gestão do regime terapêutico: pessoa assistida relata possíveis consumos de terapêutica no decorrer da noite, quando se encontra sonâmbula, no entanto não tem memória do acontecimento;

- Comportamento interativo: IMS não apresenta relações sociais fora do seu núcleo;
- Gestão da dor: pessoa assistida tem apresentado dor física provocada por doença orgânica.

3.1 HISTÓRIA PREGRESSA

IMS em 2010 inicia seguimento na consulta de psiquiatria encaminhada por médico de família por se encontrar numa fase muito deprimida.

No decorrer do tempo, desde o diagnóstico de PB, IMS não apresentou internamentos e tem história de situações de crise com intervenção da equipa comunitária.

Cumprir com a terapêutica e com a presença nas consultas de acompanhamento psiquiátrico, ou seja, apresenta adesão aos tratamentos propostos. Pessoa assistida manifesta conhecimentos acerca do seu processo de doença e procura de forma autónoma os profissionais de saúde que a acompanham em caso de necessidade.

A vida da pessoa assistida é marcada por perdas significativas que aumentam o seu estado deprimido como a perda da sua irmã, irmão e pai. Ao longo da sua vida apresentou sempre bons contactos, no entanto a mesma verbaliza que não era muito de sair e de deixar que a conhecessem muito bem, pois a vida ensinou pelos piores motivos que na maioria das vezes se desiludia com as pessoas e que as mesmas lhe trariam problemas. Apresentou 3 namorados até ao momento sendo que o primeiro teve casamento marcado, no entanto a mesma verbaliza que foi sempre desiludida por comportamentos e atitudes que lhe foram apresentando. O casamento por exemplo não aconteceu porque o namorado queria que ela deixasse de trabalhar, motivo pelo qual a mesma desistiu do mesmo, outro foi por comportamentos desajustados de possível agressão verbal.

Durante toda a sua vida foi funcional, tendo exercendo cargos de supervisão e chefias em várias lojas comerciais como Mediamarkt, conduzia e conseguia ter uma vida “normal”.

Em 2017 reformou-se pelo episódio de crise que manifestou, encontrava-se com fase eufórica em que se desorganizou e não conseguia ser produtiva também por falhas na memória que a

colocavam em situação vulnerável, motivo pelo qual se reformou. O episódio foi desencadeado por diversas mudanças que IMS decidiu fazer na sua vida, uma vez que apresentara falhas de memória e noção de que se iria deteriorar com o passar do tempo.

Decidiu como tal vender a sua casa antiga pelo afastamento que apresentava do centro urbano e de transportes públicos e consecutivamente iniciou compras desadequadas mesmo quando parecia ter as coisas controladas e solicitadas ajudas de outros para essas compras.

Neste período IMS relata que se encontrava muito impulsiva e não pensava muito no que se estava a fazer. Posteriormente, há cerca de 5 anos, deixou de conduzir por apresentar algumas dificuldades em estacionar, relacionado com perda de noção espacial. Não obstante tem a necessidade de vender o carro por apresentar-se como fator de stress explícito pela mesma.

A perda de memória é evidente desde essa altura, o que tem vindo a impactar a vida, não obstante a mesma demonstra insight sobre o mesmo.

3.2 HISTÓRIA ATUAL

Pessoa assistida recorre a consulta de psiquiatria por apresentar sonambulismo com risco de toma terapêutica em forma exagerada.

No momento de chegada à consulta, a pessoa assistida encontrava-se ansiosa e com expectativa de solução perante a situação.

Manifestava forte preocupação com a terapêutica e a sua possível toma desmedida sem ter memória de tal acontecimento. No seu relato é possível detetar que a mesma não tem noção da localização da terapêutica após o episódio, relata sintomatologia congruente com a toma de medicação, como sono, má disposição, sensação de síncope, entre outros.

Também tem vindo a apresentar agravamento da parte cognitiva, o que se traduz na repetição de tarefas e comportamentos mais obsessivos pelas estratégias tomadas pela mesma.

Foi observada por médica psiquiatra e encaminhada para consulta de enfermagem.

3.3 GENOGRAMA E ECOMAPA

O genograma é um instrumento padronizado que representa graficamente as informações sobre a família, sua dinâmica e as relações entre os seus membros.

De acordo com Agostinho (2007), o ecomapa, tal como o genograma, faz parte dos instrumentos de avaliação familiar, mas, enquanto o genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita.

Segundo Pinho (2022) o ecomapa fornece uma imagem visual dos contactos da família com os sistemas mais amplos, permitindo, assim, enfatizar as relações sistémicas dos indivíduos e os seus ambientes.

Na próxima figura, pode visualizar-se o genograma possível, tendo em conta os dados recolhidos no decorrer da primeira avaliação:

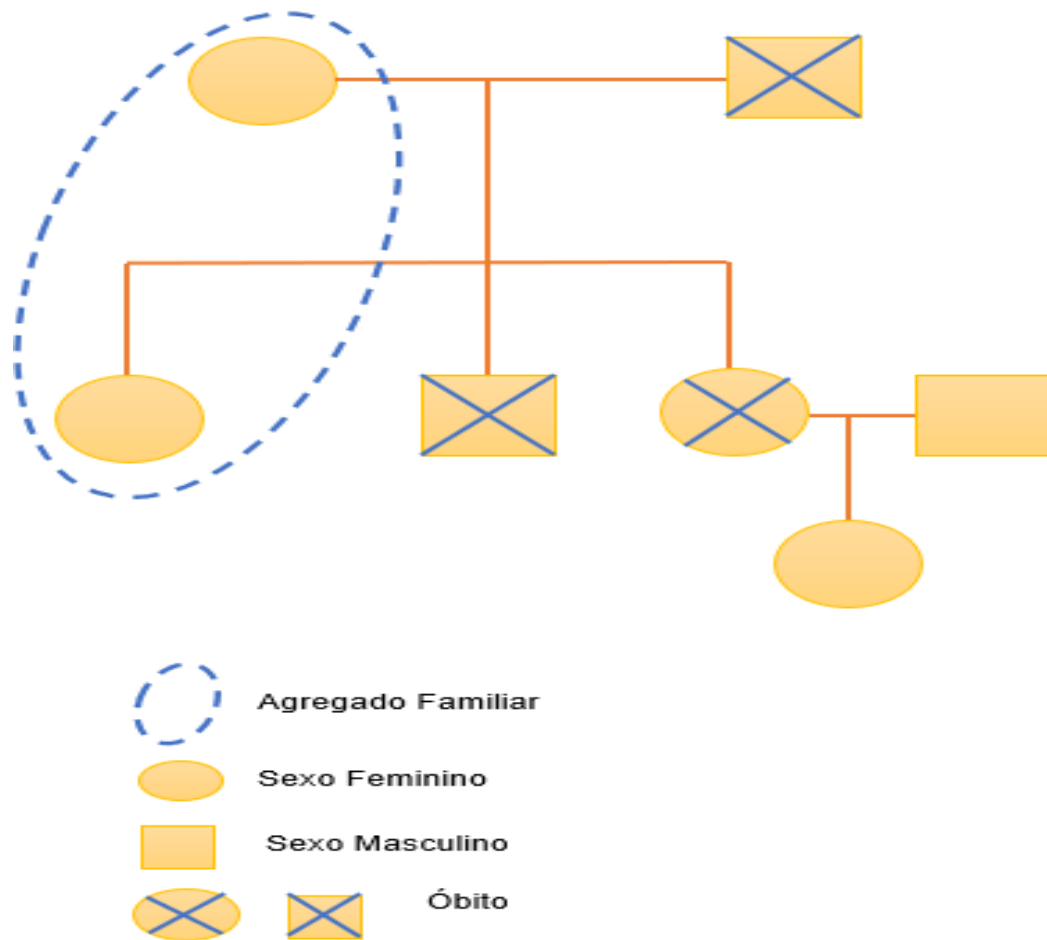


Figura 3-Genograma

IMS, de cinquenta e quatro anos, vive com a sua mãe, sendo atualmente o seu agregado familiar. O seu pai e irmãos faleceram, apresentando apenas, neste momento, a sua mãe cunhado e sobrinha.

O falecimento da sua irmã ocorre em 2011, com quem apresentava uma relação muito forte. O mesmo ocorre com o irmão no ano de 2013.

Neste momento apresenta ligação muito forte com a sua mãe. Mantém bom contacto e uma relação ténue com a sua sobrinha e o seu cunhado, sendo que se relacionam todos os domingos.

As restantes ligações com as pessoas significativas acabaram por ser interrompidas, no entanto estabelecia uma relação muito forte com os seus irmãos e uma relação menos boa com o seu pai, mas que a mesma não tem relatado muito.

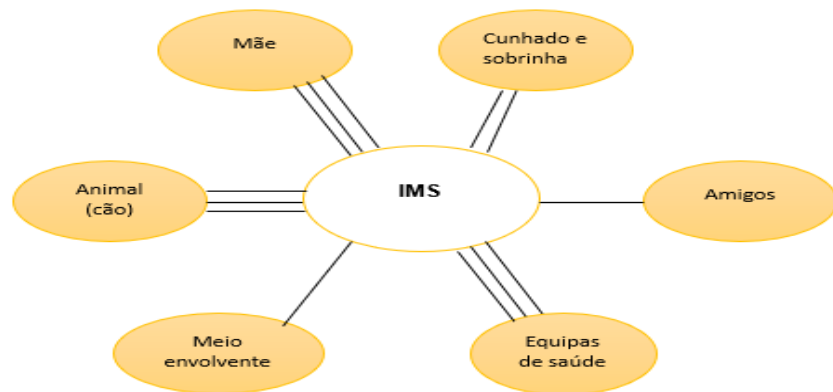
IMS apresenta-se bem com o que a rodeia, estabelecendo uma boa relação com o meio envolvente e com a sua casa e animal (cão).

Apresenta relações fracas com os seus amigos por opção e muito boa relação com as equipas de saúde.

Face ao exposto relativamente às relações que IMS apresenta com as pessoas e com o meio, pode afirmar-se que a rede de apoio é diminuta, no entanto, até ao momento, é satisfatória, tendo em consideração a funcionalidade da pessoa assistida.

Saliento que a rede de apoio de IMS de momento é apenas a sua mãe que apresenta 84 anos de idade e por outro lado as equipas de saúde.

As ligações mencionadas em cima podem ser visualizadas no ecomapa que se encontra evidenciado na figura abaixo.



Ligação forte ≡≡≡

Ligação ténue ≡≡

Ligação fraca ≡

Figura 4-Ecomapa

3.4 AVALIAÇÃO FAMILIAR

No que se refere a antecedentes familiares conhecidos, sabe-se que existem múltiplas patologias e que existiu boas relações, não sendo estas fatores stressores.

Em termos psiquiátricos, sabe-se que o seu pai apresentou esquizofrenia, o seu tio materno com antecedente de patologia psiquiátrica maior e avó materna com suicídio.

No que se refere a antecedentes orgânicos, a sua irmã apresentou neoplasia com localização na mama e o seu irmão com neoplasia do tubo digestivo, doenças que levaram ao falecimento de ambos.

A sua mãe apresenta múltiplas patologias, nomeadamente a colite espasmódica; obstipação, artrites, hérnia a nível da coluna, entre outras que a pessoa assistida não caracterizou mais profundamente.

A sua mãe é conhecida pela equipa de saúde comunitária, uma vez que quando seu marido ficou com a mobilidade condicionada iria administrar injetável no domicílio. No entanto eu não conheço e não existiu pertinência de acompanhar IMS à consulta.

4. PLANO DE CUIDADOS

Perante o exposto é notório que IMS apresenta alterações significativas que merecem ser foco de atenção em enfermagem e de intervenção.

Em seguida, é apresentado o plano de cuidados de todas as alterações mencionadas, onde se pode verificar o foco de atenção, o diagnóstico de enfermagem, o objetivo, as intervenções, a frequência, os recursos e os resultados esperados. O plano de cuidados foi baseado em intervenções descritas por Sequeira & Sampaio (2022).

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|--------------------|---|---|---|--------------|---|---|
| Autocuidado | Sono alterado por episódios de Sonambulismo | Que IMS apresente menor frequência nos episódios de sonambulismo em 3 meses | Determinar o padrão de sono | Semanalmente | Enfermeiro Especialista Apoio equipa multidisciplinar Materiais de apoio | Que a pessoa assistida apresente melhoria, diminuindo os episódios de sonambulismo para 1 vez por |
| | | | Monotorização de episódios de sonambulismo pela pessoa assistida; | Diariamente | | |
| | | | Estratégias de proteção para os episódios de sonambulismo | Semanalmente | | |
| | | | Estabelecer horário de sono | Semanalmente | | |
| | | | Incentivar a estabelecer uma rotina de sono | Diariamente | | |
| | | | Incentivar a evitar dormir durante o dia | Diariamente | | |

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--------------|--|--------------------|
| | | | Promover ensinios sobre ambiente calmo e tranquilo | Semanalmente | | semana nos 3 meses |
| | | | Aumentar as medidas de conforto que diminuam o risco de perda de integridade física | Semanalmente | | |
| | | | Ensinar técnicas de relaxamento muscular | Semanalmente | | |
| | | | Ensinar a diminuir situações de stress | Semanalmente | | |
| | | | Intervenção psicoterapêutica com mediador de diário de humor | | | |

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|--------------------|------------------------------|---------------------------|---|--------------|-------------------------|---------------------------------|
| Autocuidado | Episódios de enurese noturna | Que a IMS apresente menor | Ensinar sobre enurese | Semanalmente | Enfermeiro Especialista | Que presente menos episódios de |
| | | | Monitorizar acontecimentos desencadeadores de enurese | Semanalmente | | |

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | | | |
|--|--|---|--------------|-------------------------------|------------------|
| | frequência nos episódios enurese noturna | Ensinar sobre estratégias a otimizar o conforto perante a enurese | Semanalmente | Apoio equipa interdisciplinar | enurese noturna. |
| | | Ensinar sobre o uso de fralda/ cueca como medida de conforto | Semanalmente | | |
| | | Diminuir a hidratação a partir das 18h | Semanalmente | | |

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|--------------------|---------------------------|---|--|----------------|--|--|
| Ansiedade | Ansiedade moderada | Que IMS diminua o grau de ansiedade de a reduzido no intervalo de 3 meses | Aplicar escala de Ansiedade e depressão hospital | 3 em 3 semanas | Enfermeiro Especialista Apoio equipa interdisciplinar | Que apresente ansiedade reduzida e autocontrolo de ansiedade nos 3 meses |
| | | | Monitorizar a ansiedade | Diário | | |
| | | | Vigiar a ansiedade | Diário | | |
| | | | Executar apoio emocional | Semanalmente | | |
| | | | Ensinar sobre ansiedade | Semanalmente | | |
| | | | Executar intervenção psicoeducativa | Semanalmente | | |
| | | | Executar relaxamento | Semanalmente | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------|--|--|
| | | | <p>Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade (gerir a ansiedade):</p> <ul style="list-style-type: none">- Apoiar a pessoa assistida a aceitar que nem todas as situações são controláveis- Assistir a pessoa assistida a colocar a situação/ problema em perspetiva- Incentivar a pessoa assistida a procurar dar sempre o seu melhor e a ficar orgulhoso disso, ao invés de procurar a perfeição- Incentivar a pessoa assistida a manter uma atitude positiva, fazendo um esforço para substituir pensamentos negativos por outros mais positivos- Assistir a pessoa assistida a identificar quais os "gatilhos" de ansiedade- Estratégias de prevenção de gatilhos de ansiedade- Gestão dos gatilhos de ansiedade | Semanalmente | | |
|--|--|--|--|--------------|--|--|

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa assistida a manter um sono e repouso adequados - Incentivar a pessoa assistida a fazer exercício físico. - Incentivar a respirar fundo - Incentivar a contar lentamente até dez - Incentivar a pessoa assistida a dedicar tempo a si mesmo, com técnicas de relaxamento | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|---------------------------|--|---|--|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Cognição | Risco de comprometimento de memória de | Que IMS apresente um discurso eloquente | Aplicação de MMSE-anexo C | No início e final do processo | Enfermeiro Especialista | Apresente menos falhas de evocação no decorrer do |
| | | | Estabelecer uma relação de empatia e interesse pela pessoa | Semanalmente | Apoio equipa interdisciplin | |

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------------|--|---|
| | evocação recente e com menores falhas de evocação e diminuição de episódios de perda de memória recente | Informar sobre a importância do desenvolvimento de atividades em grupo | Semanalmente | ar (nomeadamente psicomotricista) | discurso em consulta e manifeste menos perda de memória recente. | |
| | | | Informar sobre a importância de participar em atividades de lazer | | | Semanalmente |
| | | | Informar sobre a importância de estimular a cognição diariamente | | | Semanalmente |
| | | | Ensinar sobre técnicas de estimulação geral da cognição | | | Semanalmente |
| | | | Realizar treino cognitivo | | | Semanalmente |
| | | | Realizar de intervenção psicoterapêutica através do diário de humor | | | |
| | | | Autogestão regime terapêutico comprometido | | | Que IMS presente mantenha a autonomia na preparação terapêutica |
| Promover o envolvimento da pessoa assistida na preparação da caixa de medicação | Semanalmente | | | | | |
| Assistir no reconhecimento da importância do regime medicamentoso | Semanalmente | | | | | |

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--------------|--|--------------------------|
| | | com supervisão e cumprimento de todas as tomas prescritas da semana | Ensinar sobre o regime medicamentoso | Semanalmente | | terapêuticas prescritas. |
| | | | Estabelecer um plano individual de intervenção com a pessoa | Semanalmente | | |
| | | | Treinar capacidades de preparação de unidose na caixa semanal | Semanalmente | | |
| | | | Vigiar a preparação de unidoses para uma semana | Semanalmente | | |
| | | | Treinar capacidades relacionadas com a gestão do regime medicamentoso | Semanalmente | | |
| | | | Vigiar se cumpriu com as tomas todas. | Semanalmente | | |
| | | | Realizar de intervenção psicoterapêutica através do diário de humor | | | |

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|--------------------|---------------------------|----------|--|--------------|----------|----------------------|
| | | | Incentivar a contactos sociais com moderação | Semanalmente | | |

O Diário de Humor: Instrumento de Mediação em Enfermagem de Saúde Mental na Pessoa que vive com Perturbação Bipolar

| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|---|--------------|--|--|
| Comportamento interativo | Número de contacto sociais reduzidos | Que IMS apresente mais interações sociais | Orientar sobre o comportamento interativo | Semanalmente | Enfermeiro Especialista Apoio equipa interdisciplinar | Que apresente pelo menos o envolvimento em uma atividade ou mais uma interação social. |
| | | | Incentivar a novas atividades | Semanalmente | | |
| | | | Incentivar a prática de exercício físico | Semanalmente | | |

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|--------------------|---------------------------|---|---|--------------|--|---|
| Dor | Gestão de dor | Que a pessoa assistida apresente menos episódios de dor superior a 5 na escala numérica | Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de controlo de dor | Semanalmente | Enfermeiro Especialista Apoio equipa interdisciplinar | Que a pessoa assistida apresente dor inferior a 5 na escala numérica. |
| | | | Incentivar a prática de exercício físico | | | |
| | | | Ensinar sobre a gestão de analgésicos | | | |
| | | | Aplicar escala numérica de dor | | | |

| Foco de Enfermagem | Diagnostico de enfermagem | Objetivo | Intervenções de enfermagem | Frequência | Recursos | Resultados esperados |
|---------------------------|---------------------------------------|---|--|--------------|--|--|
| Prevenção de crise | Prevenir e gerir situações de recaída | Que IMS consiga detetar de forma precoce os sintomas desencadeadores de crise | Ensinar sobre sinais e sintomas característicos de crise sobre a PB; | Semanalmente | Enfermeiro Especialista Apoio equipa interdisciplinar Equipa médica assistente | Que a pessoa assistida apresente conhecimento sobre sinais e sintomas de crise |
| | | | Identificar os sinais e sintomas através do diário de humor; | | | |
| | | | Monitorizar sinais e sintomas através do diário de Humor | | | |
| | | | Ensinar sobre a autovigilância na monitorização das oscilações de humor | | | |
| | | | Esclarecer dúvidas | | | |
| | | | Incentivar a estilo de vida saudável como exercício físico, alimentação e higiene do sono; | | | |

Foi planeado desenvolver nove sessões que correspondiam duas a avaliação inicial, 5 de intervenção psicoterapêutica com mediação de diário de humor e 2 de avaliação final.

Inicialmente foram realizadas duas consultas de avaliação inicial, onde foi recolhida informação importante para se conhecerem as suas alterações de IMS e avaliado o seu estado mental através do MMSE.

Na segunda consulta, ainda considerada de avaliação inicial, foi apresentado o diário de humor para mediar as consultas seguintes. Foi explicado em que consistia o diário de humor e o seu objetivo traçando 5 sessões com a mediação do mesmo. Ao longo destas 5 sessões de intervenção, foram realizadas consultas semanais de enfermagem, onde foi possível desenvolver as diversas intervenções delineadas no plano de cuidados com objetivos traçados de acordo com o que se encontra acima.

O autopreenchimento do diário de humor baseia-se no estado de humor (deprimido; eufímico, eufórico), apresentando uma escala de 0-5 para classificação diária, expressão numa frase dos sentimentos, horas de sono, número de vezes que acordou, número de refeições diárias, atividade física e acontecimentos importantes.

No decorrer de cada consulta era realizada a análise do diário de humor através da leitura e diálogo com a pessoa assistida o que também daria para perceber como se encontrava a memória recente. Com esta análise pode-se avaliar os diversos critérios que eram solicitados o que se pode verificar diversas vantagens no mesmo como a prevenção de recaídas, o relato mais evidente de situações consideradas importantes que eram escritas com mais detalhe e sem falhas temporais, o que se manifestou muito revelante para a deteção de fatores de stress e de proteção que a mesma poderia manifestar.

Feita a análise de possível ligação a fatores de stress, que não foi manifestado como uma constante, na maioria das vezes encontrava-se ligado a momentos de melancolia e de maior expressão de sentimentos. Não menos importante, foi notório que a pessoa assistida já tinha muitas estratégias delineadas para se proteger.

5. AVALIAÇÃO FINAL

Com a elaboração do plano de cuidado, as alterações encontram-se esquematizadas e de fácil percepção, de modo que as intervenções delineadas sejam significativas e imprescindíveis para a normalização do estado de saúde de IMS.

IMS apresenta seis focos que necessitaram de atenção, nomeadamente autocuidado, ansiedade, cognição, comportamento interativo e prevenção de crise. Para cada um deles foi levantado um diagnóstico de enfermagem e respetivo objetivo, e intervenções com a respetiva frequência, recursos e resultados esperados.

Relativamente à aplicação do plano de cuidados estabelecido, foi possível perceber que a pessoa assistida mantém alterações significativas no sono, mantendo sonambulismo que com a aplicação do diário de humor foi perceptível estabelecer ligação a momentos de maior tensão para IMS, no entanto não foi constante esta associação, mas frequente. Apresentou uma semana em que não se verificaram estes episódios, porém na semana seguinte verificaram-se dois. Com a avaliação no decorrer do tempo, é frequente IMS apresentar, em média, cerca de dois episódios que se interligam com a alteração de eliminação, em que a mesma mantém o relato de desorientação espacial. Estes episódios diminuíram e as estratégias encontradas como o uso de cueca fralda foi benéfico, sendo menos intrusivo no pensamento dela e, por sua vez, quando se verificava enurese esporádica a mesma manifestou grande alívio em não passar para a cama. Como tal, pode verificar-se que, apesar das alterações se manterem, apresenta evolução positiva, com o uso de estratégias. Saliento ainda que os episódios de sonambulismo na fase inicial colocavam muitas vezes a integridade física em causa e que no decorrer do processo foi verificado que eram menos agressivos nesse aspeto.

No que toca à ansiedade, a pessoa assistida mantém ansiedade em grau moderado (anexo B), não tendo sido atingido o objetivo, todavia teve adesão a estratégias para a diminuição de ansiedade com o uso de música para relaxar, controlo de ciclos respiratórios. No entanto, a alteração mantém-se, motivando a aplicação de mais estratégias de controlo da ansiedade. Como as alterações se interligam, a ansiedade é desencadeada muito pela alteração de memória de evocação motivando a aplicação de MMSE na avaliação final para perceber a evolução, em que o

seu score aumenta para 28, melhorando a evocação como se verifica no anexo b- avaliação final. Quando IMS se encontra com o humor menos deprimido melhora, porém, foi também verificado através das intervenções psicoterapêuticas que o humor se encontrava a piorar, coincidindo com maior tendência na dificuldade de evocar palavras na continuação do discurso e da ideia que queria apresentar.

Na utilização do mediador de intervenção, o diário de humor foi benéfico não só para verificar diversos acontecimentos que desencadeavam o processo de sonambulismo, como também para a verificação do estado de humor, o que proporcionou uma intervenção precoce na recaída em articulação com a equipa multidisciplinar.

Neste caso, com a avaliação em consulta do diário de humor foi perceptível um estado melancólico e deprimido associado a datas significativas para IMS.

Ainda relativo à cognição com a aplicação de intervenção de diário de humor era realizada a avaliação de memória recente, em que IMS tentava resumir os eventos antes de ler o seu diário de humor, em que a única coisa que a mesma não conseguia realizar era a localização temporal.

No que toca à preparação da terapêutica, o objetivo foi atingido, uma vez que a mesma consegue preparar de forma autónoma a terapêutica sem necessidade de ajuda e cumpriu com as tomas, não havendo tomas em excesso, no entanto apresentou falhas nas tomas de medicação na hora de almoço, que a mesma justifica que se esquece. Apresentadas outras estratégias que não sortiram efeito, mas por norma a pessoa assistida cumpre com a maioria dos dias. Com a aplicação desta intervenção de preparação de unidose para uma semana, conseguiu-se perceber que IMS consegue ter conhecimentos dos fármacos que toma, consegue geri-los e tomar de forma autónoma sem que se desorganize. O objetivo não foi totalmente atingido, uma vez que não realizou todas as tomas, porém não fez tomas em excesso e conseguiu manter a sua autonomia na preparação.

Em termos de interações sociais comprometidas, foi conseguido através da equipa multidisciplinar, nomeadamente psicomotricista e com incentivo de restante equipa que IMS iniciasse atividade física num ginásio que apesar de não manifestar muito interesse em conhecer as pessoas com quem faz aulas, já estabeleceu relação com a técnica que dá as aulas e manifesta

estar a gostar. IMS tem sido assídua no ginásio 3 vezes por semana o que fez com que a dor também ficasse mais controlada manifestando na escala numérica de dor, uma dor de 2.

Relativamente à dor foi possível observar que teve uma semana com dor descontrolada, em que conseguiu aplicar técnicas não farmacológicas e gestão de analgesia em SOS.

Por fim, a prevenção de crise foi conseguida através da auto-monitorização no diário de humor, uma vez que o mesmo apresentava sentimentos e descrição dos mesmo cada vez mais melancólicos e quando confrontada com isso a mesma referia que estava mais deprimida. Neste caso foi feita reunião com equipa multidisciplinar e após avaliação foi introduzido Bupropion 150mg que sortiu efeito.

Em conclusão, pode verificar-se que as consultas de enfermagem, com a aplicação do plano de cuidados tem sido benéfico para IMS, no entanto os objetivos não foram todos conseguidos, o que requer continuação de cuidados. Poderá apenas ponderar-se a frequência de consultas para quinzenal, no entanto é assunto que requer ponderação na decisão.

A aplicação do diário de humor, no caso IMS, foi benéfico e serviu como elemento-chave no decorrer do processo, nas consultas, pois conseguiu-se através dele perceber as oscilações de humor, haver evidência dos «timings» certos de acontecimentos e maior precisão na sua descrição, nomeadamente no que se refere ao sonambulismo e enurese. Não obstante, permitiu prevenir recaídas, o que foi muito benéfico. Assim, a continuidade de aplicação do diário de humor poderá ser benéfica a ser aplicada no seguimento das restantes consultas.

Nas consultas de avaliação final foi solicitado a IMS que referisse a relevância que teve a utilização do diário e os pontos positivos e menos positivos do mesmo. Foi referido pela pessoa assistida que foi útil a aplicação do mesmo, no entanto apresentou dificuldade em expor os sentimentos e emoções e que se torna muito repetitivo ao longo do tempo.

Um outro aspeto focado pela pessoa assistida foi a dificuldade de expor o sentimento que não era constante ao longo do dia e isso provocava insegurança e incerteza se estaria a fazer de forma correta.

6. CONCLUSÃO

Em síntese, pode verificar-se que a doença mental é complexa e, especificamente, a PB é uma doença mental grave e crónica, caracterizada por variações extremas de humor. Esta afeta o funcionamento do cérebro, levando a episódios de mania e episódios depressivos.

Tendo em conta o que foi apresentado no EC relativo à sintomatologia de IMS, pode afirmar-se que se enquadra na PB, porém também podemos notar as dificuldades que existem em traçar um diagnóstico. No entanto, saliento que nem tudo o que IMS apresenta é o que se encontra descrito como o mais comum na patologia, mantendo-se sempre na fase deprimida tendencialmente em que a mesma vai oscilando para mais depressiva no tempo em que foi realizado o EC.

Com a aplicação do processo de enfermagem a um EC, é perceptível que se podem apresentar diversas características e alterações, quer do foro mental, quer manifestações físicas.

A análise do EC foi realizada segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman, uma vez que pareceu a melhor teoria a ser aplicada, tendo em conta os stressores descritos ao longo do EC. Ao longo deste trabalho, o foco traduziu-se na implementação e restabelecimento do bem-estar de IMS em relação ao ambiente e seus stressores.

Após a aplicação deste modelo, conseguiu-se perceber as alterações que merecem ser foco de atenção e aplicar o processo de enfermagem, ou seja, diagnóstico de enfermagem, objetivos, intervenções e sua frequência, bem como os resultados esperados. O plano de cuidados baseia-se nas alterações manifestadas no decorrer de três meses, mas contempla intervenções pensadas também para um futuro próximo, de modo a evitar recidivas/ recaídas, não descartando que este tem que se ir adaptando às necessidades, sendo modificável ao longo do tempo e deve acompanhar a pessoa assistida com vista a manter continuidade de cuidados.

É notório que ainda há muitas ações de melhoria no que se refere à prestação de cuidados em psiquiatria, logo é pertinente continuar a haver estudos de casos para o desenvolvimento e aquisição de competências, mas também para perceber as lacunas que existem, de forma a colmatá-las e a melhorar os serviços de saúde.

7. BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(3), 327–30. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>
- American Psychological Association [APA] (2020) *Manual APA: Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas (7ª edição)*. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro.
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Marins, M. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-5- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed.)*. Porto Alegre, Brasil: RS: Artmed Editora.
- Assunção, L., Coelho, D., Meinertz, F., Costa, M., Regadas, S., Carreiro, M., ... & Vale, R. T. (2022). Alterações Neuropsicológicas no Transtorno Bipolar. *E-Acadêmica*, 3(2), 2432146. <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v3i2.146>
- George, J. (2000) *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional (4a Edição)*. Porto Alegre: Artmed editora. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6777/677774252002/677774252002.pdf> (17/04/2023)
- Lewis, S. W., & Buchanan, R. W. (2015). *Fast Facts: Schizophrenia*. Londres, Reino unido: Health Press Limited.
- Onofre, A., Cruz, R., Zanini, R., & Labiak, F. (2022). Transtornos de humor em pacientes com alterações neuropsicológicas: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(2), 37211225566. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25566>
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A. I., & Figueiredo, M. H. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9-19. Disponível: <https://www.redalyc.org/journal/6777/677774252002/677774252002.pdf>
- S. Bento Menni (2005), *Carta de Identidade das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus*.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022). *Enfermagem e Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa, Portugal- Lidel.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO A- ESQUEMA TERAPÊUTICO

| | PEQUENO- ALMOÇO | ALMOÇO | JANTAR | DEITAR |
|-----------------------------|--------------------|--------|--------|--------|
| <i>Gabapentina</i> 600mg | 1 | 1 | 1 | |
| <i>Lítio</i> 400mg | 1/2 | | 1 | |
| <i>Clozapina</i> 100mg | | | 1 | |
| <i>Lamotrigina</i> 100mg | | | 1 | |
| <i>Clonazepam</i> 0.5mg | | | 1/2 | |
| <i>Ropinorol</i> 1mg | | | 1 | |
| <i>Melatonina</i> 3mg | | | 1 | |
| <i>Esomeprazol</i> 20mg | Jejum | | | |
| <i>Fenofibrato</i> 145mg | | | 1 | |
| <i>Atrozen</i> 600mg | 1 | | 1 | |
| <i>Tizanidina</i> 2mg | 1/2 | | 1 | |
| <i>Bupropion</i> 150mg | 1/2 | | | |

8.2. ANEXO B- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

| Na última semana... | Respostas | Pontos |
|---|---|--------|
| 1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a) | Quase sempre <input checked="" type="checkbox"/> | 3 |
| | Muitas vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Por vezes <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Nunca <input type="checkbox"/> | 0 |
| 2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar | Tanto como antes <input checked="" type="checkbox"/> | 3 |
| | Não tanto agora <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Só um pouco <input type="checkbox"/> | 1 |
| 3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer | Quase nada <input type="checkbox"/> | 0 |
| | Sim e muito forte <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Um pouco, mas não me aflige <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| 4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas | De modo algum <input type="checkbox"/> | 0 |
| | Tanto como antes <input type="checkbox"/> | 0 |
| | Não tanto como antes <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Muito menos agora <input type="checkbox"/> | 2 |
| 5. Tenho a cabeça cheia de preocupações | Nunca <input type="checkbox"/> | 3 |
| | A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Muitas vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Por vezes <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Quase nunca <input type="checkbox"/> | 1 |

Continua na próxima página

Processo:

| Na última semana... | Respostas | Pontos |
|--|--|--------|
| 6. Sinto-me animado(a) | Nunca <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Poucas vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | De vez em quando <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Quase sempre <input type="checkbox"/> | 0 |
| 7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a) | Quase sempre <input checked="" type="checkbox"/> | 0 |
| | Muitas vezes <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Por vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Nunca <input type="checkbox"/> | 3 |
| 8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar | Quase sempre <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Muitas vezes <input checked="" type="checkbox"/> | 2 |
| | Por vezes <input type="checkbox"/> | 1 |
| 9. Fico de tal forma apreensivo(a) / com medo, que até sinto um aperto no estômago | Nunca <input type="checkbox"/> | 0 |
| | Nunca <input type="checkbox"/> | 0 |
| | Por vezes <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Muitas vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Quase sempre <input type="checkbox"/> | 3 |
| 10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico | Completamente <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Talvez cuide menos que antes <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Tenho o mesmo interesse de sempre <input type="checkbox"/> | 0 |
| 11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a) | Muito <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Bastante <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Não muito <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Nada <input type="checkbox"/> | 0 |

Continua na próxima página

Processo:

| Na última semana... | Respostas | Pontos |
|---|---|--------|
| 12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro | Tanto como antes <input type="checkbox"/> | 0 |
| | Não tanto como antes <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Bastante menos agora <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Quase nunca <input checked="" type="checkbox"/> | 3 |
| 13. De repente, tenho sensações de pânico | Muitas vezes <input type="checkbox"/> | 3 |
| | Bastantes vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Por vezes <input checked="" type="checkbox"/> | 1 |
| | Nunca <input type="checkbox"/> | 0 |
| 14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão | Muita vezes <input checked="" type="checkbox"/> | 0 |
| | De vez em quando <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Poucas vezes <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Quase nunca <input type="checkbox"/> | 3 |
| Total de Pontos Ansiedade - Soma das questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 | | |
| Total de Pontos Depressão - Soma das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 | | |

19

Score:

- . de 0 a 7 pontos - Improvável
- . de 8 a 11 pontos - Possível (questionável ou duvidosa)
- . de 12 a 21 pontos - **Provável**

8.3. ANEXO C- MMSE

Primeira avaliação

1 - ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ ✓
Em que mês estamos? _____ ✓
Em que dia do mês estamos? _____ ✓
Em que dia da semana estamos? _____ ✓
Em que estação do ano estamos? _____ ✓
Em que país estamos? _____ ✓
Em que distrito vive? _____ ✓
Em que terra vive? _____ ✓
Em que casa estamos? _____ ✓
Em que andar estamos? _____ ✓

Nota: 10

2 - RETENÇÃO (1 ponto por cada resposta correctamente repedita)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____ ✓
Gato _____ ✓
Bola _____ ✓

Nota: 3

3- ATENÇÃO E CÁLCULO (contar 1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas, parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar".

27 ✓ 24 ✓ 21 ✓ 18 ✓ 15 ✓

5

4 - EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ✗ _____
Gato ✓ _____
Bola ✗ _____

Nota: 1

5 - LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta.)

A. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio

Nota: 2

Lápis

B. "Repita a frase que vou dizer: ORATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

C. "Quando eu lhe dir esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa" (ou cama, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: 3

D. "Leia o está neste cartão e faça o que lá se diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto, deve ler-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: 1

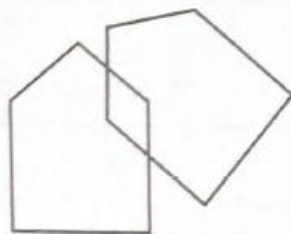
E. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ser sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: 1

6 - HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto por cada cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deles deve ficar com 5 lados, dois dos quais interceptamos. Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA



(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

SCORE : 27pontos

Avaliação final de MMSE

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? ✓
2. Em que mês estamos? ✓
3. Em que dia do mês estamos? ✓
4. Em que estação do ano estamos? ✓
5. Em que dia da semana estamos? ✓
6. Em que País estamos? ✓
7. Em que Distrito vive? ✓
8. Em que Terra vive? ✓
9. Em que casa estamos? ✓
10. Em que andar estamos? ✓

Nota: 10

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

PERA GATO BOLA

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA ✓ GATO ✓ BOLA ✓

Nota: 3

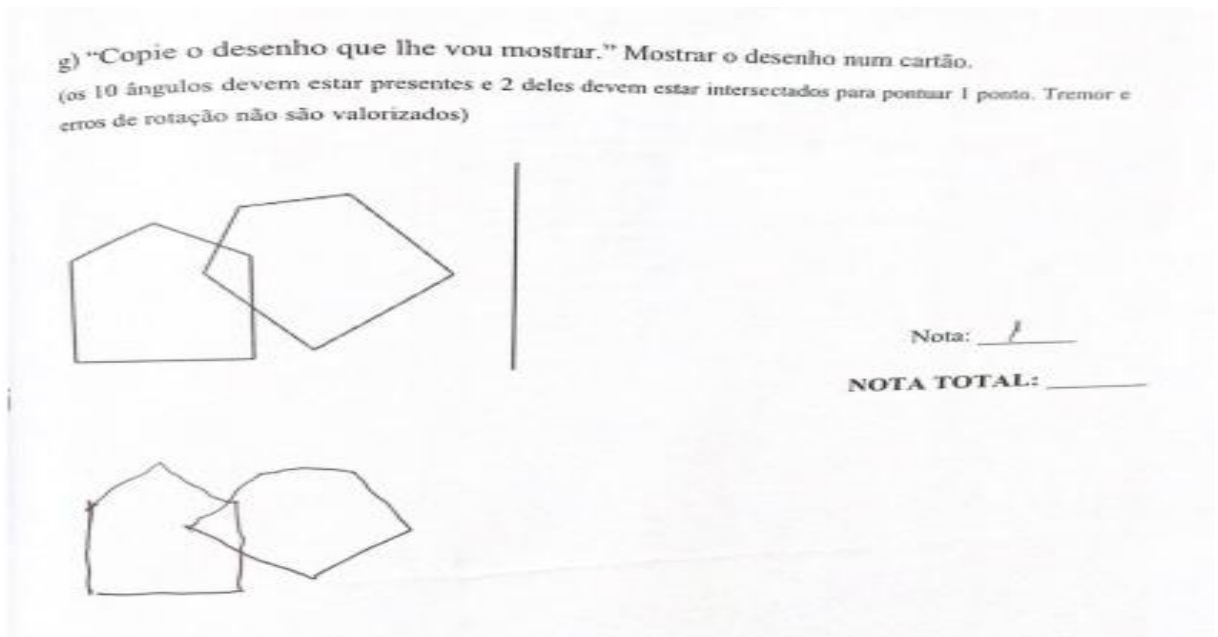
III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) ✓ (27) ✓ (24) ✓ (21) ✓ (18) ✓ (15) ✓

Nota: 5



SCORE: 28

8.4. ANEXO D- ESCALA NUMÉRICA



**ANEXO I- VII JORNADAS DO ASSUMAR -ARTICULAR RESPOSTAS EM SA-
ÚDE MENTAL**



**ANEXO II- I CONGRESSO INTERNACIONAL: BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE
MENTAL**

Acesse <https://doity.com.br/validar-certificado> para verificar se este certificado é válido. Código de validação: 9RZZ00ZM



Conferimos o presente certificado:

CÁTIA SANTOS MONTEIRO

por sua participação no **I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**, promovido pelo **CENAT** (Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas), realizado em **Lisboa/Portugal**.

17 e 18 de novembro de 2023

Carga horária: 25 horas

Pablo Felipe S. Valente

Pablo Felipe S Valente
Coordenador Nacional

Paul Baker

Paul Baker
Coordenador Internacional

REALIZAÇÃO:

CENAT

APOIO:



Evento: **I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental - Lisboa/Portugal**

Local: **Lisboa, Portugal**

Participante: **Cátia Santos Monteiro**

Data: **17/11/2023 - 18/11/2023**

Programação:

17/11/2023 - 09:30 - Palestra: Rumo a uma abordagem de Direitos Humanos para a Saúde Mental

Palestrante: Paul Baker (Inglaterra)

17/11/2023 - 14:00 - Palestra: A Gestão Autônoma de Medicação (GAM) como dispositivo de grupo

Palestrante: Celina Vilas-Boas (Portugal)

18/11/2023 - 09:00 - Palestra: Como trabalhar com pessoas que ouvem vozes?

Palestrante: Paul Baker (Inglaterra)

18/11/2023 - 14:00 - Palestra: O que é um diagnóstico psiquiátrico na infância e isso importa?

Palestrante: Sami Timimi (Inglaterra)

17/11/2023 - 11:10 - Palestra: Desinstitucionalização: Um desafio permanente!

Palestrante: Rossana Seabra (Brasil)

17/11/2023 - 15:30 - Mesa Redonda: Projetos de redução de riscos e minimização de danos na inclusão[...]

Palestrantes: Andreia Alves (Portugal), Nuno Maneta (Portugal), Martinho Dias (Portugal) e Diana Gaspar (Portugal)

18/11/2023 - 10:40 - Palestra: Atenção à crise em Saúde Mental no território

Palestrante: Rossana Seabra (Brasil)

18/11/2023 - 15:30 - Mesa Redonda: Modelo da Prescrição Social em Portugal

Palestrantes: Cristiano Figueiredo (Portugal) e Louise Hoffmeister (Portugal)

**ANEXO III- IIIª JORNADAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO
HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO**

III^ª JORNADAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

Saúde Mental Que futuro?

Fórum Cultural de Alcochete
24, 25 e 26 de Janeiro de 2024



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos declara-se que:

Cátia Santos Monteiro

Participou nas III Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental
do Centro Hospitalar Barreiro Montijo,
que decorreram de 24 a 26 de Janeiro de 2024
no Fórum Cultural de Alcochete.

Alcochete, 26 de Janeiro de 2024

Gláucia Lima
Diretora do Departamento
de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM

ANEXO IV- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM WORKSHOP “O LUTO”

III^{as} JORNADAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

Saúde Mental Que futuro?

Fórum Cultural de Alcochete

24, 25 e 26 de Janeiro de 2024



CERTIFICADO PARTICIPANTE EM WORKSHOP

Certifica-se que:

Cátia Monteiro

Participou em Workshop subordinado ao tema:

Luto

no dia 24 de Janeiro de 2024, com duração de 1.30h.

Alcochete, 26 de Janeiro de 2024

Gláucia Lima

Diretora do Departamento
de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM

**ANEXO V- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM WORKSHOP “ADIÇÕES SEM
SUBSTÂNCIAS”**

III^{as} JORNADAS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

Saúde Mental Que futuro?

Fórum Cultural de Alcochete
24, 25 e 26 de Janeiro de 2024



CERTIFICADO PARTICIPANTE EM WORKSHOP

Certifica-se que:

Cátia Santos Monteiro

Participou em Workshop subordinado ao tema:

Adições sem substância

no dia 24 de Janeiro de 2024, com duração de 1.30h.

Alcochete, 26 de Janeiro de 2024

Gláucia Lima

Diretora do Departamento
de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM