

Raphaella Castro Jansen

(<http://orcid.org/0000-0002-4032-5825>)

Natatcha Alexandrino Silva

(<http://orcid.org/0000-0002-5423-8180>)

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira

(<https://orcid.org/0000-0003-2668-7587>)

Maria Vitória Sousa Silva

(<https://orcid.org/0000-0002-9325-7985>)

Lídia Rocha de Oliveira

(<https://orcid.org/0000-0001-7716-1388>)

Vitória Costa Oliveira

(<http://orcid.org/0000-0001-7341-8596>)

Janiel Ferreira Felício

(<http://orcid.org/0000-0002-5601-0086>)

Alicyregina Simião Silva

(<https://orcid.org/0000-0002-8337-2728>)

Larissa Katlyn Alves Andrade

(<https://orcid.org/0000-0002-9804-5252>)

Lícia Mara Moreira da Silva

(<https://orcid.org/0000-0002-2961-0561>)

Yasmin Vitória de Oliveira Castro Passos

(<https://orcid.org/0000-0003-0108-814X>)

Tainara Chagas de Sousa

(<https://orcid.org/0000-0001-5115-1026>)

Thais Correia Monteiro

(<https://orcid.org/0000-0001-8923-2729>)

Luzia Camila Coelho Ferreira

(<https://orcid.org/0000-0003-0508-084X>)

Josemberg Pereira Amaro

(<https://orcid.org/0000-0003-0945-6066>)

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia
Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção – CE, Brasil.

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Personalidade Anancástica são transtornos mentais caracterizados, respectivamente, por alterações de humor, ansiedade e de personalidade. Esses transtornos comprometem a qualidade de vida do sujeito acometido, tendo em vista o sofrimento acentuado e o prejuízo significativo na sua vida social decorrentes dessas doenças psíquicas. Trata-se de um relato de experiência cujo objetivo é descrever a Assistência de Enfermagem a uma paciente com Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Personalidade Anancástica. O estudo foi realizado em um hospital de referência no estado do Ceará, no período de 16 de julho a 29 de

julho de 2019. Identificaram-se cinco diagnósticos de enfermagem prioritários a partir da taxonomia da NANDA-I. Para cada um desses diagnósticos, elencou-se pelo menos três intervenções de enfermagem conforme a taxonomia da NIC. Os resultados esperados foram descritos de acordo com a NOC. Os resultados alcançados destacam a importância da assistência de enfermagem em conhecer o processo de comunicação terapêutica como forma de garantir subsídios para a promoção da saúde de pacientes com transtornos mentais e essencialmente prevenir agravos. A experiência denotou aspectos positivos para os discentes e profissionais envolvidos diretamente na assistência à paciente com transtornos mentais, contribuindo no processo formativo em saúde mental.

Palavras-chave: transtorno bipolar; transtorno obsessivo-compulsivo; transtornos da personalidade; transtornos mentais; cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar, também conhecido como Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), é um distúrbio psiquiátrico grave marcado por alterações de humor alternadas que envolvem episódios de depressão e euforia com alternância de períodos assintomáticos (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017). Conforme as estatísticas divulgadas pela *Depression and Bipolar Support Alliance* (DBSA), através dos dados do *National Institute of Mental Health* (NIMH), o TAB afeta 5,7 milhões de americanos, com idade média de 25 anos, embora a doença possa iniciar na infância ou num período mais tardio da vida adulta (ABRATA, 2014). Segundo a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), estima-se que 4% da população adulta mundial sofre de TAB. Essa prevalência também vale para o Brasil, pois nesse país aproximadamente 6 milhões de pessoas possuem o diagnóstico (DEMINCO, 2018).

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), por sua vez, é um dos transtornos de ansiedade mais comuns associados ao TAB (KAZHUNGIL *et al.*, 2017). O TOC é uma doença mental grave, marcada pela presença de obsessões e compulsões que são suficientemente severas para consumirem tempo da vida dos portadores desse transtorno, causando um sofrimento acentuado ou prejuízo significativo (SCHOLL *et al.*, 2017). Estudos epidemiológicos revelam que a prevalência do TOC na população em geral é 1,2% em 12 meses e 2,3% ao longo da vida (CORDIOLI, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) o inclui entre as dez doenças com maior impacto em termos de incapacitação social no mundo (SCHOLL *et al.*, 2017).

Já o Transtorno de Personalidade Anancástica (TPA) ou Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo (TPOC) é um tipo de transtorno muito parecido com o TOC, devido os sintomas obsessivos compulsivos (APA, 2014). De todos os transtornos de personalidade, com base estatística

nos casos diagnosticados, o TPOC demonstra ser um dos mais prevalentes, atingindo de 2 a 8% da população (APA, 2014).

Nessa perspectiva, o enfermeiro é um membro-chave na colaboração a adesão e progresso satisfatório na qualidade de vida do portador com transtornos mentais, visto que, disponibiliza majoritariamente seu tempo próximo aos pacientes. Além disso, os cuidados de enfermagem oportunizam ações de educação em saúde, apoio emocional e espaço para a prática da assistência de enfermagem psiquiátrica, que inclui, entre outras intervenções, o relacionamento interpessoal terapêutico, considerado alicerce para as demais intervenções.

Por serem evidenciadas como doenças complexas e de alto risco, o presente estudo é importante para agregar mais conhecimentos sobre tais patologias, especialmente no que se refere a atuação da enfermagem nesse contexto. Sendo assim, este relato tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem a paciente com transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade anancástica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Transtorno Afetivo Bipolar

O TAB é um transtorno de humor caracterizado por manifestações de episódios maníacos ou hipomaníacos, alternados com períodos depressivos ou eufímicos, em diversos graus de intensidade. Por ser considerada uma doença crônica grave, provoca significativas perturbações na qualidade de vida do paciente, além de sobrecarga para a família e de forma generalizada para a sociedade (BRASIL, 2016).

Entre os fatores que podem propiciar o desenvolvimento de TAB, encontram-se os estressores ambientais, transtornos somáticos e de personalidade, histórico familiar de TAB, situação socioeconômica desestruturada, entre outros (BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2017). Os primeiros sintomas, geralmente, iniciam-se na idade adulta e devido ao diagnóstico tardio da doença, ocorre o aumento do número de tentativas de suicídio e de suicídio propriamente dito, acarretando elevados custos financeiros para a saúde pública (SCUSSEL *et al.*, 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014), o TAB se diferencia em dois tipos principais: o Tipo I, em que a característica definidora é o episódio maníaco, em associação ou não a um episódio depressivo maior, e o Tipo II, caracterizado por pelo menos um episódio depressivo associado a um episódio hipomaníaco.

Entretanto, o TAB pode se manifestar de outras formas, podendo também ser classificado em: 1. Transtorno Ciclotímico, caracterizado pela alternância entre períodos hipomaníacos e depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos ou um ano em crianças sem atender os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior; e 2. Transtorno

Relacionado Especificado que se refere a quadros atípicos, em que a ocorrência dos sintomas não preenche os critérios de duração e frequência mínimos necessários para caracterizar pelo menos um episódio hipomaniaco (APA, 2014).

Sob essa perspectiva, as principais características diagnósticas de uma síndrome maníaca ou hipomaniaca incluem: humor anormal e irritável; aumento anormal de atividades ou da energia associadas a autoestima inflada; redução do sono; pressão de fala ou mais falante que o habitual; fuga de ideias ou aceleração do pensamento; distraibilidade; agitação psicomotora; hipersexualidade e impulsividade. Todavia, o que determinará o diagnóstico entre episódio maníaco e hipomaniaco será a intensidade, o tipo e a frequência da ocorrência desses sintomas (APA, 2014).

No que condiz ao diagnóstico de episódio depressivo maior, é necessário que o paciente apresente cinco ou mais dos sintomas descritos a seguir, sendo que, pelo menos um deles seja humor deprimido ou perda de interesse associado a perda/ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, diminuição concentração, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida e tentativa de suicídio (APA, 2014).

A partir de sua delimitação, o TAB é considerado uma doença crônica associada a elevado risco de mortalidade por suicídio, uma vez que o número de tentativas chega a ser até 20 vezes maior que a população geral. Nesse público, 25% a 60% dos pacientes tentam suicídio pelo menos uma vez na vida, e, lamentavelmente, 4% a 19% morrem por essa causa (BRASIL, 2016). Em vista disso, a OMS considera o TAB uma das principais causas de incapacidade por reduzir o tempo de vida e de saúde da população na faixa etária entre 15-44 anos de idade (ABRATA, 2017).

O tratamento do TAB consiste em estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Entretanto, é necessário um planejamento a longo prazo, em que inicialmente, realiza-se a terapia medicamentosa nas crises agudas e posteriormente o tratamento de manutenção, a fim de evitar a recorrência de novos episódios. A conduta terapêutica mais eficaz consiste na associação de um fármaco estabilizador de humor com um antipsicótico. Estes visam a melhora dos sintomas de humor e a prevenção de reincidência de novas recaídas (BRASIL, 2016).

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O TOC é um quadro de ansiedade evidenciada por pensamentos obsessivos e reações compulsivas. As obsessões são manifestadas por pensamentos ou impulsos indesejáveis que ocorrem com frequência. As compulsões expõem a repetição de atos ou comportamentos que uma pessoa executa em resposta a uma preocupação. A principal característica do TOC é a excessividade e persistência, além do apropriado ao desenvolvimento (APA, 2014).

O TOC é uma doença de evolução crônica e variável que pode ser desenvolvida a partir de algum evento estressante, embora possa se desencadear sem qualquer motivo externo, em que se designa sob a forma de crises episódicas ou com a evolução e o agravamento dos sintomas (CORDIOLI, 2014).

Dentre os critérios de diagnósticos do TOC, tem-se que: as obsessões e compulsões, devem consumir um tempo razoável ou comprometer a qualidade de vida do indivíduo e não podem ser resultado de doenças neurológicas. Nesse sentido, os sintomas não podem ser atribuídos ao uso de substâncias ou outra condição médica (CORDIOLI, 2014).

O tratamento inclui a terapia cognitivo-comportamental que tem por objetivo expor o portador a situação que estimula ansiedade, para que possa perceber as aprendizagens errôneas e as crenças distorcidas que adquiriu ao longo da vida. A terapêutica medicamentosa é a base de antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina que atuam na redução da ansiedade (AGNOLETO, 2015).

Assim, os portadores desse transtorno encontram diversas dificuldades principalmente na interação junto à sociedade, resultando no afastamento parcial nas atividades sociais diárias. Além disso, a diminuição da autoestima e do bem-estar interferem negativamente na relação conjugal e na socialização, incapacitando a pessoa de fazer novas amizades, ocasionando a desmotivação para o trabalho, a diminuição da concentração nos estudos, acarretando ideações e tentativas de autoextermínio (SCHOLL *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que outras psicopatologias são frequentemente concomitantes ao TOC, uma vez que aproximadamente 63% dos portadores de TAB têm diagnóstico de TOC associado. Os transtornos de aprendizagem (TAP) também são comuns nos pacientes com TOC, apresentando uma variação de 23 a 32% (APA, 2014).

Transtorno de Personalidade Anancástica

O Transtorno de Personalidade Anancástica (TPA) é definido por extrema preocupação com o perfeccionismo, uma necessidade inflexível de ordem e rígido controle sobre as pessoas e as circunstâncias da vida da pessoa. Geralmente o TPA surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos (APA, 2014).

Para estabelecimento do critério diagnóstico é necessário que haja pelo menos quatro das seguintes características definidoras: preocupação com aspectos relacionados a detalhes, normas, listas, ordem, organização e horários, interferindo o objetivo principal da atividade, perfeccionismo na finalização de determinada tarefa, dedicação excessiva ao trabalho e à produtividade com exclusão das atividades de lazer, reticência em delegar tarefas, rigidez e obstinação, inflexibilidade, incapacidade para desfazer-se de objetos inúteis e adoção de um estilo miserável e mesquinho (APA, 2014).

De modo semelhante ao TOC, o diagnóstico diferencial entre ambos os transtornos é justificado, sobretudo pela ocorrência das obsessões e compulsões do TOC e a não ocorrência no TPA. Entretanto, indivíduos com TOC, TAB, transtornos depressivos e alimentares têm uma maior probabilidade de apresentar o TPA (APA, 2014). O tratamento é semelhante àquele para todos os transtornos de personalidade e envolve desde psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental a administração de fármacos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (KAIN, 2016).

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Esse manuscrito foi fruto da experiência de acadêmicos de enfermagem em um estágio curricular da disciplina Processo de Cuidar em Saúde Mental de um curso de graduação em Enfermagem de uma universidade federal cearense, no período de 16 de julho a 29 de julho de 2019.

Realizou-se o estudo com uma paciente acompanhada em um hospital-dia no município de Fortaleza. Durante a abordagem foram prestados os cuidados de enfermagem necessários para as suas respostas humanas. Para a elaboração do plano de cuidados para a paciente em questão, adotou-se as cinco etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista, exame físico e anamnese, utilizando-se um instrumento de levantamento de dados e o prontuário da paciente. A etapa do diagnóstico de enfermagem considerou a coleta de dados e o estabelecimento de diagnósticos conforme a NANDA-I. A taxonomia NOC permitiu a elaboração do planejamento de enfermagem e a NIC, as intervenções de enfermagem (BULECHECK *et al.*, 2016; MOORHEAD *et al.*, 2016; NANDA, 2020).

Ratifica-se que foram respeitados os princípios éticos da pesquisa científica que expressa preocupação com a dimensão ética, assegurando o caráter confidencial e ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional para o pesquisado, conforme a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que envolve a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Histórico

Segundo OCHO *et al.* (2003) o prontuário de enfermagem é um elemento fundamental na manutenção do Processo de Enfermagem, fornecendo um fundamento científico através de um registro sistemático. Sendo assim, utilizou-se o prontuário da paciente para estruturar a coleta de dados. As informações coletadas nesta primeira etapa do processo de enfermagem, consideradas mais relevantes são especificadas a seguir no quadro 1.

Quadro 1 – Informações presentes no histórico Hospitalar

Idade	Antepassados	Sintomas	Diagnósticos	Evolução
32 anos	Histórico familiar de transtorno mental; esquizofrenia; e Déficit de Atenção e Hiperatividade.	Tristeza, insônia, perda de apetite, ausência de autocuidado e personalidade e suicida.	TAB; TOC e TPA.	Pensamento coerente e lógico, alega pensamentos negativos em alguns momentos, memória imediata, recente e remota preservadas. Sensopercepção sem sinais de alucinações, comportamento e atitude cooperativa. Insight preservado para doença e tratamento. Obesidade grau 3, IMC 49,73 kg/m ² , e após o início do tratamento engordou cerca de 10kg. Aceita dieta, mantém hábitos saudáveis, eliminações urinárias e intestinais normais. Por fim, apresentava-se muito sonolenta e com a atividade psicomotora lentificada.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Tratamento

Conforme prescrição médica, o paciente fazia uso de fármacos antipsicóticos e estabilizadores de humor associados a benzodiazepínico. Em associação, a paciente participava dos grupos de terapia propostos pelo hospital. As medicações no momento do estudo em uso pela paciente seguem descritos no quadro 2.

Quadro 2 – Medicações prescritas para a paciente com TAB, TOC e TPA.

Medicamento/ dose	Indicação	Mecanismo de ação	Efeitos Adversos	Cuidados em Enfermagem
Clonazepam/ Comp. 0,5mg	Tratamento de distúrbio epilético, transtorno de ansiedade, transtornos do humor, síndromes psicóticas.	Anticonvulsivo; sedativo; relaxante musculares e ansiolítico.	Sonolência; tontura; distúrbios de memória; fadiga, anorexia; constipação; diarreia e boca seca.	Atenção nos sinais de dependência química. Evitar administração no mesmo horário de outros antidepressivos e anticonvulsivos.
Haldol/	Antipsicótico	Bloqueador	Sonolência;	Não deve ser

Comp. 0,5 mg	usado para aliviar perturbações como delírios, alucinações e paranoias.	potente dos receptores dopaminérgicos centrais, classificado como um antipsicótico muito incisivo.	tremor; distúrbios visuais; tontura; hipotensão; taquicardia, sedação, entre outros.	administrado IV (alteração na condução cardíaca, arritmia). Monitorar sintomas extrapiramidais e reações de fotossensibilidade (evitar exposição direta ao sol).
Lítio/ Comp. 300mg	Estabilizador do humor, indicado no tratamento de episódios maníacos nos transtornos bipolares.	Altera o transporte do sódio nas células nervosas e musculares, provocando uma alteração no metabolismo intraneural das catecolaminas.	Aumento do apetite; ganho de peso; edema; náusea; polidipsia; poliúria; fezes amolecidas; tremores, acne.	Manter hidratação do paciente. Monitorar efeitos de toxicidade (fraqueza muscular, tremores, sonolência, ataxia, diarreia, vômito).
Ácido valpróico/ Comp. 500mg	Anticonvulsivo estabilizador de humor, muito usado no tratamento de epilepsia, convulsões, transtorno bipolar e enxaqueca.	Seu mecanismo de ação é desconhecido.	Sonolência; tontura; insônia; alopecia náusea; diarreia; anorexia; hipertensão; amnésia; depressão; ganho de peso; visão borrada.	Orientar para não o tomar com bebidas gaseificadas e derivados lácteos. Atenção às manifestações de hepatotoxicidade: anorexia, náusea e vômito intensos, letargia, pele ou olhos amarelados.
Quetiapina/ Comp. 100mg	Tratamento dos episódios de mania e de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, no tratamento de manutenção do transtorno afetivo bipolar.	Bloqueia os receptores 5-HT ₂ de serotonina e D ₂ da dopamina.	Cefaleia, sonolência, ganho de peso, hipotensão postural, taquicardia, palpitações, tontura, dor abdominal, constipação, boca seca, anorexia, dispepsia, leucopenia, disartria, fraqueza, rinite, faringite, tosse.	Monitorar sinais vitais. Monitorar efeitos extrapiramidais (inquietação, espasmos musculares, movimentos involuntários, rigidez, tremores) e estado mental do paciente (mudanças de humor, tendências suicidas, agitação). Evitar o consumo de bebidas alcoólicas durante o uso do medicamento.

Fonte: Quadro elaborado pelos autores, 2022; informações retiradas de TORRIANI et al., 2011; e ANVISA, 2007.

Assistência de Enfermagem

Após a realização da coleta de dados, deu-se continuidade as demais etapas: diagnóstico de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem a serem alcançados. Adiante, no quadro 3, segue o plano de cuidados elaborado para a paciente.

Quadro 3 – Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem
Risco de suicídio relacionado a doença ou transtorno psiquiátrico.	-Reconhecerá as dificuldades encontradas na situação atual; -Ficará envolvida no planejamento das ações voltadas para corrigir os problemas existentes; -Tomará a decisão de que o suicídio não é a resposta para os problemas percebidos.	-Atentar para comportamentos indicativos da intenção de suicidar-se; -Perguntar diretamente se a paciente está pensando em concretizar seus pensamentos ou sentimentos; -Estimular a expressão dos sentimentos e reservar tempo para ouvir as preocupações da paciente; -Manter a paciente em observação e examinar o ambiente em busca de riscos que possam ser usados para cometer suicídio. -Ajudar a paciente a identificar soluções ou comportamentos mais apropriados para atenuar a ansiedade e suas manifestações físicas associadas.
Risco de violência dirigida a si mesma relacionada a indicadores verbais de intenção suicida.	-Autocontrole do pensamento distorcido; -Equilíbrio de humor; -Expressará autoavaliação realista e dirá que a ansiedade melhorou.	-Ajudar o paciente a controlar seu comportamento; -Redução da ansiedade; -Restringir área; -Estabelecer contrato com o paciente; -Melhora da autopercepção.
Risco de violência direcionada a outros relacionada a sintomatologia psicótica.	-Utilizará recursos e os sistemas de apoio de modo eficaz; -Demonstrar autocontrole;	-Orientar a família sobre controle do ambiente e segurança; -Promover envolvimento familiar; -Ensinar ao cuidador técnicas de controle do estresse;

	-Autocontrole do pensamento distorcido.	-Controle da medicação. -Encorajar o paciente a examinar o próprio comportamento.
Ansiedade relacionada a crises situacionais caracterizada por angústia e medo.	-Autocontrole da ansiedade; -Expressará que tem consciência dos sentimentos de ansiedade; -Parecerá estar relaxada e dirá que a ansiedade foi atenuada a um nível suportável.	-Avaliar o nível de ansiedade; -Ajudar a paciente a reconhecer seus sentimentos e começar a lidar com seus problemas; -Estabelecer uma relação terapêutica transmitindo empatia e respeito incondicional positivo; -Promover o bem-estar.
Comunicação verbal prejudicada relacionada a efeitos colaterais relacionados ao tratamento, caracterizada por lentificação da fala.	-Verbalizará que compreende a dificuldade de comunicação e as formas planejadas para lidar com o problema.	-Manter uma atitude calma e tranquila. Dar tempo suficiente para que a paciente responda. -Estabelecer uma relação com a paciente, ouvindo-a atentamente. -Ficar atento às expressões verbais e não verbais.

Fonte: elaborado pelos próprios autores, 2022.

A partir do plano de cuidados elaborado de acordo com a situação clínica apresentada pela paciente, percebeu-se que os diagnósticos prioritários foram: Risco de suicídio e Risco de violência direcionada e si mesmo e a outros. As intervenções traçadas foram essenciais neste caso. A construção desse plano de cuidados foi de extrema importância para o alcance de melhores resultados concernente ao estado de saúde mental da paciente. Essa experiência oportunizou a consolidação do conhecimento técnico-científico dos estagiários durante as aulas teóricas da disciplina de saúde mental.

Ademais, a elaboração desse plano de cuidados, possibilitou a percepção da importância do trabalho da equipe multiprofissional e da equipe de enfermagem no processo de cuidar do paciente com sofrimento mental grave. Além disso, essa experiência permitiu que a reflexão sobre as práticas assistenciais executadas por toda equipe multiprofissional.

Por fim, observou-se que a participação da família no contexto de implementação do plano de cuidados foi um fator importante para o tratamento e evolução progressiva da paciente. Dessa forma, pode-se afirmar que essa aliança entre os profissionais da saúde e os cuidadores e familiares contribuiu significativamente no cuidado prescrito e implementado à paciente.

A experiência permitiu denotar ainda a importância do conhecimento sobre comunicação terapêutica como base para a aplicação do processo de Enfermagem, assim como para o relacionamento interpessoal, sendo o

principal recurso terapêutico para promoção em saúde dos pacientes com transtornos mentais. Os resultados alcançados destacam a importância da assistência de enfermagem em conhecer o processo de comunicação terapêutica como forma de garantir subsídios para a promoção da saúde de pacientes com transtornos mentais e essencialmente prevenir agravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções implementadas mostraram-se benéficas para a paciente, demonstrando que o plano de cuidados prescrito e implementado para a paciente foi efetivo. A assistência de enfermagem esteve voltada para a prestação de cuidados e prevenção de possíveis complicações diretamente relacionadas às consequências do TAB, TOC e TPA. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporcionou melhoria na qualidade da assistência prestada a paciente por possibilitar atuação individualizada, sistemática e humanizada.

Dessa forma, fica evidente que a atuação da equipe de enfermagem é imprescindível às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, uma vez que esses pacientes requerem um processo de acompanhamento e monitorização contínua e rápida intervenção na ocorrência de qualquer intercorrência. Nesse contexto, a aplicação da SAE para o cuidado da paciente com TAB, TOC e TPA serviu como base para orientação e direcionamento do cuidado. A experiência denotou aspectos positivos para os discentes e profissionais envolvidos diretamente na assistência à paciente com transtornos mentais, contribuindo no processo formativo em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABRATA. Associação Brasileira de Familiares e Amigos, **Transtorno bipolar: estatísticas**. 2014. Disponível em: <http://www.abrata.org.br/transtorno-bipolar-estatisticas/>. Acesso em 18 ago. 2019.

_____. **Principais fatos sobre o transtorno bipolar**. 2017. Disponível em: <http://www.abrata.org.br/principais-fatos-sobre-o-transtorno-bipolar>. Acesso em 19 ago. 2019.

AGNOLETO, T.L. **Características das pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo**: revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Centro Universitário Univates, Lajeado – RS, 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário eletrônico**. 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp. Acesso em: 20 ago. 2019.

APA. **DSM-V-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 315, de 30 de março de 2016**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BOSAIPO, N. B; BORGES, V. F; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina- Ribeirão Preto online**. v.50, supl.1, p.72-84, 2017.

BULECHECK, Gloria M. *et al.* **Classificação das intervenções em enfermagem (NIC)**. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CHOI-KAIN, L. **Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC)**. 2016. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-obsessivo-compulsiva-tpoc>. Acesso em 18 ago. 2019.

CORDIOLI, A.V. **TOC**: manual de terapia cognitivo-comportamental para Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DEMINCO, Marcus. **Transtorno Bipolar**: aspectos gerais. 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1190.pdf>. Acesso em 18 ago. 2019.

KAZHUNGIL, F. *et al.* Clinical and familial profile of bipolar disorder with and without obsessive-compulsive disorder: an Indian study. **Trends Psychiatry Psychother**. v. 39, n. 4, p. 270-275, 2017.

MOORHEAD, Sue *et al.* **Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde (NOC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I**: Definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Retrospective Analysis of Nursing records at a Specialized Unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 184-91, mar./abr. 2003.

SCHOLL, C.C *et al.* Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 22, n. 4, p. 1353-1360, 2017.

SCUSSEL, F. *et al.* Perfil clínico dos pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatório especializado na região sul catarinense. **Arq. Catarin Med.** v. 45, n. 4, p. 3-10, 2016.

TORRIANI, M. S *et al.* **Medicamentos de A a Z**: enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.