

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

"O Cuidado à Pessoa com Comportamento Aditivo: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica"

"Care for People with Addictive Behavior: Intervention by a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing"

Autor

Andreia Filipa Morais Barreira

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

"O Cuidado à Pessoa com Comportamento Aditivo: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica"

"Care for People with Addictive Behavior: Intervention by a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing"

Orientador(es)

Catarina Cláudia Santos Nogueira

Autor

Andreia Filipa Morais Barreira

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“A prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento”

(Benner, 2001, p. 12)

AGRADECIMENTO

Após um longo período de dedicação, perseverança e aprendizagem, é com enorme orgulho que reflito sobre esta jornada, consciente de que não a percorri sozinha.

A conclusão desta etapa só foi possível graças ao apoio inestimável de várias pessoas, às quais expressei a minha mais profunda gratidão.

Em particular, gostaria de agradecer:

- À Professora Catarina Nogueira, pela sua leveza, sensibilidade e dedicação, pelo apoio constante e, acima de tudo, por acreditar em mim;
- Aos enfermeiros com quem tive o privilégio de me cruzar, em especial aos meus tutores, pelo acolhimento caloroso e pela generosidade na partilha do seu vasto conhecimento;
- Às minhas colegas de mestrado e de trabalho, pelo incentivo, pela partilha de experiências e pelo apoio mútuo ao longo deste percurso;
- Aos meus pais, pelo seu incansável suporte, ao meu namorado, aos meus avós e aos meus amigos, que compreenderam as minhas ausências e a minha limitada disponibilidade, oferecendo-me sempre o seu apoio incondicional.

Um enorme obrigada a todos!

RESUMO

Este relatório tem como objetivo descrever e analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no cuidado à pessoa com Comportamento Aditivo e à pessoa com Demência cuja condição resulta em cognição comprometida, no âmbito do estágio realizado para a obtenção do grau de Especialista.

Adicionalmente, objetiva-se explorar a aplicação de competências investigativas nas áreas da saúde, saúde mental, perturbações mentais e comportamento aditivo, com um enfoque específico no comportamento aditivo relacionado ao uso de substâncias. A investigação também abrange a área da demência, com o intuito de examinar possíveis relações entre esses fenômenos. O comportamento aditivo, particularmente o abuso de substâncias, pode desencadear alterações cognitivas significativas e, em determinados casos, acelerar o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, como a demência.

Para tal, recorreu-se a uma metodologia descritiva e reflexiva, integrando revisão bibliográfica e prática clínica em dois contextos distintos de estágio.

O estudo inclui a análise de dois casos clínicos. O primeiro aborda a gestão da recaída em indivíduos com dependência de substâncias psicoativas, destacando a Entrevista Motivacional como ferramenta essencial na adesão ao tratamento. O segundo explora a intervenção na pessoa com demência, evidenciando a necessidade de estratégias específicas para a promoção da funcionalidade, bem-estar emocional e qualidade de vida.

Os resultados demonstram o papel fundamental do enfermeiro especialista na identificação de fatores de risco, na implementação de estratégias de prevenção e na promoção da saúde mental, tanto no contexto das dependências como das demências. Destaca-se ainda a importância da intervenção precoce e da redução do estigma associado às perturbações mentais.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Comportamento Aditivo, Cognição Comprometida, Intervenção do Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

This report aims to describe and analyze the intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in the care of individuals with Addictive Behavior and those with Dementia, whose condition results in impaired cognition, within the scope of the internship undertaken to obtain the Specialist degree.

Additionally, it aims to explore the application of research skills in the areas of health, mental health, mental disorders, and addictive behavior, with a specific focus on addictive behavior related to substance use. The research also covers the area of dementia, with the intention of examining possible relationships between these phenomena. Addictive behavior, particularly substance abuse, can trigger significant cognitive changes and, in some cases, accelerate the development of neurodegenerative diseases such as dementia.

To achieve this, a descriptive and reflective methodology was used, integrating literature review and clinical practice in two distinct internship contexts.

The study includes the analysis of two clinical cases. The first addresses relapse management in individuals with substance dependence, highlighting Motivational Interviewing as an essential tool for treatment adherence. The second explores intervention in individuals with dementia, emphasizing the need for specific strategies to promote functionality, emotional well-being, and quality of life.

The results demonstrate the fundamental role of the specialist nurse in identifying risk factors, implementing prevention strategies, and promoting mental health, both in the context of addictions and dementias. The importance of early intervention and the reduction of stigma associated with mental disorders is also emphasized.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing, Addictive Behavior, Impaired Cognition, Specialist Nurse Intervention.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ANA - American Nurse Association

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CDT - Teste do Relógio

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

EC - Estimulação Cognitiva

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EM -Entrevista Motivacional

GBD - Dementia Forecastig Collaborators

H - Horas

ICAD -Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências

INE - Instituto Nacional de Estatística

INMLCF - Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forense

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

MMSE - Miniexame do Estado Mental

Nº - Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

SIC - sic erat scriptum

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPMS - Serviço Partilhado do Ministério da Saúde

SWOT - Forças-Fraquezas-Oportunidades-Ameaças

WHO - World Health Organization

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. CASO 1	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	38
3.3. Medicação	38
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	38
3.4. Domínios	40
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	40
3.5. Conceção de Cuidados	42
3.6. Especificação das intervenções	42
3.7. Síntese relativa ao caso	43
4. CASO 2	47
4.1. Enquadramento teórico	47
4.2. Clientes	56
4.3. Medicação	56
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	57
4.4. Domínios	60
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	60
4.5. Conceção de Cuidados	62
4.6. Especificação das intervenções	63
4.7. Síntese relativa ao caso	64
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	67
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	83
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	97

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Genograma Caso 1 -----	26
Figura 2 - Ecomapa Caso 1 -----	28
Figura 3 - Genograma Caso 2 -----	48
Figura 4 - Ecomapa Caso 2 -----	49

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1999). Dentro dessa conceção ampla, a saúde mental ocupa um papel central, sendo essencial para que os indivíduos enfrentem os desafios da vida, desenvolvam plenamente as suas capacidades, aprendam, trabalhem de forma eficaz e contribuam ativamente para a sociedade (OMS, 2022).

As perturbações mentais representam uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, sendo responsáveis por um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos e nas sociedades (World Health Organization [WHO], 2013).

As perturbações não resultam exclusivamente de fatores biológicos, mas sim de uma interação dinâmica entre determinantes genéticos, psicológicos e sociais, o que exige uma abordagem holística para a sua compreensão e tratamento (Bolton & Gillett, 2019).

O modelo biopsicossocial, proposto por Engel (1977), surgiu como uma alternativa ao modelo biomédico tradicional, que considerava a doença apenas do ponto de vista fisiológico. Engel argumentou que o estado de saúde resulta da inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo esta perspetiva amplamente aceite e aplicada na compreensão das perturbações mentais (Engel, 1997).

Os fatores biológicos das perturbações mentais incluem predisposição genética, alterações neuroquímicas e disfunções cerebrais estruturais e funcionais (Nestler et al., 2016). Os fatores psicológicos dizem respeito a processos cognitivos, emocionais e comportamentais que podem predispor um indivíduo ao desenvolvimento de perturbações mentais (Gross, 2015). Os fatores sociais derivam nos determinantes sociais da saúde, como seja a pobreza, o desemprego, a desigualdade social e o acesso limitado a serviços de saúde, fortemente associados a uma maior incidência de condições de saúde mental (Lund et al., 2018).

O relatório *Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal – Um Desafio para a Próxima Década*, publicado pelo Conselho Nacional de Saúde [CNS], em 2019, destaca a importância da saúde mental como um fator essencial para o bem-estar individual e coletivo. No entanto, a saúde mental continua a ser negligenciada nas políticas públicas e na alocação de recursos, resultando numa resposta insuficiente às necessidades da população (CNS, 2019).

Em Portugal, a prevalência de perturbações mentais está entre as mais elevadas da União Europeia, afetando cerca de 22% da população, o que corresponde a aproximadamente 2,25

milhões de pessoas (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2023). As perturbações mais comuns incluem transtornos de ansiedade (9%), depressivos (6%) e aqueles relacionados com o consumo de substâncias psicoativas (4%) (OCDE, 2023). Embora a taxa de suicídio no país seja inferior à média europeia, a sua existência continua a representar um problema de saúde pública (OCDE, 2023).

As perturbações mentais emergem como a principal causa de incapacidade e uma das principais fontes de morbilidade, particularmente em países ocidentais altamente industrializados (Xavier et al., 2024). O relatório sobre a Reforma da Saúde Mental em Portugal indica que as perturbações psiquiátricas representam 12% da carga global de doenças no país, posicionando-se apenas atrás das doenças cerebrais/cardiovasculares, que constituem 14% do peso global de doenças (Xavier et al., 2024).

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017) reporta um aumento contínuo no registo de perturbações mentais nos cuidados de saúde primários, destacando-se as perturbações depressivas e de ansiedade. As demências também seguem essa tendência ascendente, impulsionadas pelo envelhecimento populacional. Paralelamente, o consumo de substâncias psicoativas apresenta um panorama complexo. O relatório nacional sobre drogas e álcool em Portugal revelou uma redução no consumo geral de substâncias ilícitas entre 2017 e 2022, mas um aumento do consumo de risco entre jovens dos 15 aos 24 anos, com maior incidência nos rapazes (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD], 2024b). Adicionalmente, verificou-se um crescimento da procura por tratamento devido ao consumo de cocaína e um aumento no número de overdoses associadas a essa substância (ICAD, 2024b).

Neste cenário, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) revela-se essencial. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 (2018), este profissional possui competências especializadas para promover a saúde mental, prevenir perturbações psiquiátricas e intervir junto de indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, a sua atuação permite a identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico e a implementação de estratégias de intervenção adequadas, promovendo uma resposta eficaz e contribuindo para a redução do estigma associado à doença mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Este relatório de estágio com o tema "*O cuidado à Pessoa com Comportamento Aditivo: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*" desenvolvido com recurso à plataforma e4nursing adota uma metodologia descritiva e reflexiva, combinando pesquisa bibliográfica com observações e práticas realizadas ao longo do estágio.

O principal objetivo é documentar as experiências vivenciadas nos dois contextos de estágio, refletindo sobre o desenvolvimento de competências do EEESMP. Adicionalmente, pretende apresentar a aplicação de competências investigativas, utilizando o estudo de caso como abordagem para aprofundar a compreensão das práticas assistenciais.

Embora o tema central deste relatório seja o cuidado à pessoa com comportamento aditivo, surge também a demência como tema abordado, considerando a estreita relação que pode existir entre ambas as temáticas e o contacto próximo com estas condições de saúde mental proporcionado pelos diferentes contextos de estágio. De facto, o comportamento aditivo, nomeadamente o abuso de substâncias, pode induzir alterações cognitivas significativas e, em alguns casos, acelerar o aparecimento de doenças neurodegenerativas, como a demência (Xue Qin et al., 2023; Gasparyan et al., 2023).

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em quatro partes, que se seguem à presente introdução. Na primeira, procede-se à caracterização dos contextos clínicos do estágio. Na segunda, apresentam-se os casos clínicos, ficcionados, desenvolvidos em cada contexto. Na terceira parte, realiza-se uma análise crítica e reflexiva sobre as competências adquiridas, fundamentadas nos referenciais do EEESMP. Por fim, na quarta parte, são apresentadas as considerações finais, incluindo desafios enfrentados, limitações do estágio e potenciais contributos para os locais de prática profissional.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O estágio em análise neste relatório dividiu-se em dois momentos, associados e a dois contextos clínicos distintos. O primeiro numa Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense e o segundo, decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Neste capítulo, surge uma breve caracterização dos dois contextos de estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas - Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense

Segundo o regulamento nº 728/2021, publicado no Diário da República a 5 de agosto de 2021, que regula a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense pela Ordem dos Enfermeiros, a prática da Enfermagem Forense é essencial para assegurar um apoio eficaz e completo a indivíduos, famílias e comunidades que se encontram em situações de violência, violação dos direitos humanos, trauma ou desastres de grande dimensão (Regulamento nº 728/2021, 2021).

O artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 70/2019, de 24 de maio, define as diretrizes para a aplicação das medidas de internamento em unidades de saúde mental que não pertencem ao sistema prisional. Destaca-se a necessidade de adaptar o tratamento às características individuais de cada internado, considerando os seus riscos e necessidades específicas (Decreto-Lei n.º 70/2019, 2019). A execução dessas medidas é estruturada de forma gradual, permitindo uma reintegração progressiva na sociedade. Para isso, são desenvolvidos programas de reabilitação e reinserção social que incluem acompanhamento clínico, estímulo à assunção de responsabilidades e desenvolvimento de competências essenciais para que o indivíduo possa viver de forma autónoma e evitar a reincidência criminal (Decreto-Lei n.º 70/2019, 2019).

Neste sentido, os enfermeiros desta unidade de internamento, cuidam de clientes sentenciados como inimputáveis. Conforme o artigo 20º do Decreto Lei nº48 de 1995 do Código Penal, a inimputabilidade consiste na ausência de capacidade de culpa de um agente em razão de características pessoais ou condições específicas que comprometem a compreensão do caráter ilícito do ato ou a capacidade de se determinar de acordo com essa compreensão (Decreto Lei nº 48/1995, 1995). Nos casos em que o agente seja considerado inimputável, o Código Penal prevê, no artigo 91.º, a aplicação de medidas de segurança, em substituição da pena (Decreto Lei nº 48/1995, 1995).

No site oficial da instituição hospitalar, destaca-se a missão especializada na reabilitação psicossocial dos clientes internados, promovendo a sua reintegração no contexto familiar e social. Também é enfatizado o objetivo de prevenir a reincidência em atos criminosos, com o intuito de proteger a sociedade e, em particular, a vítima, conforme estipulado no número 1 do artigo 126.º do Decreto-Lei nº 70 de 2019. O internamento foca-se em fornecer cuidados de saúde a clientes com condições de saúde mental que, devido a atos criminais, foram considerados inimputáveis e se encontram sob custódia judicial, cumprindo uma medida de segurança que exige tratamento especializado.

O Internamento dispõe de uma lotação de 40 unidades, distribuídas em dois pisos (20 unidades por piso). A equipa de enfermagem é maioritariamente constituída por EEESMP. Os registos de enfermagem são realizados com recurso ao sistema informático SClínico, que está implementado em várias instituições de saúde e visa garantir a uniformização e padronização da informação clínica (Serviço Partilhado do Ministério da Saúde [SPMS], 2020). A equipa de enfermagem utiliza a metodologia de trabalho em equipa. Na enfermagem, a colaboração entre profissionais representa uma estratégia fundamental para alcançar resultados mais eficazes na prestação de cuidados (Laccort, 2017).

Além disso, a instituição articula com o Ministério da Justiça, onde juízes e técnicos de reintegração social têm um papel fundamental na supervisão das medidas de internamento, trabalhando de forma colaborativa com a equipa clínica multidisciplinar. A reinserção social dos clientes é também apoiada por outras entidades, como o Centro de Educação e Formação Profissional Integrada e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, que colaboram no processo de reintegração dos clientes na sociedade.

Após a alta do internamento e a consequente libertação do cliente, é assegurada a continuidade dos cuidados por meio de um projeto comunitário, que inclui a inscrição no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área de residência, o estabelecimento de contacto com os serviços locais de saúde mental e o acolhimento residencial. Este processo visa garantir uma transição suave para a vida comunitária, com acompanhamento contínuo para evitar a reincidência e assegurar o bem-estar do indivíduo.

Durante o internamento, as visitas aos clientes podem ser realizadas em até quatro dias da semana, no horário entre as 15h00 e as 18h00. No entanto, cada cliente pode receber apenas duas visitas por semana, com a duração máxima de uma hora por visita. Para aceder à área de internamento, é necessário passar por um sistema de segurança, o qual é monitorizado por uma empresa especializada. Esta mesma empresa é responsável pelo controlo da porta de acesso, procedendo à abertura e ao fecho da mesma após a ação de toque da campainha. Os clientes têm à sua disposição diversas atividades e tarefas, que vão desde o cultivo de uma horta e a prática de exercício físico, até a realização de trabalhos manuais, atividades teatrais, e responsabilidades diárias como organizar e limpar os seus pertences.

Estágio em Contexto de Comunidade - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

De acordo com o artigo 11º do Decreto Lei nº28 de 2008, uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) fornece cuidados de saúde, bem como apoio psicológico e social, tanto no âmbito domiciliar quanto comunitário, com foco especial em indivíduos, famílias e grupos em situações de vulnerabilidade, risco elevado ou com dependência física, funcional ou doenças que exigem monitorização contínua. Além disso, desempenha um papel na promoção da saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto Lei nº28/2008, 2008).

A UCC onde se desenvolveu o segundo momento de estágio, tem como missão assegurar respostas integradas e articuladas às necessidades da população, com foco na proximidade e na inclusão de grupos vulneráveis. A sua intervenção abrange diversas áreas, incluindo a promoção da saúde, prevenção da doença, gestão de condições crónicas e reabilitação. A equipa multidisciplinar da UCC é composta por enfermeiros especializados em áreas como reabilitação, saúde comunitária, saúde infantil e pediátrica, saúde mental e saúde materna e obstétrica, bem como por outros profissionais, incluindo médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas da fala. A articulação desta equipa permite uma abordagem integrada e centrada no utente, seja em ambiente comunitário ou domiciliário.

No âmbito da saúde mental e psiquiátrica, a UCC conta com a atuação de duas enfermeiras especialistas na área, cuja intervenção se concentra significativamente na saúde escolar. Neste contexto, o EEESMP aborda temáticas diversas, conforme as necessidades identificadas pelas escolas, priorizando questões relevantes para a promoção e prevenção da saúde mental dos alunos. Além disso, estão inseridos no programa "Mais Contigo", uma iniciativa de prevenção do comportamento suicidário em adolescentes, promovendo a literacia em saúde mental e o desenvolvimento de competências socioemocionais (Santos et al., 2014).

De acordo com Carvalho et al. (2017), no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), a escola deve promover a aquisição de competências para a saúde, valorizando os fatores pessoais que contribuem para o bem-estar. Isto implica um equilíbrio dinâmico entre os alunos e o ambiente escolar, bem como a capacidade de gerir emoções, estabelecer relações positivas e compreender as consequências das suas escolhas individuais (Carvalho et al., 2017).

Paralelamente, a UCC desenvolve visitas domiciliárias com o objetivo de prestar apoio direto à comunidade, garantindo um acompanhamento mais próximo e humanizado das pessoas em situação de vulnerabilidade. Na UCC, é utilizada a plataforma SClínico para o registo dos cuidados de enfermagem. No entanto, não é possível realizar os registos após cada contacto com os clientes, uma vez que parte do trabalho é realizado no contexto das visitas domiciliárias e não existem recursos na UCC que permitam o acesso à plataforma fora das instalações. O método adotado e executado consiste em, após o regresso à UCC, proceder ao registo de todos os cuidados de forma sequencial.

3. CASO 1

Indivíduo do sexo masculino, de 54 anos, nascido em França. Internado desde 2024 na presente unidade. História de comportamentos aditivos. Alta prevista para agosto do presente ano.

3.1. Enquadramento teórico

De forma a facilitar a leitura e permitir uma compreensão global do caso em análise, procedeu-se à divisão deste capítulo em dois subcapítulos. No primeiro, procede-se à apresentação do caso e no segundo à fundamentação teórica, com abordagem de conceitos e temáticas chave.

Apresentação do caso

O cliente, do sexo masculino, 54 anos, nasceu em França, primeiro de uma fratria de dois irmãos. Viveu em França até 1976, altura em que a sua família emigrou para Portugal, fixando residência no norte do país. No contexto familiar, o pai, empregado bancário, faleceu aos 64 anos devido a um acidente vascular cerebral. A mãe, atualmente com 70 anos, encontra-se reformada, após uma carreira profissional no setor da saúde. Relativamente à sua vida pessoal e relacional, manteve uma união de facto a partir dos 26 anos, da qual resultou um filho, atualmente com 14 anos. A relação terminou há oito anos, e o filho reside com a mãe no sul do país.

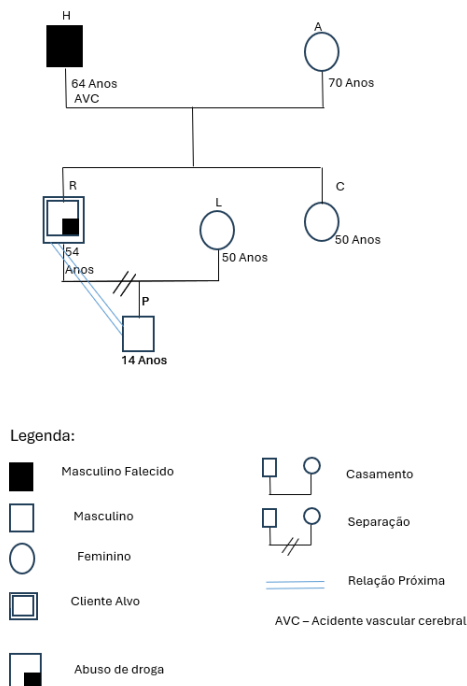


Figura nº 1 : Genograma Caso 1

O cliente relata ter tido uma infância feliz e acesso a oportunidades educativas, embora desde cedo tenha demonstrado desinteresse pelo percurso académico. Frequentou a escola até ao 11.º ano, sem concluir o ensino secundário, justificando esta decisão pela falta de motivação e pelo desejo de alcançar independência financeira. Assim, ingressou no mercado de trabalho, desempenhando diversas funções no setor da restauração e do entretenimento noturno.

O contacto com substâncias psicoativas iniciou-se precocemente, aos 14 anos, num contexto recreativo, durante uma festividade local e sob influência de um amigo. No ano seguinte, experimentou haxixe pela primeira vez, incentivado pelo grupo de pares. Progressivamente, o consumo tornou-se mais frequente e diversificado, abrangendo substâncias como cocaína e heroína. Entre os 30 e os 35 anos, recorreu ao consumo de heroína por via endovenosa, prática que abandonou posteriormente com o auxílio de medicação. Relata múltiplas tentativas de abstinência, todas de curta duração, apontando a facilidade de acesso às substâncias como um fator determinante para as recaídas.

Em 2020, encontrava-se desempregado e, devido à crise pandémica, passava grande parte do tempo isolado. Durante esse período, os consumos intensificaram-se. Relata que, num momento de grande confusão mental e desespero motivado pelo consumo de substâncias psicoativas, ateou fogo ao colchão da sua cama, acreditando que havia tarântulas venenosas nele. Esse ato provocou um incêndio em todo o apartamento onde residia:

"Eu estava tão confuso da minha cabeça que só queria pôr fim a tudo... Peguei fogo à casa..."

(SIC).

Demonstra arrependimento pelo ocorrido e reconhece as suas consequências: "...mas foi mau porque morava na casa da minha mãe e era um apartamento, meti mais pessoas em risco... foi uma estupidez... eu não estava em mim... eram as vozes na minha cabeça por causa da coca...." (SIC).

Atualmente, o cliente demonstra consciência do ato cometido, expressa arrependimento e apresenta uma visão crítica da sua situação.

No momento da entrevista clínica, o cliente com parâmetros vitais dentro dos valores de referência, nomeadamente tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia dentro da normalidade. Orientado no tempo, no espaço e em relação à própria identidade, exibindo um discurso fluido, estruturado e cooperativo. Não foram identificadas alterações ao nível do pensamento ou da perceção.

Do ponto de vista físico, com um peso de 76 quilos e uma altura de 1,74 metros, apresentando a pele íntegra e sem lesões visíveis com aspeto cuidado. Refere apreciar a prática de exercício físico, que integra na sua rotina diária. Além disso, valoriza a manutenção de uma boa apresentação pessoal.

Quando questionado sobre os seus hábitos de consumo, relata ser fumador de tabaco desde os 14 anos, idade em que também teve o seu primeiro contacto com substâncias psicoativas. Atualmente, mantém um consumo médio de um maço de cigarros por dia.

Relatou ainda estar em abstinência de substâncias psicoativas há aproximadamente sete meses, destacando-se que está privado de liberdade e inserido num contexto de internamento, sem acesso a substâncias psicoativas. Relata não apresentar sintomas de privação atualmente, contudo, nos primeiros tempos de abstinência, refere que experienciou ansiedade e irritabilidade.

No momento da entrevista, mostrou preocupação em relação ao período pós-internamento. O regresso ao seu meio habitual, onde sabe exatamente onde pode obter substâncias ilícitas, representa, segundo o próprio, um fator de risco significativo para uma eventual recaída. No entanto, verbalizou o desejo de, em algum momento, conseguir cessar definitivamente o consumo. Em relação ao consumo de cafeína, indicou ingerir, no máximo, duas chávenas de café por dia.

Como antecedentes clínicos e psiquiátricos familiares, o cliente relatou desconhecer informações sobre doenças psiquiátricas na família, mencionando apenas que o seu pai faleceu em decorrência de um acidente vascular cerebral.

Relativamente ao seu histórico de saúde, o cliente afirmou não ter conhecimento de doenças crónicas. No entanto, relatou ter sido internado em quatro ocasiões devido ao consumo de

substâncias psicoativas. O primeiro internamento ocorreu em 2015, seguido de um segundo em 2016, com uma duração de 21 dias, motivado por um episódio delirante associado ao consumo de substâncias psicoativas.

Em 2017, foi novamente internado pelo mesmo motivo e pelo mesmo período. O internamento mais recente teve lugar em 2020, com uma duração de 34 dias no hospital da sua área de residência, sendo posteriormente transferido para um estabelecimento prisional. Em 2024, foi considerado inimputável pelo ato praticado, resultando na sua transferência para um internamento em psiquiatria forense, onde atualmente cumpre medidas de segurança.

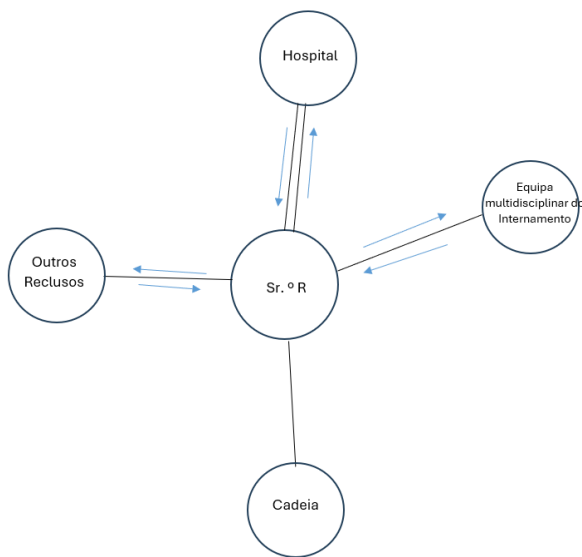


Figura nº 2 : Genograma Caso 1

Fundamentação Teórica

Comportamento Aditivo

O comportamento aditivo, é definido como um padrão de uso compulsivo de substâncias ou envolvimento em atividades que persistem apesar das consequências negativas (American Psychiatric Association [APA], 2022). Considera-se comportamento aditivo quando uma pessoa se dedica repetidamente a um objeto, substância ou atividade, a ponto de este se tornar o foco principal de sua vida fazendo com que o indivíduo se afaste de outras atividades e rotinas diárias, como a interação social, o trabalho, a escola e o convívio familiar (Instituto Português da Juventude, 2021).

Os comportamentos aditivos podem manifestar-se em qualquer fase da vida e apresentam uma evolução prolongada (São João et al., 2020). A literatura evidencia que indivíduos que desenvolvem tais comportamentos apresentam, com maior frequência, transtornos mentais quando comparados à população geral (São João et al., 2020). Estes comportamentos podem ser classificados em duas categorias principais: com substância, como o consumo de álcool, tabaco e drogas e sem substância, incluindo o uso excessivo da internet, jogos online e redes sociais (APA, 2022).

Neste estudo, a análise incidiu exclusivamente sobre o comportamento aditivo com substância, uma vez que é esta a condição apresentada pelo cliente do caso clínico trabalhado.

Comportamento Aditivo com Substância

O comportamento aditivo com uso de substâncias é considerado um distúrbio caracterizado pelo consumo repetitivo e descontrolado de determinadas substâncias, incluindo álcool, cannabis, alucinogénios, inalantes, opióides, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes e tabaco (APA, 2022).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas de 2024, estima-se que o número de consumidores de drogas tenha aumentado para 292 milhões em 2022, representando um

crescimento de 20% na última década (ICAD, 2024a). A canábis surge como a substância mais consumida a nível global, seguida pelos opiáceos, anfetaminas, cocaína e ecstasy. Embora cerca de 64 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de transtornos relacionados com o consumo de drogas, apenas uma em cada 11 recebe tratamento (ICAD, 2024a).

O abuso de opioides tem sido particularmente preocupante, com um aumento do número de overdoses relatadas nos últimos anos, impulsionado pelo consumo de fentanil e outras substâncias sintéticas altamente potentes (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023). Segundo a OMS (2025), no ano de 2022, aproximadamente 60 milhões de pessoas em todo o mundo fizeram uso de heroína, morfina, cocaína, fentanil, metadona e tramadol. De acordo com Lourenço et al. (2023), o consumo excessivo de substâncias psicoativas pode estar associado a perturbações mentais e comportamentais.

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2022), realizou uma pesquisa no ano de 2022 à população residente em Portugal com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos relativamente à prevalência de consumos e os resultados foram os seguintes: 11% consumiu qualquer tipo de droga ao longo da vida, 3% nos últimos 12 meses e 2% nos últimos 30 dias. A canábis, a cocaína e o ecstasy mostraram ser as substâncias ilícitas com maior representatividade (SICAD, 2022).

O comportamento aditivo motivado pelo uso de substâncias psicoativas e os seus impactos na saúde pública demonstram a necessidade de abordagens eficazes para a prevenção e intervenção (Marlatt & Donovan, 2005). Segundo os mesmos autores, Marlatt e Donovan (2005), a dependência não é apenas um comportamento isolado, mas sim um processo dinâmico influenciado por fatores psicológicos, sociais e neurobiológicos.

Nesse contexto, o processo de mudança de comportamento, essencial para o sucesso do tratamento, é complexo e pode ser representado através do Modelo Transteórico da Mudança, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1983). Este modelo tem sido amplamente estudado e aplicado no campo da saúde, destacando-se como uma estrutura teórica fundamental para compreender a progressão dos indivíduos na adoção de novos comportamentos e no abandono de padrões prejudiciais (Norcross et al., 2011).

Modelo Transteórico da Mudança

O modelo transteórico da mudança desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1983), apresenta-se como uma abordagem integrativa da mudança comportamental estruturado em diferentes estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, podendo seguir-se uma recaída, a qual implicará a transição para um dos outros

estádios de mudança (Norcross et al., 2011).

A fase de "pré-contemplação" caracteriza-se pela ausência de reconhecimento do problema e pela falta de intenção de mudança, com o indivíduo não demonstrando motivação para alterar o comportamento em questão (Norcross et al., 2011). A seguir, surge a fase de "contemplação", na qual o indivíduo começa a refletir sobre a possibilidade de mudança, ponderando os prós e contras da situação, embora ainda não tenha tomado uma decisão firme (Norcross et al., 2011). A fase de "preparação" envolve a formulação de planos específicos e o estabelecimento de um compromisso ativo para iniciar a mudança, sinalizando a disposição para agir (Norcross et al., 2011). A fase de "ação" é marcada pela implementação concreta das mudanças necessárias, com o indivíduo a tomar medidas práticas para modificar o comportamento ou a situação (Norcross et al., 2011). Por fim, a fase de "manutenção" visa consolidar os progressos já alcançados, integrando de forma duradoura os novos hábitos no quotidiano, de modo a prevenir recaídas e garantir a continuidade da mudança (Norcross et al., 2011).

A ambivalência refere-se ao conflito interno que o indivíduo experiencia entre continuar com o comportamento de consumo e procurar tratamento, refletindo a hesitação em aderir à mudança (Miller & Rollnick, 2002). O reconhecimento, por sua vez, diz respeito ao grau em que o indivíduo é capaz de admitir os problemas associados ao seu consumo e à necessidade de mudança (Miller & Tonigan, 1996). A ação, por fim, avalia a prontidão do indivíduo para adotar estratégias concretas e tomar medidas direcionadas à recuperação, demonstrando o comprometimento com o processo de mudança (Miller & Rollnick, 2002).

A "recaída" pode ocorrer em qualquer fase do processo de mudança, não necessariamente implicando uma regressão total. Para superá-la, é essencial reforçar a necessidade de alteração do comportamento (Norcross et al., 2011).

A identificação precisa da fase de mudança em que a pessoa se encontra é crucial para ajustar estratégias de intervenção (Sequeira & Sampaio, 2020). Para essa avaliação pode ser utilizada a Escala de Estádios de Motivação para Mudança no Álcool e Outras Drogas (SOCRATES 8D - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale), desenvolvida por Miller e Tonigan (1996). Na versão 8D, adaptada para a população portuguesa, o questionário é composto por 17 itens distribuídos por três dimensões: reconhecimento do problema (seis itens), ação (sete itens) e ambivalência (quatro itens) (Janeiro & Faísca, 2015).

A escala SOCRATES é um instrumento de autopreenchimento (Janeiro & Faísca, 2015). É ainda composta por três subescalas (Janeiro & Faísca, 2015). A subescala "reconhecimento" apresenta uma pontuação que varia entre 6 e 30 valores, a subescala "ação" varia entre 7 e 35, enquanto a subescala "ambivalência" oscila entre 4 e 20. A subescala de reconhecimento do problema está relacionada com a capacidade de insight do indivíduo sobre o seu consumo,

enquanto as subescalas de ambivalência e ação estão associadas ao processo de evolução pessoal (Janeiro & Faísca, 2015).

Embora esta escala não classifique diretamente os estágios de mudança, permite avaliar a motivação para a transformação, considerando fatores como ambivalência, reconhecimento e ação (Janeiro & Faísca, 2015). A utilização conjunta da Escala de Sócrates 8D e do Modelo Transteórico de Mudança oferece uma avaliação mais holística da motivação do cliente. Enquanto a primeira foca na ambivalência e nas percepções do cliente sobre a mudança, a segunda permite identificar o estágio específico em que o cliente se encontra no processo de mudança (Prochaska et al., 1994). Ambas as ferramentas complementam-se, pois, juntas, oferecem uma visão mais completa e detalhada do processo motivacional do cliente, possibilitando um planejamento de intervenções terapêuticas mais preciso.

Recaída e Abstinência no Processo de Recuperação de Comportamentos Aditivos

A recuperação de comportamentos aditivos é um processo prolongado e complexo, frequentemente marcado por desafios na manutenção da abstinência e pelo risco de recaídas (Rolová et al., 2023). A recaída, entendida como o retorno ao consumo da substância psicoativa ou à prática do comportamento aditivo, é influenciada por uma combinação de fatores psicossociais, individuais e relacionados com o tratamento (Rolová et al., 2023). Em contrapartida, a abstinência corresponde à interrupção completa do uso dessas substâncias ou comportamentos, sendo que a sua manutenção por períodos superiores a um ano é frequentemente considerada um indicador de sucesso terapêutico (Rolová et al., 2023).

As recaídas representam um dos principais desafios no tratamento dos comportamentos aditivos uma vez que a interrupção abrupta ou a redução drástica do consumo pode provocar sintomas de abstinência, afetando tanto o estado físico como psicológico do indivíduo e aumentando a vulnerabilidade à recaída (Brownell et al., 1986). De acordo com Araujo et al. (2021), os fatores fisiológicos, o ambiente social e a exposição a gatilhos específicos desempenham um papel determinante na recuperação. Os mesmos autores, identificam a baixa autoestima, dificuldades na gestão emocional e ausência de estratégias eficazes para lidar com situações adversas, conflitos familiares, influência de grupos que fazem uso de substâncias psicoativas e falta de apoio social adequado, como sendo aspetos que podem desencadear significativamente a probabilidade de recaída (Araújo et al., 2021).

Uma investigação publicada na revista *Drug and Alcohol Dependence* acompanhou 68 clientes internados para tratamento da dependência de cocaína durante 30 dias, monitorizando-os nos

três meses subsequentes à alta (Faggiano et al., 2019). Os resultados indicaram que apenas 14 clientes permaneceram abstinentes durante todo o período, evidenciando a elevada taxa de recaída após a saída do ambiente estruturado (Faggiano et al., 2019). Nesse contexto, Lima e Santos (2002) também destacam a importância das redes de apoio e dos fatores emocionais e sociais para a recuperação, sublinhando que a ausência desses elementos pode contribuir diretamente para a recaída. Soccol et al. (2022) complementam essa visão ao focarem nas estratégias de prevenção de recaída utilizadas por mulheres consumidoras de drogas. As autoras apontam que as mulheres, para além dos fatores comuns de recaída, enfrentam desafios específicos, como a estigmatização, e necessitam de desenvolver estratégias de enfrentamento mais eficazes para lidar com situações de risco, o que torna essencial a personalização dos programas de prevenção.

Assim, a adoção de uma abordagem integrada que considere os fatores individuais, fisiológicos e ambientais é fundamental para reduzir o risco de recaídas e proporcionar um suporte eficaz ao longo do processo de recuperação (Araújo et al., 2021; Soccol et al., 2022).

Estudos demonstram que a taxa de recaída entre indivíduos em tratamento para comportamentos aditivos é elevada. Segundo Rolová et al. (2023), aproximadamente 70,2% dos indivíduos analisados voltaram a consumir substâncias nos cinco anos subsequentes ao tratamento, sendo que 46,7% recaíram nos primeiros seis meses. Estes resultados reforçam investigações anteriores que identificam os primeiros meses após o tratamento como um período crítico de vulnerabilidade (Dennis et al., 2005; Sinha, 2011). Entre os principais preditores de recaída destacam-se a interrupção precoce do tratamento, a menor duração do internamento e a ausência de acompanhamento pós-tratamento (Rolová et al., 2023).

A abstinência sustentada é frequentemente utilizada como um indicador do sucesso terapêutico. No estudo de Rolová et al. (2023), verificou-se que 63,9% dos participantes mantiveram-se abstinentes por pelo menos um ano consecutivo após o tratamento. Entre os fatores que favoreceram essa manutenção destacam-se a participação em programas de pós-tratamento, incluindo grupos de apoio e acompanhamento terapêutico. A duração do tratamento revelou-se também um fator determinante, uma vez que períodos mais longos de intervenção terapêutica estiveram associados a taxas mais elevadas de abstinência sustentada. Estes achados sublinham a necessidade de estratégias terapêuticas que promovam uma recuperação estruturada e duradoura (Rolová et al., 2023).

Neste contexto, a literatura destaca a importância dos programas de pós-tratamento na recuperação de indivíduos com histórico de consumo de substâncias. O estudo de Brown et al. (2001) analisou a eficácia de um programa de pós-tratamento independente dos serviços de tratamento ambulatorial, mas que funcionava em articulação com estes.

Os resultados mostraram que, seis meses após o início do programa, os indivíduos que beneficiaram do pós-tratamento apresentaram uma redução significativa no uso frequente de

substâncias, em comparação com o grupo de controlo. No entanto, aos doze meses, as diferenças entre os grupos diminuíram, sendo observada apenas uma tendência estatística favorável ao grupo de pós-tratamento no que respeita ao consumo frequente de substâncias (Brown et al., 2001).

Além das investigações quantitativas, estudos qualitativos têm explorado as perceções individuais sobre o processo de recaída e recuperação. Ferreira e Bortolon (2016) analisaram a experiência de um indivíduo em abstinência, identificando os principais fatores que contribuíram para as suas recaídas e as estratégias adotadas para manter a recuperação. O cliente destacou que a influência do meio social, a exposição a ambientes associados ao consumo e a ausência de estratégias eficazes para lidar com situações de risco foram determinantes para as recaídas. No entanto, a adoção de novas rotinas, o fortalecimento de relações interpessoais positivas e o desenvolvimento de competências de autorregulação e assertividade revelaram-se essenciais para a manutenção da abstinência. Estes resultados reforçam a importância de abordagens terapêuticas que incentivem a construção de redes de apoio e o desenvolvimento de estratégias eficazes de coping, contribuindo para a prevenção de recaídas e a promoção de um estilo de vida mais equilibrado e saudável.

Intervenção do EEESMP: Entrevista Motivacional

As competências do EEESMP incluem, entre os seus domínios, o desenvolvimento e a aplicação de intervenções psicoterapêuticas, fundamentais para a promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico (Regulamento n.º 515, 2018). Neste contexto, assume particular relevância a Entrevista Motivacional (EM) como sendo uma técnica de intervenção amplamente utilizada em diversos contextos clínicos, especialmente eficaz na promoção da mudança de comportamentos em indivíduos que demonstram ambivalência (Sampaio et al., 2023). Embora seja aplicável em várias áreas, a evidência científica destaca a sua eficácia particularmente em casos de comportamentos aditivos e dependências (Sampaio et al., 2023). De acordo com Miller e Rollnick (2009) os princípios fundamentais da EM são o respeito e a empatia. Apresenta como foco fortalecer a motivação do cliente para modificar um estilo de vida disfuncional, incentivando um maior comprometimento com a mudança de comportamento (Silva et al., 2022).

Este método procura minimizar a resistência e valorizar os recursos e capacidades da pessoa, promovendo a sua autoeficácia e facilitando a adoção do comportamento desejado (Miller & Rollnick, 2002). A motivação para a mudança tem um papel crucial nos comportamentos aditivos, sendo um fator determinante para que o indivíduo procure, cumpra e siga o

tratamento, além de facilitar a implementação de mudanças duradouras ao longo do tempo (DiClemente et al., 1999). No entanto, existem algumas contraindicações e critérios de exclusão que devem ser tidos em consideração antes de utilizar esta intervenção (Sampaio et al., 2023).

A EM não é recomendada em casos de estado de descompensação ou agudização da doença mental grave, uma vez que, neste momento, o cliente pode estar demasiado instável emocional ou psicologicamente para participar de forma produtiva na intervenção (Sampaio et al., 2023). Além disso, clientes com doença mental severa também devem ser excluídos da intervenção, dado que as alterações comportamentais necessárias podem ser difíceis de atingir em contextos de psicopatologias graves que exigem tratamentos mais intensivos e especializados (Sampaio et al., 2023). Outro critério importante de exclusão refere-se à debilidade intelectual ou défice cognitivo grave, onde a capacidade de compreender e processar as informações pode ser significativamente limitada, tornando a intervenção menos eficaz ou mesmo inaplicável (Sampaio et al., 2023).

Para despiste de debilidade intelectual ou défice cognitivo pode ser aplicado o MMSE que, segundo Santana et al. (2016) é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do funcionamento cognitivo global. Por fim, a presença de perturbação da personalidade grave pode comprometer a eficácia da EM, uma vez que os clientes com estas condições podem ter dificuldades em estabelecer uma relação de confiança com o EEESMP e, conseqüentemente, não conseguir identificar ou alcançar os objetivos terapêuticos propostos (Sampaio et al., 2023).

Teoria das Transições

A Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis (2000), fornece um referencial teórico amplamente aplicável a diversos contextos da área da saúde, especialmente aqueles em que os clientes atravessam mudanças significativas relacionadas com doenças, tratamentos e processos de recuperação.

Segundo Meleis (2000), a transição é um fenómeno dinâmico e multifacetado que envolve dimensões internas e externas ao cliente, exigindo adaptações em diferentes esferas, nomeadamente emocional, física, psicológica e social. Este conceito de transição implica um ajustamento contínuo que, quando mal gerido, pode gerar dificuldades para o cliente, especialmente em momentos de vulnerabilidade (Meleis, 2000). Meleis (2010) define a transição através de três componentes essenciais: a natureza, as condições de transição e os padrões de resposta. No que diz respeito à natureza, é necessário distinguir quatro tipos específicos de transições.

- Desenvolvimento
- Situacional
- Saúde Doença
- Organizacional

Para Meleis (2010), a transição desenvolvimental refere-se a mudanças naturais do ciclo de vida, como a adolescência ou a parentalidade, enquanto a transição situacional decorre de eventos específicos, como a mudança de hospital ou a aposentação. Já a transição associada à saúde e à doença envolve alterações no estado de saúde, como o diagnóstico de uma doença crónica, enquanto a transição organizacional diz respeito a mudanças na estrutura dos serviços de saúde (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010), no que diz respeito à natureza das transições, estas podem ser classificadas com base no seu padrão. Quando um cliente enfrenta apenas uma transição, esta é considerada única, enquanto que, se estiver a viver várias transições ao mesmo tempo, é designada de simultânea (Meleis, 2010). As transições podem ser, portanto, simples ou múltiplas. No caso das múltiplas, estas podem ocorrer em momentos distintos, sendo sequenciais ou simultâneas, e podem estar ou não interligadas entre si (Meleis, 2010).

Meleis (2010) afirma que, apesar das transições serem caracterizadas pela sua singularidade, complexidade e multidimensionalidade, existem aspetos que são comuns a todas elas, sendo designados como propriedades das transições. De acordo com a autora, as experiências de transição apresentam as seguintes propriedades essenciais:

- Consciência
- Envolvimento
- Mudança e Diferença
- Espaço Temporal da Transição
- Eventos ou Pontos Críticos

De acordo com Meleis (2010), a consciência é vista como uma característica crucial no processo de transição, pois a transição só ocorre quando há perceção das mudanças. O compromisso, por sua vez, refere-se ao grau de envolvimento do cliente no processo de transição (Meleis, 2010). O nível de consciencialização exerce influência sobre o nível de compromisso, uma vez que, para que o cliente se envolva no processo, é necessário que ele possua autoconhecimento para gerir os seus próprios recursos (Meleis, 2010).

Embora mudança e diferença sejam propriedades semelhantes, não são sinónimos nem podem ser usadas de forma intercambiável para descrever uma transição (Meleis, 2010). Para que o

cliente consiga compreender de forma completa um processo de transição, é necessário que ele descubra e compreenda os efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2010). Todas as transições ocorrem ao longo do tempo, iniciando-se com os primeiros sinais de consciencialização ou envolvimento com a mudança, e culminando no momento em que se alcança o equilíbrio (Meleis, 2010).

Meleis (2010) argumenta que muitos eventos ou pontos críticos são a origem de várias transições vividas, e em algumas situações, estes podem agir como catalisadores da consciencialização da mudança e da diferença, levando a um maior envolvimento ativo do cliente.

A teoria das transições defende que, para que o enfermeiro compreenda o que o cliente vivencia durante os processos de transição, deve ter um trabalho de reconhecimento das características pessoais do cliente, bem como da sociedade e comunidade em que ele está inserido (Meleis, 2010). Esses fatores podem influenciar positivamente ou negativamente o processo de transição, que envolve mudanças comportamentais, a reconstrução da identidade e a aquisição de novas competências na vida do cliente (Meleis, 2010). Para entender todo o processo de transição, é fundamental identificar os fatores que influenciam o seu desenvolvimento, conhecidos como condicionantes da transição. Estes podem ser divididos em diversas dimensões:

- Pessoais
- Comunitários
- Sociais

As condições pessoais influenciam a forma como o cliente vivencia a transição, sendo influenciadas por fatores como crenças e atitudes culturais (Meleis, 2010). Além disso, um nível socioeconómico mais fragilizado pode representar um obstáculo adicional à transição, enquanto a preparação prévia e o conhecimento adquirido podem contribuir para uma adaptação mais saudável e eficaz. A teórica referencia também que, os fatores comunitários e sociais influenciam significativamente a transição, podendo atuar como facilitadores ou barreiras ao processo. Esses fatores incluem os recursos disponíveis na comunidade, tanto formais como informais, bem como a presença de apoio social, representações culturais que podem impactar a experiência da transição.

Para Meleis (2010), com o decorrer do tempo, as transições evoluem, evidenciando determinados padrões de resposta, os quais se dividem em dois tipos de indicadores:

- Indicadores Processuais
- Indicadores de Resultado

Os indicadores de processo avaliam se a transição conduz o cliente para um estado de maior

saúde ou, pelo contrário, para uma situação de vulnerabilidade e risco, possibilitando assim ao enfermeiro uma intervenção atempada, promovendo desfechos mais positivos (Meleis, 2010). Estes indicadores refletem a forma como o cliente experiencia a transição, a sua interação com familiares e profissionais de saúde, o grau de ligação emocional estabelecido com os outros, a sua perceção temporal e as estratégias de coping adotadas ao longo do processo.

A fase final de um processo de transição ocorre quando o cliente assume novos papéis, desenvolve uma consciência do seu novo "eu", adquire e aplica novas competências e conhecimentos, e adota comportamentos que lhe permitem alcançar o bem-estar e melhorar a sua qualidade de vida (Meleis, 2010). Desta forma, o desfecho positivo de uma transição é identificado através de dois indicadores de resultado: A Mestria e a Reformulação da Identidade Flexível e Integradora.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 54 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-11 15:19:00	Olanzapina 15mg	
2024-11-11 15:19:00	Diazepam 10mg	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de medicação surge como uma intervenção de enfermagem resultante de prescrição, ou seja, é uma intervenção da competência do enfermeiro, mas tem por base uma prescrição médica. Em seguida é abordada a medicação que o cliente tinha na sua prescrição.

Olanzapina 15mg em comprimido, à ceia (22horas)

É um Antipsicótico atípico que atua principalmente através do bloqueio dos recetores dopaminérgicos (D₂) e serotoninérgicos (5-HT_{2A}), ajudando a reduzir os sintomas psicóticos e a estabilizar o humor.

Atua na estabilização do humor, na prevenção de recaídas em transtornos psicóticos e diminuição da agitação e agressividade.

No entanto, pode causar efeitos adversos como sedação, tonturas, discinesia tardia, parkinsonismo, síndrome maligna dos neurolépticos, aumento de peso, hiperglicemia, dislipidemia, hipotensão ortostática, prolongamento do intervalo QT (raro), obstipação, boca seca e elevação da prolactina.

Cabe ao enfermeiro a monitorização dos sinais vitais, especialmente a pressão arterial e a frequência cardíaca, a avaliação do estado neurológico para detetar sinais de discinesia tardia ou síndrome neuroléptica maligna, e o acompanhamento metabólico, verificando regularmente o peso, a glicemia e o perfil lipídico. É essencial educar o cliente sobre a importância da adesão ao tratamento e sobre os potenciais efeitos adversos. Além disso, deve-se garantir uma hidratação e alimentação adequadas para prevenir a obstipação e xerostomia, bem como manter uma avaliação psiquiátrica contínua para monitorizar a eficácia do tratamento e ajustar as doses conforme necessário (Vallerand et al., 2016).

O cliente R cumpre medicação prescrita sem intercorrências. Não apresenta sintomatologia psicótica. Apresentou-se calmo e colaborante. Desperto e com bom contacto. Sinais vitais dentro dos parâmetros, sem comprometimento da ingestão nutricional.

Diazepam 10mg em comprimido, à ceia (22horas)

É uma Benzodiazepina utilizada principalmente pelas suas propriedades ansiolíticas. A sua ação baseia-se no aumento da atividade do ácido gama-aminobutírico (GABA), um neurotransmissor inibitório no sistema nervoso central, o que promove um efeito calmante e de diminuição da excitabilidade neuronal.

Atua no alívio da ansiedade, no tratamento da insónia e na gestão da síndrome de abstinência.

No entanto, o uso de diazepam pode causar efeitos adversos como sonolência, fadiga, tonturas, confusão, ataxia, fraqueza muscular e, em doses elevadas, depressão respiratória. Além disso, o uso prolongado pode levar à dependência e à síndrome de abstinência quando a medicação é interrompida abruptamente.

Cabe ao enfermeiro a monitorização dos sinais vitais, com especial atenção à frequência respiratória e à pressão arterial, devido ao risco de depressão respiratória e hipotensão. Deve

ser avaliado o nível de consciência e o estado neurológico do cliente, alertando para o risco de quedas (Vallerand et al., 2016).

O cliente R cumpre medicação prescrita sem intercorrências. Níveis de ansiedade controlados. Sem insónia. Calmo e colaborante. Não apresenta efeitos adversos.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-11-2024 15:19	Comportamento aditivo	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Revelou-se pertinente o domínio do "Comportamento Aditivo", dado que o cliente referiu no decorrer da entrevista clínica, (Anexo I) consumo de substâncias psicoativas desde os 14 anos de idade. Relatou padrões de consumo em quantidades significativas e com elevada frequência, bem como múltiplas tentativas infrutíferas de cessação, culminando sempre em recaídas.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece um enquadramento conceptual relevante para compreender as mudanças vivenciadas pelo cliente neste processo. Segundo Meleis (2010) e como já foi referido, a transição é um fenómeno complexo que ocorre quando um indivíduo passa de um estado para outro, exigindo adaptação e desenvolvimento de novas competências.

No contexto do estudo de caso em análise, o cliente manifesta uma sensação de insegurança perante a iminente transição para a vida após o internamento. Esta insegurança decorre da perceção de falta de controlo sobre fatores de risco que podem desencadear o consumo de substâncias, tais como o contacto com antigos amigos e a exposição a ambientes associados ao uso de drogas.

O cliente expressa receio de não conseguir manter a abstinência após a sua alta, temendo que isso resulte numa recaída. Este cenário, marcado por sentimentos de medo e ansiedade, pode ser analisado à luz da Teoria das Transições de Meleis, que sugere que indivíduos que enfrentam mudanças significativas e potencialmente arriscadas, como a recuperação de um vício, tendem a experienciar dúvidas e preocupações emocionais (Meleis, 2010). A resposta emocional do cliente a esta transição é caracterizada pelo medo da recaída e pela incerteza quanto à sua capacidade de manter a abstinência no contexto da vida fora do internamento.

Para minimizar os riscos de recaída e promover um processo de adaptação bem-sucedido, é

essencial que o cliente disponha de recursos internos e externos adequados (Meleis, 2010). Os recursos internos incluem estratégias de coping, autocontrole e resiliência, fundamentais para enfrentar os desafios emocionais e psicológicos associados à recuperação (Meleis, 2010). Contudo, o sucesso da transição também depende de recursos externos, como o apoio psicológico contínuo, a orientação terapêutica especializada e a participação em grupos de apoio (Meleis, 2010).

O estudo de Majer et al. (2016) analisou o impacto do apoio social na manutenção da abstinência entre ex-reclusos com perturbações relacionadas com o uso de substâncias, reduzindo a probabilidade de recaídas. Os resultados sugerem que o apoio social está positivamente relacionado com a manutenção da abstinência, sendo a autoeficácia um fator mediador. A pesquisa destaca a importância das redes de apoio social na recuperação de indivíduos com histórico de encarceramento e dependência química (Majer et al., 2016).

Estes elementos são cruciais para fortalecer a confiança e motivação do cliente na sua capacidade de manter a abstinência e adaptar-se à nova realidade pós-internamento. A psicoeducação sobre os riscos da recaída e o desenvolvimento de estratégias preventivas para evitar situações de risco, como o contacto com antigos ambientes ou pessoas associadas ao consumo, constituem aspetos centrais no apoio ao cliente.

Além disso, o fortalecimento das competências de regulação emocional é fundamental para que o indivíduo consiga gerir impulsos e emoções que possam surgir em momentos de vulnerabilidade (Meleis, 2010). A continuidade do acompanhamento pós-alta, através de consultas regulares e da participação em grupos de apoio, desempenha um papel vital na manutenção da abstinência e no suporte emocional contínuo, contribuindo assim para uma transição bem-sucedida (Meleis, 2010). Dessa forma, a teoria das transições de Afaf Meleis oferece um quadro teórico robusto para a compreensão dos desafios enfrentados pelos indivíduos durante mudanças significativas nas suas vidas, incluindo a recuperação de comportamentos aditivos.

O estudo de caso analisado demonstra que a transição da alta do internamento psiquiátrico para a vida quotidiana é um processo complexo, permeado por desafios emocionais, sociais e contextuais. A teoria de Meleis permite identificar os fatores que influenciam a adaptação do cliente, destacando a importância de um suporte social estruturado, da utilização de estratégias de coping eficazes e do acesso a recursos adequados para que o cliente possa atravessar esta transição com maior segurança e resiliência (Meleis, 2010).

Diante do exposto, torna-se essencial reforçar a motivação do cliente para a manutenção da abstinência, considerando os desafios inerentes ao processo de recuperação. Embora o cliente esteja abstinente há sete meses, essa condição resulta do internamento para cumprimento de medidas de segurança, o que não implica, por si só, uma adesão voluntária e sustentada ao processo de recuperação. Além disso, o cliente manifesta receios relativamente ao momento da

alta, prevista para o ano vigente, temendo que este possa representar um fator de risco para a recaída. A sua principal preocupação está relacionada com o regresso à residência habitual, onde poderá reencontrar pares que o incentivem ao consumo, bem como com a incerteza sobre a sua capacidade de resistir à substância como estratégia de enfrentamento de situações adversas. Neste contexto, a intervenção de enfermagem deve centrar-se no apoio à transição, facilitando a adaptação do cliente à nova realidade e minimizando os fatores de risco.

3.5. Conceção de Cuidados

Comportamento aditivo

11-11-2024 15:19

11-11-2024 15:19 - Uso de álcool: sem uso de álcool .

11-11-2024 15:19 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.

11-11-2024 15:19 - Uso de drogas: uso regular que causa disfuncionalidade.

11-11-2024 15:19 - Tipo de comportamento aditivo sem substâncias Não Apresenta.

11-11-2024 15:19 - Início de consumos aos 14 anos

11-11-2024 15:19 - Vários períodos de Abstinência com recorrentes recaídas

11-11-2024 15:19 - Abuso de drogas

11-11-2024 15:19 - Promover a motivação para a manutenção da abstinência

11-11-2024 15:19 - Executar técnica de Entrevista Motivacional (EM)

11-11-2024 15:19 - Determinar a evolução para a manutenção da abstinência

11-11-2024 15:19 - Avaliar evolução da motivação para a abstinência

19-11-2024 10:00

19-11-2024 10:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool [MANTEVE].

19-11-2024 10:00 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

19-11-2024 10:00 - Uso de drogas: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

19-11-2024 10:00 - Tipo de comportamento aditivo sem substâncias Não Apresenta.

19-11-2024 10:00 - Início de consumos aos 14 anos

19-11-2024 10:00 - Vários períodos de abstinência com recorrentes recaídas

3.6. Especificação das intervenções

Executar técnica de Entrevista Motivacional (EM)

- Planeamento das sessões de EM (Anexo VI e V)
- Sessão Inicial : Aplicação do MMSE (Anexo II); 4360 Determinar a motivação do paciente para mudar (Bulechek et al., 2016) através da escala SOCRATES 8D (Anexo III);
- Sessão 1: FASE INICIAL Gerir o ambiente físico; Cumprimentos iniciais; Descrição da atividade: regras de funcionamento; Explicar em que consiste a Entrevista Motivacional,

- qual a sua duração e o número de sessões previstas; Explicação do objetivo da sessão; Explicar os objetivos a atingir no final da sessão. **DESENVOLVIMENTO** Envolver o cliente e estabelecer um contrato terapêutico escrito (obter consentimento informado); Favorecer a criação de um clima de confiança através de uma postura de aceitação e de não julgamento; Solicitar que classifique a sua motivação para a mudança de comportamento, numa escala de 0 a 10; Identificar fatores que podem afetar a motivação do cliente; Orientar para o registo sob forma de tabela das vantagens na cessação de consumo de substâncias e as desvantagens dos mesmos (Trabalho para casa); Orientar sobre a importância da participação ativa do cliente no processo de mudança; Promover a responsabilidade do cliente no processo de mudança. **CONCLUSÃO** Dar feedback; Realizar resumo da sessão; Realizar avaliação da sessão; Agradecer a participação e colaboração; Encerrar intervenção; Agendar a próxima sessão (Sampaio et al., 2023).
- Sessão 2 : FASE INICIAL Gerir o ambiente físico; Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão. **DESENVOLVIMENTO** Analisar o Trabalho de Casa; Reforçar a autoconfiança; Executar escuta ativa; Permitir que o cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças; Incentivar o cliente a identificar por escrito os estímulos que conduzem ao consumo de droga; Identificação das possíveis estratégias e metas a alcançar para o abandono das substâncias e prevenção de recaída (Trabalho de Casa); Promover a responsabilidade do cliente no processo de mudança. **CONCLUSÃO** Dar feedback; Realizar resumo da sessão; Realizar avaliação da sessão; Agradecer a participação e colaboração; Encerrar intervenção; Agendar a próxima sessão (Sampaio et al., 2023).
 - Sessão 3: FASE INICIAL Gerir o ambiente físico; Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão. **DESENVOLVIMENTO** Analisar o trabalho de casa; Reforçar a responsabilidade do cliente no processo de mudança; Disponibilizar apoio; Executar escuta ativa; Analisar reações do cliente a hipotéticas situações que possam promover o impulso de consumir; Identificação dos fatores protetores para o cliente; Identificar consequências do consumo abusivo. **CONCLUSÃO** Dar feedback; Realizar resumo da sessão; Realizar avaliação da sessão; Agradecer a participação e colaboração; Encerrar intervenção; Agendar a próxima sessão (Sampaio et al., 2023).
 - Sessão 4: FASE INICIAL Gerir o ambiente físico; Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicação do objetivo da sessão. **DESENVOLVIMENTO** Solicitar elaboração de plano de estratégias acerca do que pretende fazer para não retomar consumos; Analisar com o cliente o plano; Reforçar a autoconfiança para o processo de mudança de comportamento; Reforçar a responsabilidade do cliente no processo de mudança; 4360 Determinar a motivação do paciente para mudar (Bulechek et al., 2016) através da escala SOCRATES 8D (Anexo VI). **CONCLUSÃO** Dar feedback; Realizar resumo da sessão; Realizar avaliação da sessão; Solicitar que avalie a EM numa escala de 0 a 10, em que 0 significa não ter servido de nada, e 10 significa que a intervenção fez sentido para si; Entregar Questionário de Avaliação de Satisfação do Cliente; Agradecer a participação e colaboração; Encerrar intervenção (Sampaio et al., 2023).

Avaliar evolução da motivação para a abstinência

- Aplicar escala SOCRATES 8D (Janeiro & Faisca, 2015) (Anexo VI)

3.7. Síntese relativa ao caso

A identificação de ambivalência por parte do cliente em relação à cessação do consumo de substâncias foi um ponto central no acompanhamento terapêutico. Embora o cliente tenha verbalizado estar abstinente há sete meses e não apresente sintomas de privação em um ambiente controlado de internamento, continua a expressar receios quanto ao momento da alta, previsto para o ano em curso.

O cliente relata temer não ser capaz de manter o controle sobre os seus impulsos, uma vez que terá fácil acesso ao produto e reencontrará seus amigos, os quais poderão influenciá-lo a retomar os consumos. Embora não deseje cortar laços com esses amigos, o cliente reconhece a dificuldade em resistir à tentação de consumir.

A literatura corrobora o discurso do cliente, uma vez que a convivência com pessoas que utilizam a mesma substância psicoativa abusada pelo dependente químico em recuperação pode ser um fator que favorece as recaídas. A proximidade com a substância e a facilidade de acesso a ela dificultam a manutenção de comportamentos saudáveis, que, em alguns casos, poderiam ser mais agradáveis do que o uso da droga (Zampier et al., 2017).

É importante destacar que, embora o cliente esteja abstinente há sete meses, essa abstinência ocorre em um ambiente controlado e, portanto, é imposta, visto que o cliente está a cumprir medidas de segurança e encontra-se privado de sua liberdade. Este fato é relevante para a compreensão das suas preocupações, pois a verdadeira prova de manutenção da abstinência ocorrerá após a alta, quando ele se deparar com um contexto mais permissivo e sem as restrições do internamento.

No que diz respeito ao processo de conceção de cuidados, foi necessário ajustar o objetivo da intervenção, uma vez que a ontologia em enfermagem apenas contempla o objetivo de "promover a mudança comportamental face ao abuso de substâncias". No entanto, o cliente em questão já se encontrava abstinente, uma abstinência condicionada pelas condições de vida atuais (regime de internamento), mas ainda assim, uma abstinência.

Assim, foi introduzido manualmente o objetivo de reforçar a motivação do cliente para a manutenção da abstinência, tendo em conta a sua situação específica e a necessidade de planear uma intervenção psicoterapêutica eficaz.

Para alcançar este objetivo, optou-se pela implementação da técnica da Entrevista Motivacional, com a finalidade de fortalecer a motivação do cliente e prevenir uma possível recaída. Esta abordagem visou não apenas identificar e resolver a ambivalência do cliente, mas também prepará-lo para enfrentar os desafios inerentes ao momento da alta.

Adicionalmente, foi aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE) para garantir que o nível de cognição não constituísse um critério de exclusão para a intervenção (Anexo II). Foi também aplicada a escala SOCRATES 8D (Anexo III) mostrando que o cliente se encontra na fase de contemplação do modelo transteórico de mudança de Prochaska e DiClemente (1982), a qual se caracteriza pela ambivalência em relação à mudança. Após a análise dos instrumentos de avaliação, seguiu-se o planeamento e a implementação da intervenção psicoterapêutica (Anexos IV e V), que ocorreu ao longo de quatro sessões, com duração aproximada de 40 a 50 minutos cada.

No final da intervenção, a escala SOCRATES 8D foi novamente aplicada (Anexo VI), com o objetivo de avaliar a evolução da motivação ao longo do processo terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020). Os resultados demonstraram que, no parâmetro da Ação, o cliente passou de um nível baixo para um nível médio, o que indica uma evolução modesta, mas significativa. Pontuações baixas indicam que o cliente não está, de momento, a adotar medidas concretas para alterar o seu comportamento em relação ao consumo de substâncias, não tendo ocorrido mudanças recentes neste domínio. Por outro lado, pontuações elevadas indicam que o cliente já se encontra ativamente envolvido em ações de mudança, podendo inclusive ter concretizado algumas tarefas com sucesso. Embora ainda não se encontre num nível elevado, o facto de ter progredido de um nível baixo para um nível médio demonstra que o cliente, apesar de ainda não aplicar mudanças efetivas, já as planeia para o futuro. Esta evolução torna-se especialmente relevante considerando que o cliente se encontra atualmente internado, não tendo ainda oportunidade de colocar em prática as estratégias pensadas. O cliente relata que, após a alta, pretende residir no sul do país, junto do filho, o que poderá contribuir para o seu afastamento dos contextos e gatilhos que identifica como fatores de risco para uma eventual recaída. No que diz respeito aos parâmetros Ambivalência e Reconhecimento do Problema, não se verificaram alterações.

Foi ainda aplicado um questionário de satisfação ao cliente (Anexo VII), o qual indicou que a intervenção teve um impacto positivo, contribuindo para o seu bem-estar.

4. CASO 2

Indivíduo do sexo masculino de 80 anos, nacionalidade Portuguesa. Diagnosticado com Demência de Alzheimer desde 2021

4.1. Enquadramento teórico

De forma a facilitar a leitura e permitir uma compreensão global do caso em análise, procedeu-se à divisão deste capítulo em dois subcapítulos. No primeiro, procede-se à apresentação do caso e no segundo à fundamentação teórica, com abordagem de conceitos e temáticas chave.

Apresentação do Caso

O cliente é um indivíduo do sexo masculino de 80 anos, reformado, com escolaridade até o 4.º ano do ensino básico, cuja trajetória profissional esteve predominantemente ligada ao setor da hotelaria. Casado com a Senhora B, pai de R e avô de G.

Ao longo de sua vida, manteve vínculos familiares próximos, destacando-se a relação afetiva com seu filho e, especialmente, com seu neto.

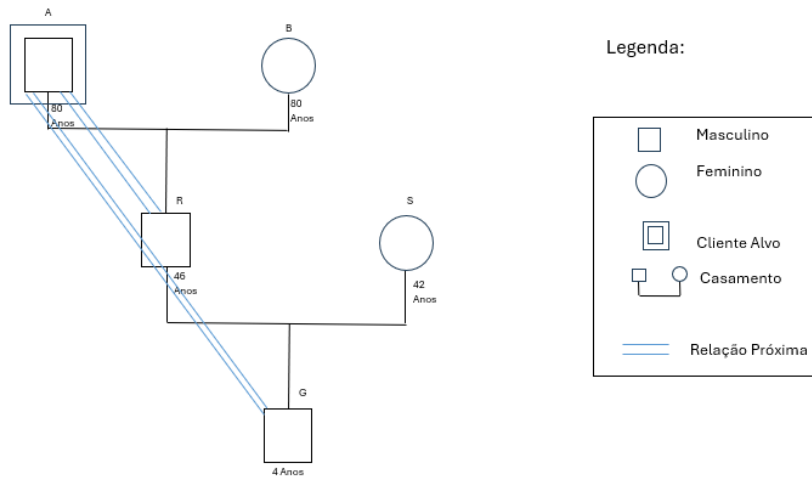


Figura 3 - Genograma Caso 2

Desde a juventude, o cliente demonstrou grande interesse e envolvimento com a prática desportiva. Foi jogador de futebol em várias equipas, contudo, uma lesão no joelho resultou na interrupção precoce de sua trajetória desportiva. Apesar disso, manteve uma forte ligação com o desporto, em especial com o futebol, sendo um fervoroso adepto do clube de sua cidade. No que diz respeito a hábitos de vida, refere ter sido fumador aproximadamente durante 20 anos, com um consumo médio de seis a sete cigarros por dia, cessando esse hábito há vários anos. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, relata ingeri-las apenas ocasionalmente e nega o uso de substâncias ilícitas.

Atualmente, dedica grande parte do seu tempo a assistir televisão e a ler revistas e jornais. Refere também que gosta de estar com o neto.

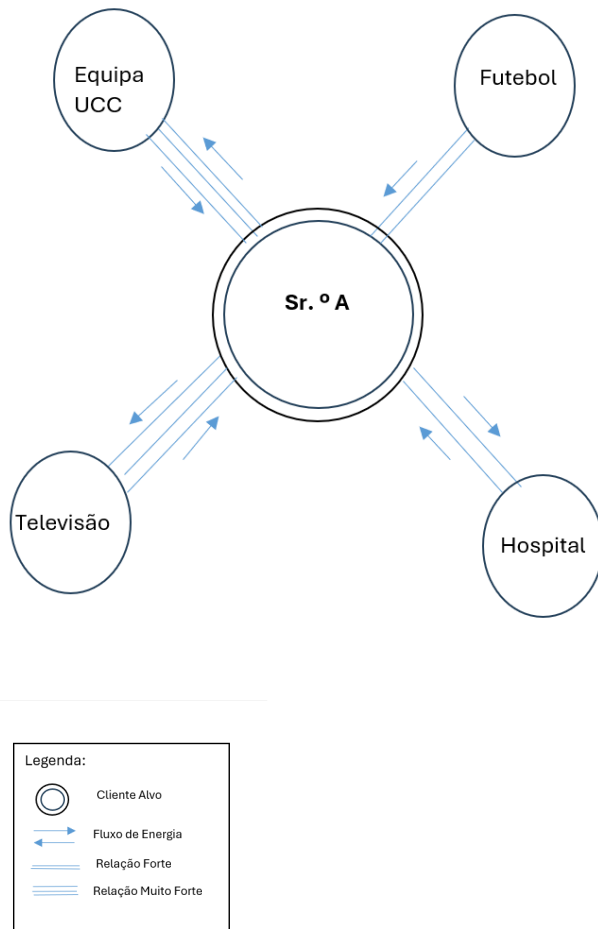


Figura 4 - Ecomapa Caso 2

Em 2021, foi diagnosticado com demência de Alzheimer, após apresentar sintomas progressivos ao longo dos últimos quatro anos. Os sinais iniciais da doença manifestaram-se através de perdas de memória imediata e alterações comportamentais, impactando significativamente a dinâmica familiar.

O filho, que seguiu a carreira paterna no ramo da hotelaria, oferece retaguarda e apoio, ainda que não esteja diretamente envolvido nos cuidados diários.

A relação com o neto permanece um elemento positivo, proporcionando momentos de interação social e estímulo cognitivo.

Atualmente, necessita da supervisão da esposa (Senhora B) na realização dos seus autocuidados, uma vez que, devido à sua condição de saúde, apresenta, por vezes, episódios de desorientação e confusão.

Segundo a esposa, inicialmente não foi fácil lidar com a condição de saúde do marido, uma vez que a doença de Alzheimer trouxe desafios significativos ao seu quotidiano.

Para avaliar o impacto da sobrecarga associada ao seu papel de cuidadora, a esposa foi submetida à Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. A partir dessa avaliação, a equipa de

saúde conseguiu identificar as áreas que necessitavam de maior intervenção, permitindo a implementação de medidas de apoio mais direcionadas e ajustadas às suas necessidades. Isso possibilitou a aquisição de estratégias eficazes para lidar com a progressão da doença.

A escala aplicada é um instrumento fiável, com boas características psicométricas, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Sequeira (2010). Permite avaliar a sobrecarga subjetiva e objetiva do cuidador informal associada ao ato de cuidar. A sobrecarga subjetiva refere-se à percepção pessoal do cuidador em relação às consequências do cuidar, enquanto a sobrecarga objetiva diz respeito às repercussões práticas no familiar, resultantes da natureza e das necessidades dos cuidados (Sequeira, 2010).

Atualmente, a esposa encontra-se bem, evidenciando uma adaptação mais eficaz ao seu papel de cuidadora. A escala de Zarit foi re aplicada e não evidencia sinais de sobrecarga.

No exame físico, o cliente apresentou-se apirético, normotenso, normocárdico e normoglicémico. As mucosas estavam coradas e hidratadas, e a pele íntegra. O peso era de 70 kg e a altura de 1,79 metros. Fazia uso de óculos para visão ao longe e ao perto, mantendo a audição preservada.

Durante a entrevista clínica, manteve-se calmo e colaborante, com humor eutímico. O discurso caracterizou-se por fuga de ideias, sem evidência de atividade delirante ou outras alterações do pensamento. Revelou distratibilidade fácil.

Apresentou desorientação temporal, não conseguindo verbalizar o dia da semana, o ano nem a data em que se encontrava. No entanto, manteve a orientação pessoal e conseguiu identificar corretamente a cidade onde estava, evidenciando uma orientação espacial preservada. Relativamente à memória, verificou-se um comprometimento, com dificuldades em recordar eventos recentes, embora demonstrasse maior facilidade em relembrar acontecimentos passados. Não se observaram alterações da percepção ou do pensamento.

Fundamentação Teórica

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo complexo, caracterizado pela degradação progressiva e diferencial em múltiplos níveis, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social (Sousa et al., 2020a). No domínio psicológico, observam-se diversas alterações cognitivas, emocionais, da personalidade, do autocontrolo e do autoconceito (Sousa et al., 2020a).

No que respeita ao envelhecimento biológico, este é marcado por uma perda gradual das funções fisiológicas, incluindo o declínio progressivo das funções cognitivas, que acarreta um forte impacto na vida diária das pessoas idosas, com efeitos mais acentuados nos casos de maior comprometimento cognitivo (Pereira, 2019).

Quando as alterações cognitivas estão inseridas num envelhecimento considerado "normal", estas não costumam comprometer de forma significativa a capacidade da pessoa idosa em desempenhar as suas atividades de forma eficaz e independente (Anstey & Low, 2004). De forma complementar, Klimova et al. (2017) referem que o declínio cognitivo no envelhecimento fisiológico pode ser atenuado através de estratégias não farmacológicas, como o exercício físico regular, a estimulação cognitiva, a alimentação equilibrada e o envolvimento social ativo.

As funções cognitivas mais afetadas pelo envelhecimento incluem a atenção, a memória, a capacidade viso-espacial, a função executiva, a velocidade de processamento e a linguagem (Pereira, 2019). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021), além das transformações individuais, o envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios demográficos em Portugal, com implicações significativas para a saúde pública. Em 2021, cerca de 23% da população tinha 65 anos ou mais, e esse número continua a crescer devido ao aumento da longevidade e à diminuição das taxas de natalidade (INE, 2021).

Demência

A Demência é caracterizada pelo declínio progressivo e irreversível das funções cognitivas, afetando significativamente a capacidade funcional dos indivíduos (Santos, 2024). Estima-se que a prevalência da demência esteja a aumentar globalmente, em grande parte devido ao envelhecimento populacional. Fatores de risco como a hipercolesterolemia a partir dos 40 anos e a perda de visão não tratada, somam-se aos já conhecidos, incluindo baixo nível educacional, hipertensão, tabagismo, obesidade e diabetes (Le Monde, 2024).

É esperado que o número de pessoas com demência quase triplique até 2050, passando de 57 milhões em 2019 para 153 milhões, principalmente devido ao crescimento e envelhecimento da população (GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators, 2022). Este aumento é particularmente notório em países com populações mais envelhecidas, como o Japão, Itália, Alemanha e Portugal, que apresentam algumas das maiores prevalências de demência entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019). Em 2021, estimava-se que mais de 21 milhões de pessoas nos países da OCDE sofriam de demência

(OCDE, 2023). Caso as tendências atuais se mantenham, prevê-se um aumento de aproximadamente 50% até 2040, atingindo cerca de 32 milhões de casos nesses países (OCDE, 2023).

Em Portugal, por exemplo, a prevalência da demência está pouco acima de 20 casos por 1000 habitantes, prevendo-se que duplique para 40,5 casos por 1000 habitantes até 2050 (OCDE, 2019). Esta tendência reflete a necessidade urgente de reforçar estratégias preventivas e melhorar os serviços de diagnóstico precoce e tratamento da doença. Este crescimento está diretamente relacionado com o envelhecimento demográfico do país, tornando-se um fator preocupante para a sustentabilidade dos serviços de saúde e apoio social. Perante a crescente incidência da demência mostra-se necessário um plano nacional que contemple estratégias de diagnóstico precoce, programas de intervenção e apoio estruturado a cuidadores formais e informais.

Dado o impacto profundo da doença na sociedade portuguesa, a adoção de medidas eficazes poderá não só melhorar a qualidade de vida dos doentes, como também reduzir a sobrecarga sobre os sistemas de saúde e segurança social (Gonçalves-Pereira et al., 2021). A demência repercute-se em múltiplas dimensões, afetando não apenas a esfera clínica, mas também os domínios físico, emocional, social e económico (OMS, 2023). Os seus efeitos estendem-se para além dos indivíduos diagnosticados, influenciando de forma significativa os familiares, cuidadores e a sociedade como um todo (OMS, 2023). A insuficiência de informação e a falta de sensibilização sobre a doença contribuem para a estigmatização e dificultam tanto o diagnóstico atempado como o acesso a tratamentos adequados (OMS, 2023).

De acordo com a OMS (2023), alterações no humor e no comportamento podem manifestar-se antes mesmo do surgimento de dificuldades de memória, á medida que a doença progride, os sintomas tendem a agravar-se, tornando essencial a assistência de terceiros para a realização das atividades quotidianas. A mesma fonte inúmera alguns dos sinais e sintomas que caracterizam a demência, tais como :

- Dificuldade em recordar eventos recentes ou informações previamente adquiridas;
- Tendência a perder ou extraviar objetos com frequência;
- Desorientação espacial, resultando na dificuldade em localizar-se ao caminhar ou conduzir;
- Confusão, mesmo em ambientes familiares;
- Perda da noção do tempo e dificuldades na perceção temporal;
- Comprometimento na resolução de problemas e na tomada de decisões;
- Dificuldade em acompanhar conversas, com tendência para esquecer palavras ou perder o fio do discurso;
- Redução da capacidade de realizar tarefas habituais do quotidiano;
- Alterações na perceção visual, levando a dificuldades em avaliar distâncias e reconhecer objetos corretamente.

Segundo a OMS (2023) para além do declínio cognitivo, são comuns modificações no humor e no comportamento, tais como:

- Sentimentos persistentes de ansiedade, tristeza ou frustração associados à perda de memória;
- Alterações na personalidade e no padrão comportamental habitual;
- Exibição de comportamentos inadequados em determinados contextos sociais;
- Redução do interesse pelo trabalho e por atividades sociais;
- Diminuição da empatia e da sensibilidade em relação às emoções alheias.

A demência de Alzheimer é a forma mais comum de demência e, atualmente, não tem cura. No entanto, o controlo de fatores de risco, como inatividade física, hipertensão e diabetes, pode contribuir para reduzir o risco de desenvolvimento da doença (OMS, 2023).

Demência de Alzheimer

Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, a Demência de Alzheimer é a forma mais comum de demência, constituindo cerca de 50% a 70% do total de casos conhecidos de demência. Provoca um declínio progressivo, irreversível e abrangente das funções cognitivas, como memória, atenção, concentração, linguagem e raciocínio. Esse comprometimento leva a mudanças na personalidade, no comportamento e na autonomia do indivíduo, tornando mais desafiadora a execução de suas atividades diárias (Associação Alzheimer Portugal, s.d.)

A prevenção e gestão das demências em Portugal dependem da identificação precoce, da promoção de estilos de vida saudáveis e de intervenções baseadas na comunidade. Estudos apontam que a prática regular de atividade física, uma dieta equilibrada e a estimulação cognitiva podem contribuir para a redução do risco de demência em idosos (Livingston et al., 2020).

Apesar dos esforços implementados, ainda persistem desafios, como o subdiagnóstico e a sobrecarga dos cuidadores informais, que desempenham um papel essencial no cuidado dos clientes. Até 50% dos casos de demência permanecem sem diagnóstico, principalmente devido à falta de consciência sobre os sintomas iniciais e ao acesso limitado aos serviços de saúde especializados (Livingston et al., 2020). Adicionalmente, os cuidadores informais enfrentam uma sobrecarga significativa, tanto emocional quanto física e financeira, frequentemente relatando elevados níveis de stress e exaustão (Alzheimer Portugal, s.d.).

Intervenção do EEESMP: Estimulação Cognitiva

Os efeitos da doença de Alzheimer, como a perda de memória, a dificuldade em resolver problemas, interpretar imagens e relações espaciais, bem como realizar tarefas do quotidiano, resultam do seu carácter neurodegenerativo (Nunes et al., 2023).

Neste contexto, a Estimulação Cognitiva (EC) assume um papel fundamental, uma vez que as estratégias utilizadas contribuem para a preservação da saúde cognitiva, da clareza de pensamento e da capacidade de tomada de decisão (Abraha et al., 2017). Para mitigar o declínio cognitivo, a intervenção psicoterapêutica baseada na EC tem-se demonstrado eficaz, pois trabalha diversas áreas do funcionamento neurocognitivo, promovendo, assim, o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (Tavares, 2023). Está indicada nos diagnósticos de enfermagem "Risco de cognição comprometida", "cognição comprometida" e "confusão crónica" (Sousa et al., 2020b).

A EC assenta na cooperação entre o cliente com défice cognitivo e o EEESMP tendo como principal objetivo tratar ou aliviar os défices cognitivos, estando fortemente associada à demência (Sousa et al., 2020b). De acordo com estes autores, a EC recorre a diversas técnicas, tais como a terapia de orientação para a realidade, o treino de funções específicas e a terapia por reminiscência. A escolha das técnicas a implementar é determinada pelos défices específicos de cada cliente, garantindo, assim, uma abordagem personalizada e adaptada às suas necessidades (Sousa et al., 2020b). Antes de iniciar, deve ser realizada uma avaliação cognitiva do cliente, com recurso a diferentes instrumentos de avaliação, tais como : Miniexame do Estado Mental (MMSE); Teste do relógio; Resultado NOC "cognição" (Sousa et al., 2020b).

O MMSE é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do funcionamento cognitivo global, sendo particularmente útil na deteção de défices cognitivos e na monitorização da progressão de doenças neurodegenerativas (Santana et al., 2016). Segundo a norma da DGS sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com declínio cognitivo ou demência, o MMSE é um bom instrumento de avaliação e validado para a população Portuguesa (DGS, 2023).

O Teste do Desenho do Relógio (Clock Drawing Test - CDT) é amplamente utilizado como instrumento de avaliação cognitiva para triagem de demências, tratando-se de uma ferramenta simples, rápida e de fácil aplicação, que auxilia na identificação de déficits relacionados a funções executivas, viso-espaciais e memória, áreas frequentemente comprometidas em clientes com doenças neurodegenerativas (Shulman, 2000). Na aplicação do teste, o cliente é instruído a desenhar um relógio, incluindo os números e os ponteiros indicando um horário

específico. A execução dessa tarefa envolve uma série de habilidades cognitivas, como planeamento, atenção, memória operacional e percepção visuo-espacial (Sunderland et al., 1989). Alterações no desempenho podem indicar comprometimentos iniciais associados a condições como a Doença de Alzheimer e outras formas de demência (Rouleau et al., 1992).

A EC pode ser desenvolvida de forma individual com uma duração de no máximo 60 minutos ou em grupo, não devendo exceder os 90 minutos (Sousa et al., 2020b). Sendo em grupo, este deve ser homogéneo, importa também estipular o número de sessões a realizar, que deve estar entre 6 a 12 (Sousa et al., 2020b). Cabe ao EEESMP envolver o cuidador ou familiar, treinando-o (Sousa et al., 2020b). No final da intervenção, preconiza-se a realização de uma avaliação final do cliente, utilizando os mesmos parâmetros aplicados na avaliação inicial. Entre três a seis meses após o término do programa de estimulação cognitiva, deverá ser realizado um follow-up, também com base nos parâmetros da avaliação inicial e final (Sousa et al., 2020b).

Importa salientar que, para a implementação da EC, o cliente não pode apresentar depressão grave, perturbação psicótica ou demência em estágio avançado, uma vez que essas condições podem comprometer a eficácia da intervenção (Sousa et al., 2020b).

Teoria das Relações Interpessoais

Com base na Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, o vínculo entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados desenvolve-se ao longo de quatro etapas interdependentes: a fase de orientação, a fase de identificação, a fase de exploração e a fase de resolução (Peplau, 1988).

A fase de orientação tem início quando o cliente procura a assistência do enfermeiro para lidar com uma necessidade que sente, mas que, muitas vezes, não compreende plenamente. Este momento representa o primeiro passo num processo dinâmico de aprendizagem e desenvolvimento. Nesta etapa inicial, o papel do enfermeiro centra-se em auxiliar na clarificação, identificação e avaliação do problema que levou o cliente a pedir ajuda (Peplau, 1988).

Na fase de identificação, o cliente estabelece uma ligação seletiva com os enfermeiros que considera mais capazes de prestar o apoio de que necessita. Durante este período, o enfermeiro pode ser percebido como uma figura familiar no contexto dos cuidados prestados. A resposta do cliente pode manifestar-se de três formas distintas: através de uma interação participativa e interdependente, adotando uma postura de isolamento e independência, ou assumindo uma atitude de dependência e desamparo (Peplau, 1988).

A terceira fase, designada como exploração, corresponde ao momento em que o cliente reconhece no enfermeiro alguém que compreende as dinâmicas interpessoais envolvidas na sua

situação e, por isso, utiliza de forma mais eficaz os recursos disponíveis. Nesta fase, o enfermeiro continua a promover o bem-estar do cliente, adaptando os cuidados à evolução das suas necessidades (Peplau, 1988).

Na última etapa, a fase de resolução, ocorre um afastamento progressivo entre o cliente e o enfermeiro, preparando-o para retomar a sua vida quotidiana e regressar ao seu ambiente habitual. O ideal seria que esta fase coincidissem com a resolução do problema clínico, embora tal nem sempre aconteça. Para que o processo de resolução seja bem-sucedido, é essencial que o cliente consiga, de forma gradual, desvincular-se dos profissionais que lhe prestaram assistência e desenvolver maior autonomia na gestão da sua própria vida (Peplau, 1988).

Ao longo das diferentes fases da relação terapêutica, o enfermeiro pode assumir diversos papéis. Como “pessoa estranha”, estabelece uma interação baseada no respeito e no reconhecimento do potencial e dos recursos internos do cliente. No papel de “pessoa de recurso”, responde a questões colocadas pelo cliente, muitas vezes associadas a preocupações emocionais e às dificuldades que enfrenta. Como “educador” e “líder”, orienta o cliente no seu percurso de aprendizagem e adaptação. Além disso, pode ainda desempenhar a função de “substituto”, ajudando o cliente a resgatar e a integrar experiências emocionais precoces que contribuam para o seu desenvolvimento pessoal (Peplau, 1988).

Tendo em conta a relevância da relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente que necessita de cuidados, Peplau (1988) destaca que, para que esta interação seja benéfica e represente uma oportunidade de crescimento e maturação para ambas as partes, é essencial que o enfermeiro desenvolva sensibilidade tanto em relação ao outro como a si próprio. Para tal, o profissional deve investir no seu processo de autoconhecimento, de forma a atuar com maior empatia, consciência e eficácia no acompanhamento do cliente em situação de vulnerabilidade.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 80 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-01 09:00:00	Alopurinol 300 mg	
2024-11-01 09:00:00	Atorvastatina 40 mg	
2024-11-01 09:00:00	Carvedilol 25 mg	
2024-11-01 09:00:00	Quetiapina 50 mg	
2024-11-01 09:00:00	Lorazepam 2,5 mg	
2024-11-01 09:00:00	Memantina 20 mg	
2024-11-01 09:00:00	Metformina 500 mg	
2024-11-01 09:00:00	Pantoprazol 20 mg	
2024-11-01 09:00:00	Rivastigmina 9,5 TD	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A gestão e administração de toda a medicação do Senhor A estão sob a responsabilidade da sua esposa, a Senhora B. Esta demonstrou conhecimento adequado quanto à administração dos fármacos, bem como à vigilância necessária para garantir o cumprimento do regime terapêutico, assegurando a sua correta utilização e monitorização.

Alopurinol 300mg em Comprimido às 09 horas

O alopurinol é um medicamento da classe dos inibidores da xantina oxidase, utilizado no tratamento da hiperuricemia e na prevenção da gota, bem como em outras condições associadas ao excesso de ácido úrico (Vallerand et al., 2016).

Os efeitos terapêuticos do alopurinol incluem a diminuição dos níveis de ácido úrico no sangue e a prevenção de crises de gota. Apesar da sua eficácia, o alopurinol pode provocar efeitos adversos, como erupções cutâneas, prurido, náuseas, vômitos, diarreia e alterações da função hepática (Vallerand et al., 2016). Deve-se fazer uma monitorização regular dos níveis de ácido úrico no sangue, bem como da função hepática e renal, para detetar possíveis efeitos adversos. É fundamental aconselhar a manutenção de uma hidratação adequada para prevenir a formação de cálculos renais e evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em purinas, como carnes vermelhas e mariscos (Vallerand et al., 2016).

O Senhor A adere ao medicamento sem intercorrências a registar, mantendo valores analíticos de ácido úrico dentro dos parâmetros normais.

Carvedilol 25mg em Comprimido às 09 horas

O carvedilol é um betabloqueador não seletivo com ação adicional de bloqueio dos recetores alfa-1, utilizado no tratamento da hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e angina de peito (Vallerand et al., 2016). O seu efeito terapêutico é o controlo da pressão arterial (anti-hipertensor). Apesar dos seus benefícios, o carvedilol pode causar efeitos adversos, como fadiga, tonturas, hipotensão postural, bradicardia, edema, distúrbios gastrointestinais (náuseas e diarreia) e sensação de extremidades frias (Vallerand et al., 2016). É necessária a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca antes e após a administração, prevenindo episódios de hipotensão e bradicardia. Deve-se também avaliar sinais de insuficiência cardíaca, como edema ou fadiga excessiva. Aconselha-se levantar-se lentamente para evitar tonturas e quedas devido à hipotensão ortostática (Vallerand et al., 2016).

O senhor A adere à medicação sem intercorrências a registar.

Quetiapina 50mg em Comprimido às 16 horas e às 20 horas

A quetiapina é um antipsicótico atípico, utilizado no tratamento da esquizofrenia, do transtorno bipolar e, em alguns casos, da depressão maior resistente. Actua bloqueando os recetores de dopamina (D2) e serotonina (5-HT2A), contribuindo para a regulação dos neurotransmissores no sistema nervoso central, o que ajuda a reduzir sintomas psicóticos, estabilizar o humor e melhorar a qualidade do sono (Vallerand et al., 2016). No caso em estudo, a quetiapina serve para tratar sintomas comportamentais e psicológicos, como agitação, agressividade, delírios, alucinações e distúrbios do sono. Este medicamento é frequentemente escolhido por ter um perfil de efeitos extrapiramidais mais baixo em comparação com outros antipsicóticos, tornando-se uma opção relativamente mais segura. No entanto, pode provocar acidente vascular cerebral (AVC), infeções, sedação excessiva e declínio cognitivo acelerado (Vallerand et al., 2016). É necessária a monitorização dos sinais vitais, especialmente a pressão arterial e a frequência cardíaca, devido ao risco de hipotensão e alterações cardíacas. Deve-se também avaliar a presença de efeitos secundários metabólicos, como aumento de peso e aumento da glicemia (Vallerand et al., 2016).

O Senhor A não apresentou reações adversas. Sendo diabético, manteve os níveis glicémicos controlados e não teve aumento de peso resultante da medicação. Apresenta-se calmo, colaborante, sonolento por períodos, mas facilmente despertável.

Lorazepam 2,5mg em Comprimido às 20 horas e em SOS

O lorazepam, pertencente à classe das benzodiazepinas, é utilizado como terapêutica adjuvante para estabilizar os níveis de ansiedade do cliente e tratar a insónia. No entanto, o seu uso exige uma monitorização rigorosa do estado ansioso, dado o risco de desenvolvimento de

dependência associado a este fármaco. Além disso, é fundamental avaliar os seus efeitos no sistema nervoso central, uma vez que pode induzir sonolência, redução da velocidade psicomotora, tonturas e letargia, aumentando, conseqüentemente, o risco de quedas (Vallerand et al., 2016).

No caso em estudo, este medicamento provoca sonolência, o que serve como adjuvante na insónia inicial que por vezes o Senhor A apresenta.

Memantina 20 mg em Comprimido às 09 horas

A memantina pertence à classe dos antagonistas dos recetores NMDA (N-metil-D-aspartato) e atua regulando a atividade do glutamato, um neurotransmissor envolvido na memória e na aprendizagem. O excesso de glutamato no cérebro pode levar à excitotoxicidade, contribuindo para a degeneração neuronal característica da doença de Alzheimer (Vallerand et al., 2016).

Os seus efeitos terapêuticos incluem a melhoria da função cognitiva, da memória, da capacidade de realização das atividades diárias e do comportamento. Entre os efeitos adversos, podem ocorrer tonturas, cefaleias, confusão, alucinações, fadiga, hipertensão arterial e distúrbios gastrointestinais, como obstipação (Vallerand et al., 2016).

É necessária a monitorização da função cognitiva e do comportamento do doente para avaliar a eficácia do tratamento, bem como a vigilância de possíveis efeitos adversos, especialmente tonturas e alterações da pressão arterial (Vallerand et al., 2016).

Metformina 500 mg em Comprimido às 09 horas e às 20 horas

A metformina pertence à classe dos biguanídeos e tem como principal mecanismo de ação a redução da produção hepática de glicose, o que diminui a quantidade de açúcar no sangue. Além disso, a metformina aumenta a sensibilidade das células à insulina, facilitando a utilização de glicose pelas células, o que também contribui para a normalização dos níveis de glicose (Vallerand et al., 2016).

Em fase inicial, pode causar náuseas, vômitos e diarreia, o que não ocorre no caso em estudo, uma vez que é uma terapêutica de longa duração (Vallerand et al., 2016).

Os valores glicémicos do Senhor A estão controlados.

Pantoprazol 20 mg em Comprimido às 07 horas (jejum)

O pantoprazol é um inibidor da bomba de prótons utilizado principalmente no tratamento de condições associadas ao excesso de ácido gástrico, como úlceras gástricas e duodenais, refluxo

gastroesofágico (DRGE) e síndrome de Zollinger-Ellison (Vallerand et al., 2016).

Atua como inibidor da produção de ácido no estômago, proporcionando alívio dos sintomas associados à acidez excessiva e promovendo a cicatrização das úlceras. Contudo, pode provocar efeitos adversos, como dores de cabeça, diarreia, náuseas, flatulência, constipação e alterações nos níveis de enzimas hepáticas. Em uso prolongado, pode ainda associar-se a deficiências de vitamina B12, hipomagnesemia e risco aumentado de fraturas ósseas (Vallerand et al., 2016).

Por esse motivo, deve vigiar-se alterações gastrointestinais, e fazer acompanhamento de níveis de vitamina B12 e magnésio em terapêuticas de longa duração (Vallerand et al., 2016).

O Senhor A adere ao tratamento com pantoprazol sem intercorrências, sem registo de efeitos adversos significativos até o momento. Valores analíticos dentro dos parâmetros de referencia

Rivastigmina 9,5 mg em selo transdérmico às 09 horas

A rivastigmina é um inibidor da acetilcolinesterase. Atua aumentando a concentração de acetilcolina no cérebro, um neurotransmissor envolvido na memória e nas funções cognitivas, ajudando a melhorar a função cognitiva e a reduzir os sintomas de declínio mental associados a essas condições (Vallerand et al., 2016).

O Senhor A inicialmente estava a tomar rivastigmina na forma oral. Contudo, devido aos efeitos adversos gastrointestinais, como náuseas e vômitos, que surgiram com a forma oral, foi decidido, há cerca de 2 meses, fazer a transição para o uso do selo transdérmico. O selo transdérmico proporciona uma liberação contínua e estável de rivastigmina ao longo do dia, melhorando a adesão ao tratamento, ao reduzir a frequência de administração e minimizar os efeitos adversos (Vallerand et al., 2016).

4.4. Domínios

Início

01-11-2024 09:00

Domínios

Cognição

Fim

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O diagnóstico de "cognição comprometida" está associado a clientes com Demência Alzheimer, uma vez que a deterioração cognitiva é sintoma proeminente da doença (Silva et al., 2020).

A cognição pode ser entendida como o processo psicológico que abrange diversos aspetos, incluindo a memória, a percepção, o pensamento e o raciocínio (ICNP, 2019). Quando a cognição é afetada, ela compromete diversas dimensões da vida do indivíduo, incluindo suas atividades cotidianas, interações sociais, momentos de lazer e, inclusive, a sua capacidade de desempenho no ambiente de trabalho (Sequeira & Sampaio, 2020).

Antes de iniciar qualquer tipo de intervenção na cognição é fundamental avaliar o perfil cognitivo do cliente, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas (Sampaio et al., 2023). No presente estudo, recorreu-se ao instrumento de avaliação MMSE (Anexo XI) para o efeito. Os resultados mostraram uma pontuação de 10 pontos o que permitiu aferir que o cliente apresentava compromisso cognitivo significativo.

No contexto da enfermagem, é essencial que os profissionais desenvolvam intervenções que visem retardar a progressão do comprometimento cognitivo e promover a qualidade de vida dos clientes. Silva et al. (2020) destacam a importância de ações de promoção da saúde e prevenção, enfatizando o papel do enfermeiro tanto no cuidado direto ao portador da Doença de Alzheimer quanto no suporte aos cuidadores.

De acordo com um estudo de Ramos (2020), a EC demonstra ser uma intervenção eficaz para clientes com Demência. A Estimulação Cognitiva é pertinente para manter as funções cognitivas remanescentes e retardar o declínio das mesmas (Magalhães & Cruz, 2023).

Além disso, é crucial que os enfermeiros estejam atentos às necessidades individuais de cada cliente, adaptando as intervenções de acordo com o estágio da doença e as capacidades residuais do cliente (Silva et al., 2020). A implementação de estratégias que envolvam o uso de objetos familiares, imagens e atividades que estimulem a recordação pode ser benéfica para a manutenção das funções cognitivas do cliente (Silva et al., 2020).

De acordo com Meleis (2000), o processo de transição distingue-se pela sua singularidade, diversidade e complexidade, abrangendo múltiplas dimensões que geram significados distintos, influenciados pela percepção de cada cliente. Para Meleis (2000), as transições decorrem de mudanças e conduzem a transformações na vida, na saúde, nos relacionamentos e nos ambientes. Estas mudanças exigem um esforço adaptativo por parte dos clientes, resultando, no final do processo, numa alteração significativa da identidade pessoal.

A consciencialização é um elemento essencial nesta teoria, estando associada à percepção,

compreensão e reconhecimento da experiência de transição (Meleis, 2010). Esta é uma característica central do próprio processo de transição, uma vez que a sua ausência pode indicar que o cliente ainda não iniciou esse percurso (Meleis, 2010). Assim, a transição só ocorre quando há uma consciencialização da mudança, sendo esta inseparável da experimentação, o que reforça a ideia de que o processo de transição implica sempre um confronto com a nova realidade (Meleis, 2010).

Embora a Teoria das Transições de Meleis (2000) permita compreender a importância da consciencialização no processo de mudança, no caso do cliente em estudo, cuja demência de Alzheimer compromete significativamente a sua cognição, essa abordagem torna-se limitada. A perda progressiva das funções cognitivas impede-o de reconhecer e compreender a transição entre saúde e doença, tornando difícil a adaptação consciente às mudanças impostas pela patologia.

Diante dessa realidade, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau revela-se mais adequada, uma vez que enfatiza o papel do enfermeiro na construção de uma relação terapêutica que favoreça o bem-estar do cliente, independentemente da sua capacidade cognitiva (Peplau, 1991).

Peplau (1991) descreve a enfermagem como um processo interpessoal no qual o enfermeiro auxilia o cliente na identificação de necessidades, adaptação às mudanças e desenvolvimento pessoal. No caso do cliente, a progressão da demência compromete a sua autonomia e a sua capacidade de compreender a realidade, tornando essencial que o enfermeiro assuma um papel ativo na comunicação, na gestão emocional e na promoção do conforto (Peplau, 1991).

Assim, mais do que esperar uma consciencialização da transição por parte do cliente, o enfermeiro deve focar-se na criação de um ambiente seguro e terapêutico, minimizando a ansiedade e promovendo interações que favoreçam a sua adaptação, mesmo que de forma inconsciente (Peplau, 1991).

No contexto específico da intervenção descrita nesta pesquisa, pode-se afirmar que a fase de exploração foi a fase de maior relevância. Foi possível estabelecer e fortalecer a relação terapêutica com o cliente, criando um ambiente seguro e acolhedor, no qual as intervenções foram adaptadas às suas necessidades individuais. As estratégias utilizadas focaram-se em promover a continuidade do contacto com a realidade, respeitando as suas limitações cognitivas e, ao mesmo tempo, estimulando as suas capacidades remanescentes.

Dessa forma, a abordagem de enfermagem seguiu os princípios fundamentais das fases de Peplau (1991) com especial ênfase na interação contínua e na promoção do bem-estar do cliente com demência, garantindo que as intervenções fossem sempre personalizadas e ajustadas ao estado do cliente ao longo do processo.

4.5. Concessão de Cuidados

Cognição

01-11-2024 09:00

01-11-2024 09:00 - Cognição Comprometida

01-11-2024 09:00 - Score MMSE: 10 pontos (4^o classe)

01-11-2024 09:00 - Apresenta memória comprometida, tendo dificuldade em recordar-se de eventos recentes e passados; Desorientado no tempo e espaço; Dificuldade em enumerar com sequência lógica atividades que desenvolveu desde que acordou; Apresenta dificuldade em se manter atento;

01-11-2024 09:00 - Diagnóstico : Demência de Alzheimer

01-11-2024 09:00 - Cognição Comprometida

01-11-2024 09:00 - Estimular Cognição

01-11-2024 09:00 - Executar Estimulação Cognitiva

01-11-2024 09:00 - Determinar Evolução da Cognição

01-11-2024 09:00 - Avaliar Evolução da Cognição

03-02-2025 10:00

03-02-2025 10:00 - Cognição Comprometida

03-02-2025 10:00 - Score MMSE: 12 pontos (4^o classe)

03-02-2025 10:00 - Apresenta atenção prejudicada; Apresenta-se desorientado no tempo e espaço; Incapaz de descrever as atividades realizadas nesse dia desde o momento em que acordou até ao momento presente;

03-02-2025 10:00 - Diagnóstico: Demência de Alzheimer

4.6. Especificação das intervenções

Executar Estimulação Cognitiva

- Planeamento sessões EC (Anexo X)
- 5330 Aplicar linguagem simples e concreta (Bulechek et al., 2016)
- Sessão 1 e 5 EC Orientação e Memória : 4720 Orientar no Tempo, Espaço e Pessoa (Bulechek et al., 2016); Aplicar técnica de terapia por reminiscência (Sequeira e Sampaio, 2020); 4720 Informar o Cliente de Notícias sobre Eventos Recentes não Ameaçadores (Bulechek et al., 2016); Aplicar técnica de Orientação para a Realidade (Sequeira e Sampaio, 2020); 4720 Colocar Objetos Familiares e Fotografias no Ambiente do Cliente (Bulechek et al., 2016)
- Sessão 2 e 6 EC Linguagem e Nomeação : 4720 Fornecer orientações verbais e por escrito ao cliente (Bulechek et al., 2016); 4720 Pedir ao cliente que repita a informação (Bulechek et al., 2016);
- Sessão 3 e 7 EC Cálculo

- Sessão 4 e 8 EC Atenção
- 4720 Possibilitar momentos de descanso (Bulechek et al., 2016)

Avaliar Evolução da Cognição

- Aplicação do Instrumento de Avaliação MMSE (Anexo XI)

4.7. Síntese relativa ao caso

A identificação de comprometimento cognitivo no cliente alvo de intervenção, evidenciada pelos dados recolhidos durante a entrevista clínica (Anexo VIII), pelo diagnóstico médico e pela aplicação do instrumento de avaliação MMSE, sustentou a pertinência da implementação de uma intervenção centrada na cognição.

O MMSE foi aplicado para avaliar o nível geral de função cognitiva (Anexo IX), com especial atenção nas áreas de memória, orientação, atenção e habilidades visuo-espaciais, as quais são frequentemente afetadas em clientes com demência (Folstein et al., 1975). De acordo com os resultados obtidos o cliente apresentou dificuldades significativas em todas as áreas avaliadas, sugerindo um comprometimento cognitivo global, que é característico de estado de declínio cognitivo, frequentemente observado em doenças neurodegenerativas, como a Doença de Alzheimer (Alzheimer's Association, 2020).

Deste modo, foi possível concluir que a cognição do cliente se encontra comprometida, com uma perda generalizada das funções cognitivas. Face a este resultado, considerou-se pertinente a implementação da intervenção psicoterapêutica de EC. Foram planeadas oito sessões individuais, cada uma com a duração aproximada de 50 minutos, nas quais foram trabalhadas áreas cognitivas previamente identificadas como deficitárias (Anexo X). Ao longo das sessões, duas dessas áreas foram abordadas em mais do que uma ocasião, embora com exercícios distintos, de forma a reforçar a estimulação dessas competências específicas.

Durante o decorrer da intervenção, o cliente demonstrou interesse e motivação na realização dos exercícios propostos, evidenciando envolvimento ativo no processo. No entanto, após a conclusão das oito sessões, verificou-se apenas uma melhoria ligeira no desempenho cognitivo. Para avaliar a evolução, foi novamente aplicado o MMSE (Anexo XI), cuja pontuação apresentou uma diferença mínima face à avaliação inicial, sugerindo um impacto reduzido da intervenção no curto prazo.

Por fim, foi aplicado um questionário de satisfação, adaptado às necessidades do cliente e elaborado pela autora, com o intuito de recolher feedback relativamente à intervenção realizada (Anexo XII).

Embora o procedimento preveja a avaliação da necessidade de incluir o familiar de referência

num eventual treino de psicoeducação, tal necessidade não se revelou evidente no presente caso, tendo sido considerada desnecessária a sua inclusão nesta fase. Ainda assim, a melhoria modesta observada leva a refletir sobre a pertinência de aumentar o número de sessões, de modo a potenciar os benefícios da intervenção. Esta possibilidade foi discutida com a enfermeira tutora, que poderá dar continuidade ao trabalho desenvolvido. Recomenda-se, igualmente, a realização de uma reavaliação dentro de aproximadamente três meses, com o objetivo de aferir uma eventual evolução cognitiva a médio prazo, conforme previsto no procedimento adotado.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No campo da saúde, a competência envolve diversas dimensões interligadas, onde os conhecimentos se complementam e enriquecem mutuamente. Pode-se afirmar que se trata de um saber agir, que requer a capacidade de mobilizar habilidades e conhecimentos (Phaneuf, 2005). Deste modo, este capítulo tem como propósito analisar o processo de aquisição de competências, abordando tanto as competências específicas do EEESMP quanto as competências comuns, por meio da reflexão sobre os conhecimentos adquiridos.

Perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O EEESMP deve desenvolver não apenas competências específicas na área da saúde mental, mas também competências comuns do Enfermeiro Especialista. Essas competências transversais dos Enfermeiros Especialistas estão organizadas por domínios específicos, nomeadamente: “a) responsabilidade profissional, ética e legal, b) melhoria contínua da qualidade, c) gestão de cuidados e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No âmbito do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deve : “A1 - 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”; “A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Este domínio destaca a relevância de uma prática profissional ética, responsável e em consonância com a legislação aplicável na área de especialidade, promovendo decisões fundamentadas em princípios deontológicos e na avaliação contínua das melhores práticas e necessidades do cliente (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O Código Deontológico, no artigo 99.º, estabelece um conjunto de princípios gerais que orientam a prática profissional, sublinhando que todas as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a máxima

consideração pela liberdade e dignidade tanto dos clientes como dos próprios enfermeiros (Lei nº 156/2015, 2015). Estes princípios fundamentais garantem que a atuação dos profissionais de saúde seja pautada por elevados padrões éticos, respeitando a autonomia e os direitos dos clientes, independentemente da sua condição ou contexto (Lei n.º 156/2015, 2015).

De acordo com o artigo 102.º do Código Deontológico, é dever do enfermeiro tratar todas as pessoas com equidade, sem discriminação com base em fatores como classe social, etnia, religião ou ideologia (Lei nº 156/2015, 2015). O enfermeiro deve, ainda, respeitar as escolhas pessoais dos clientes, evitando impor os seus próprios valores e criando um ambiente seguro e respeitador das opções políticas, culturais, morais e religiosas dos indivíduos, promovendo, assim, a proteção dos direitos humanos dos clientes internados (Lei nº 156/2015, 2015).

O Enfermeiro Especialista depara-se, frequentemente, com a necessidade de tomar decisões complexas, muitas vezes envoltas em incertezas e desafios. No exercício da responsabilidade profissional, ética e legal, a abordagem de dilemas exige uma atuação fundamentada em princípios éticos e deontológicos, assegurando simultaneamente o cumprimento das normas legais e a proteção dos direitos humanos (Lei n.º 156/2015, 2015; Regulamento n.º 140/2019, 2019). O enfermeiro deve evitar qualquer forma de discriminação social, política, étnica, ideológica ou religiosa, garantindo a proteção dos direitos individuais, conforme o artigo 102.º do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, 2015).

Os valores universais estabelecidos no Código Deontológico incluem igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aprimoramento contínuo. Os princípios orientadores são a responsabilidade social, o respeito pelos direitos humanos e a busca pela excelência profissional (Lei nº 156/2015, 2015). O percurso formativo desenvolvido teve em consideração as questões éticas e deontológicas, com destaque para os valores humanos, o dever de informação e o respeito pelo sigilo (DGS, 2014).

Durante o estágio na área Forense, verificou-se a oportunidade de estabelecer contacto com clientes cujos comportamentos, em virtude das suas condições de saúde mental, foram socialmente reprováveis. Esses comportamentos, muitas vezes considerados inaceitáveis pela sociedade, estavam diretamente relacionados com condições psiquiátricas específicas, que influenciavam as suas ações e interações. Mesmo diante destas situações desafiadoras, o compromisso manteve-se sempre no tratamento de cada cliente com o máximo respeito pela sua dignidade humana, independentemente da gravidade dos seus atos.

Tornou-se crucial compreender como a aplicação da Lei de Saúde Mental e as normas de proteção dos direitos humanos orientam as intervenções de enfermagem, especialmente em situações que envolvem a liberdade do cliente ou em casos em que são necessárias intervenções restritivas. Um aspeto relevante a ser considerado são as alterações introduzidas na Lei de Saúde Mental em 2023, que modificaram a possibilidade de prorrogação indefinida das medidas de segurança aplicadas aos inimputáveis. Estas mudanças visam equilibrar a proteção

da segurança pública com o respeito pelos direitos fundamentais dos clientes, apresentando um desafio para os profissionais de enfermagem na definição de estratégias de cuidado adequadas e éticas (Lei n.º 35/2023, 2023).

Durante os estágios, as intervenções foram implementadas com o devido consentimento informado e esclarecido, sendo os clientes devidamente informados sobre os objetivos das mesmas, assegurando assim o cumprimento do princípio da autonomia (Anexo XVI), um dos princípios fundamentais (Beauchamp & Childress, 2001).

Domínio da Melhoria contínua da qualidade

O segundo domínio, das competências comuns dos enfermeiros especialistas, diz respeito à melhoria contínua da qualidade, que se relaciona com os cuidados de saúde eficazes e seguros. Neste sentido, o enfermeiro especialista deve: "B1) Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;" "B2) Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;" "B3) Garantir um ambiente terapêutico e seguro." (Regulamento nº 140, 2019, p.4747).

No contexto deste domínio destaca-se a familiarização com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021) que visa melhorar a segurança dos clientes em todos os níveis do sistema de saúde, tendo em consideração as especificidades e desafios inerentes a cada contexto de cuidados de saúde. O objetivo central do plano é a promoção de cuidados seguros e de qualidade, com um enfoque na prevenção de danos ao cliente, no desenvolvimento de práticas seguras em ambientes complexos de cuidado e na comunicação eficaz entre profissionais de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Relativamente a este último objetivo central do plano referido, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, destaca-se que, de acordo com Makary e Daniel (2016) a comunicação entre as equipas de saúde é crucial para a prestação de cuidados de qualidade e para a segurança dos doentes. A falha na comunicação é uma das principais causas de eventos adversos nos cuidados de saúde, sendo responsável por muitos erros de diagnóstico, tratamentos inadequados e falhas na administração de medicamentos (Despacho nº 9390/2021, 2021).

Para melhorar a comunicação, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes propõe a implementação de sistemas estruturados de comunicação, como protocolos de passagem de informações durante as transições de cuidado, seja entre turnos ou entre diferentes unidades de saúde, e incentiva o uso de sistemas informáticos de gestão de dados clínicos, que permitem a partilha de informações de forma segura e eficiente, com um impacto direto na redução de falhas de comunicação e no aumento da segurança do cliente (Despacho nº 9390/2021, 2021).

A mnemónica ISBAR (I - Identificação, S - Situação atual, B - Antecedentes, A - Avaliação e R - Recomendações) é uma ferramenta estruturada que facilita a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (DGS, 2017). Esta metodologia é amplamente recomendada por várias organizações de saúde internacionais por ser útil para garantir uma comunicação clara, concisa e eficaz (DGS, 2017).

A DGS (2017) sublinha a importância de aplicar esta técnica em todos os níveis de prestação de cuidados, destacando o seu papel na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde.

Durante a prática clínica, no contexto de respostas diferenciadas, procurou-se recorrer à técnica ISBAR para a passagem de turno, divulgando-se na equipa, de forma informal, a presente técnica promotora de qualidade de cuidados. Em ambos os contextos de estágio, a plataforma SClinico foi utilizada para registar as informações de enfermagem. Esta plataforma é utilizada por toda a equipa multidisciplinar, sendo que cada profissional tem um acesso diferenciado conforme a sua função.

A prática fundamentada em evidência, com recurso a pesquisa de investigação em bases de dados revistos por pares, foram incorporados na prática clínica. Este processo foi essencial para reforçar a qualidade das intervenções, sustentada numa tomada de decisão informada pelas melhores evidências disponíveis, assegurando, assim, a implementação segura e eficaz das ações previstas.

Domínio da Gestão dos Cuidados

O terceiro domínio das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas refere-se à gestão de cuidados, nomeadamente: "C1) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;" "C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, a adaptação dos recursos às necessidades dos cuidados exige a adoção de um estilo de liderança ajustado ao contexto, contribuindo assim para a promoção da qualidade e segurança da prestação de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Quando integrados em equipas multidisciplinares, os Enfermeiros Especialistas constituem um recurso fundamental, participando ativamente na tomada de decisões complexas, graças à sua experiência e ao conhecimento aprofundado sobre as respostas humanas ao processo de adoecer (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No âmbito da sua atuação, o Enfermeiro Especialista gere os recursos disponíveis de forma a adequá-los às necessidades de cuidados, garantindo a qualidade da assistência prestada (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Na tomada de decisões relacionadas com os cuidados de saúde, que envolvem múltiplos intervenientes, o enfermeiro deve atuar em

articulação e complementaridade, respeitando os limites das competências de cada profissional (Decreto-Lei n.º 161/1996, 1996; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao tomar decisões relacionadas com os cuidados de saúde que envolvem diversos profissionais, o enfermeiro deve respeitar os limites das competências de cada um, colaborando de forma articulada e complementar (Decreto-Lei n.º 161/1996, 1996; Regulamento n.º 140/2019, 2019). Durante o estágio na unidade de internamento de Psiquiatria Forense, houve a oportunidade de assistir a uma reunião com o departamento jurídico, realizada num gabinete de internamento, onde, em conjunto com a equipa multidisciplinar de saúde, foram debatidos casos de clientes. Este momento permitiu uma compreensão mais aprofundada da articulação entre as áreas da saúde e da justiça na gestão dos casos, destacando a importância da colaboração interprofissional na tomada de decisões.

O Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) destaca a relevância de uma prática forense baseada na colaboração entre peritos de diferentes áreas, permitindo uma atuação mais precisa e informada na interface entre a saúde e a justiça (INMLCF, 2022). Para além da articulação interinstitucional, a segurança dos dados dos clientes e o cumprimento da legislação relativa à proteção da informação sensível são aspetos fundamentais neste contexto, conforme estipulado pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que regula a proteção de dados pessoais (Lei n.º 58/2019, 2019).

O estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) proporcionou uma visão aprofundada da articulação entre a equipa de saúde e as administrações escolares, destacando a importância do ambiente escolar como um espaço privilegiado para a promoção da saúde. Para Carvalho et al. (2017) o contexto escolar é fundamental para a implementação de estratégias de prevenção e educação para a saúde, pois a escola é o ambiente onde os jovens passam grande parte do seu tempo. Os mesmos autores argumentam que a escola oferece uma oportunidade única para a implementação de intervenções educativas que visem melhorar o bem-estar das crianças e jovens, devido ao seu papel de formação não apenas académica, mas também social e emocional (Carvalho et al., 2017).

A atuação dos cuidados de saúde primária tem um papel central na prevenção de doenças mentais, conforme argumentado por Sequeira e Sampaio (2020), que afirmam que os cuidados de saúde primários devem agir como promotores da saúde mental ao longo do ciclo de vida.

A implementação de estratégias de promoção da saúde nas escolas, com base nas diretrizes do Referencial de Educação para a Saúde possibilita o desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos alunos, essenciais para a promoção de hábitos de vida saudáveis (Carvalho et al., 2017).

Neste contexto, o estágio na UCC evidenciou a relevância da parceria entre a saúde e a educação para a promoção da saúde mental. A interação contínua entre os profissionais de

saúde e os educadores garante que as intervenções sejam adaptadas às necessidades específicas de cada aluno e à realidade da escola. Como destacam Carvalho et al. (2017), essa colaboração entre saúde e educação fortalece as redes de suporte para os estudantes e facilita a implementação de políticas e práticas que promovem o bem-estar mental e emocional. O modelo de trabalho colaborativo tem mostrado ser uma abordagem eficaz na promoção de ambientes escolares saudáveis e na prevenção de doenças mentais, contribuindo para o bem-estar geral dos alunos e para o desenvolvimento de uma geração mais saudável e resiliente.

Domínio do aperfeiçoamento das aprendizagens profissionais

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, o desenvolvimento contínuo, tanto a nível pessoal como profissional, é essencial para assegurar uma prática clínica sustentada por conhecimentos atualizados e por competências interpessoais bem desenvolvidas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Dentro do âmbito dessas competências, destacam-se a assertividade e o autoconhecimento como fatores determinantes para a qualidade da intervenção em enfermagem.

A assertividade assume um papel central na comunicação profissional, permitindo ao enfermeiro expressar as suas opiniões e tomar decisões de forma clara e respeitosa, mesmo em contextos complexos ou de elevada pressão (Townsend, 2011). O autoconhecimento, por sua vez, é entendido como um processo contínuo, que nunca se encontra completamente concluído. Este é facilitado por estratégias como a autorreflexão, a tomada de consciência e o feedback de outros (Phaneuf, 2005).

Durante o estágio, estas competências foram desenvolvidas através de momentos de reflexão conjunta com os enfermeiros tutores, nos quais foram analisados desafios, conquistas e oportunidades de melhoria. Esse exercício reflexivo contribuiu significativamente para uma melhor compreensão sobre o impacto da própria atuação na relação terapêutica, que se caracteriza por um desenvolvimento mútuo, resultante da interação interpessoal entre as partes envolvidas (Peplau, 1988).

Além disso, a experiência de estágio possibilitou um aprofundamento no domínio da promoção e prevenção da saúde mental, com especial foco na psicoeducação e em estratégias de intervenção preventiva. Destacam-se, neste contexto, a realização de duas sessões sobre a prevenção da adição às tecnologias, dirigidas a alunos do ensino secundário, bem como o desenvolvimento de oito sessões de EC para um cliente com comprometimento cognitivo devido ao diagnóstico de Demência de Alzheimer. A aplicação de técnicas de EM também foi fundamental, uma vez que reforçou a motivação do cliente para manter a abstinência, promovendo a sua autonomia no processo de manutenção do comportamento saudável.

Todas as atividades foram planeadas com base em uma fundamentação teórica robusta,

sustentada por pesquisa bibliográfica, e avaliadas quanto à sua eficácia e impacto. Esse processo reflexivo permitiu aprimorar as intervenções, assegurando que estas estivessem alinhadas com as melhores práticas em saúde mental.

No decorrer do estágio, a participação no II Congresso de Saúde Mental constituiu uma oportunidade valiosa para consolidar conhecimentos e reforçar o compromisso com a prática baseada na evidência. Durante o evento, foram debatidos temas inovadores e relevantes para a prestação de cuidados em saúde mental, o que possibilitou uma atualização científica essencial para a prática clínica especializada.

Adicionalmente, foi desenvolvida, em coautoria, uma comunicação em formato de póster, intitulada "Abuso de Substâncias em Jovens Adultos: Desafios e Perspetivas", que esteve em exposição durante o congresso (Anexo XVII). Esta experiência não só facilitou a partilha de conhecimento, mas também promoveu o contacto com diferentes perspetivas e abordagens clínicas, contribuindo para o desenvolvimento académico e profissional. Assim, reforçou-se a importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da adoção de práticas baseadas em evidência (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A participação em eventos científicos e a atualização constante do conhecimento são elementos essenciais para o Enfermeiro Especialista, permitindo-lhe contribuir para a evolução da prática clínica e para a implementação de estratégias inovadoras no contexto da saúde mental.

No contexto do estágio na área Forense, foi identificada uma deficiência na implementação de intervenções psicoterapêuticas por parte da equipa de enfermagem aos clientes internados. Em resposta a esta lacuna, e após a aplicação das sessões de Entrevista Motivacional, foi elaborado, em coautoria, um fluxograma de prevenção de recaídas, (Anexo XV) que foi integrado no serviço como uma ferramenta para apoiar o trabalho da equipa de enfermagem.

Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

O perfil de Competências Específicas do EEESMP vem descrito no Regulamento nº 515 de 2018. O mesmo regulamento, afirma que o EEESMP "compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais" (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21427).

É responsabilidade do EEESMP identificar, de forma sistemática e contínua, as necessidades

individuais dos utentes, utilizando ferramentas de avaliação que permitam diagnosticar perturbações mentais, analisar fatores de risco e monitorizar padrões comportamentais (OE, 2021).

O EEESMP intervém nos três níveis de prevenção, como a promoção da saúde mental, identificação precoce de problemas e na atuação sobre respostas humanas inadequadas ou desajustadas. Além disso, foca-se nos processos de transição que podem desencadear sofrimento, alterações ou perturbações de saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

De acordo com o que vem descrito no Regulamento, são Competências Específicas do EEESMP :

“F1 - “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; F3 - 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; F4 - 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”.

(Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427)

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal é um foco central na prática de enfermagem em Saúde Mental, uma vez que interfere diretamente na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica eficaz (Regulamento n.º 515/2018, 2018). O autoconhecimento do enfermeiro, tanto no que diz respeito aos seus próprios sentimentos, emoções e valores, como à sua postura perante os outros, é um fator que pode influenciar significativamente o processo terapêutico (Peplau, 1991). O fortalecimento do autoconhecimento contribui para compreender a relevância do EEESMP como ferramenta terapêutica na prática profissional, facilitando a construção de relações terapêuticas de confiança com o utente (Coelho et al., 2021). Ao estar consciente de si mesmo, o enfermeiro é capaz de manter uma abordagem equilibrada, evitando que os seus próprios sentimentos ou experiências pessoais prejudiquem a relação com o cliente (Haboba, 2022).

De acordo com Marraffa e Meini (2024), o autoconhecimento consiste numa compreensão profunda que o indivíduo tem de si próprio, incluindo a consciência dos seus pensamentos,

emoções, motivações, valores e comportamentos, envolvendo a reflexão sobre as próprias experiências e o reconhecimento dos padrões de pensamento e ação. A autoanálise, aliada à consciencialização das diferentes dimensões da personalidade, e o feedback dos outros, permitem uma melhor compreensão de quem somos (Phaneuf, 2005). Com o conhecimento das suas características pessoais, o EEESMP pode conectar-se de forma mais eficaz com o outro, oferecendo uma abordagem mais sensível e compreensiva em relação às questões emocionais, culturais e de autocuidado do cliente (Haboba, 2022).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental:

“A pessoa é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que, na área dos cuidados de saúde mental, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados que, no momento, vão contra o seu desejo. Estas particularidades afetam a natureza da relação enfermeiro-cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objeto de reflexão” (Regulamento n.º 356/2015, 2015, p. 17035).

Na Enfermagem de Saúde Mental, a relação terapêutica é um dos pilares do cuidado, uma vez que a recuperação emocional do cliente depende de vínculos interpessoais significativos (Chalifour, 2008). A confiança mútua é fundamental para o sucesso terapêutico, pois é somente quando o cliente se sente seguro e compreendido que ele se abre à possibilidade de mudança (Chalifour, 2008).

Portanto, o EEESMP deve ser capaz de reconhecer e gerir as suas próprias emoções, sentimentos e valores, garantindo uma prática reflexiva e ética. Este processo de autoconsciência permite-lhe manter uma abordagem equilibrada, considerando tanto a interação com o cliente quanto com a equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Peplau (1991) descreve a relação terapêutica como uma interação interpessoal que visa o crescimento e a recuperação do cliente. Este processo envolve a criação de um ambiente seguro, onde o cliente possa explorar os seus sentimentos, compreender a sua condição e tomar decisões que favoreçam a sua recuperação. Nesse contexto, o EEESMP deve ser capaz de gerir as dinâmicas de transferência e contratransferência, evitando que as suas próprias emoções e experiências pessoais interfiram no processo terapêutico (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

A transferência refere-se às expectativas, crenças e reações emocionais que os clientes projetam na relação com os profissionais de saúde. Por outro lado, a contratransferência diz respeito às respostas emocionais dos profissionais face aos estímulos dos clientes, influenciando inconscientemente os seus sentimentos e podendo comprometer a construção de uma relação terapêutica eficaz (Molina & Fabrian, 2014).

No estágio de cuidados na comunidade, as interações com os utentes ocorreram em ambientes mais naturais e menos restritivos, aproximando-se da sua rotina diária. Esta proximidade mostrou ser essencial para a construção de uma relação de confiança mútua e para o desenvolvimento de relações interpessoais de qualidade. A estratégia central baseou-se na escuta ativa e acolhimento, criando um ambiente seguro onde os clientes se sentiram confortáveis para partilhar as suas preocupações e experiências.

O diálogo empático, que integrou a escuta atenta com a partilha de informações sobre o tratamento e a gestão das condições de saúde mental, foi essencial para estabelecer uma relação sólida de confiança, permitindo aos clientes sentir-se mais seguros e motivados a aderir ao plano terapêutico. Nas primeiras visitas domiciliárias, foram sentidas dificuldades em estabelecer uma ligação imediata com os clientes, principalmente devido ao facto de ser uma presença externa no seu ambiente familiar. A diferença de contexto, em comparação com o ambiente hospitalar representou uma barreira que teve de ser ultrapassada. No hospital, existe um espaço dedicado para a interação com o cliente, sem interrupções nem distrações, o que facilitava a comunicação. Este contraste com o ambiente familiar dos clientes na comunidade foi um desafio inicial.

Durante a intervenção escolar, surgiram sentimentos de apreensão, especialmente ao lidar com adolescentes, devido à exposição pública. No entanto, com o apoio da enfermeira tutora, foi possível refletir sobre essas dificuldades, identificar preconceitos e ajustar a abordagem, tornando a intervenção mais eficaz e promovendo uma maior confiança na relação com os adolescentes.

A aplicação das teorias de Hildegard Peplau sobre as relações interpessoais foi essencial para orientar este processo. Peplau destaca a importância da comunicação terapêutica, da escuta ativa e da criação de um relacionamento de confiança, elementos fundamentais para a construção de um vínculo eficaz entre o enfermeiro e o cliente (Peplau, 1991). A autora defende que a relação enfermeiro-cliente deve ser construída de forma gradual, sendo o enfermeiro flexível e empático, ajustando a sua abordagem às necessidades do cliente (Peplau, 1991).

No estágio de internamento em Psiquiatria Forense, devido à natureza dos clientes, muitos dos quais apresentavam comportamentos de risco, adições ou perturbações graves, as estratégias relacionais não se centraram exclusivamente na empatia, mas também na criação de limites claros e consistentes (Peplau, 1991).

No início deste estágio, foi sentida alguma tensão, especialmente ao lidar com reações emocionais intensas e comportamentos imprevisíveis. Essa situação motivou a adoção de uma postura cautelosa em relação às respostas emocionais, de modo a evitar que as próprias reações interferissem nas intervenções profissionais. Percebeu-se que o conhecimento prévio sobre o crime relacionado com determinado cliente influenciava a forma como o percebia. Nesse sentido, foi necessário adotar estratégias para não sobrevalorizar o crime em si, mas

olhar para o cliente como alguém cuja ação não refletia uma verdadeira noção dos seus atos, sendo esses impulsionados pela sua condição de saúde. Em conversas com os enfermeiros tutores, foi discutida a importância de manter uma postura ética, sem que os sentimentos pessoais ou preconceitos influenciassem o cuidado prestado. A supervisão e a reflexão contínua foram cruciais para ajudar a perceber quando as próprias emoções estavam a ser ativadas pela situação, permitindo ajustar a nossa postura e manter uma abordagem empática e profissional. Optou-se por adotar uma comunicação clara e assertiva, reconhecendo simultaneamente que cada cliente tem um contexto único e que o estabelecimento de limites é uma forma de respeitar o seu espaço e autonomia dentro dos cuidados de saúde mental.

Foi utilizada a análise SWOT (Strengths - Forças, Weaknesses - Fraquezas, Opportunities - Oportunidades, Threats - Ameaças) como uma metodologia estruturada e objetiva para realizar a autoavaliação e monitorização do processo reflexivo e de introspeção. Ao longo dos estágios, tornou-se evidente que, ao reconhecer as nossas próprias perceções e emoções, nos tornamos mais preparados para aceitar as reações dos outros e modificar as nossas próprias experiências e sentimentos (Rogers, 2009).

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

O papel do EEESMP vai além do tratamento de patologias psiquiátricas, centrando-se na promoção da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida dos clientes, das suas famílias e da sociedade em geral (Regulamento n.º 515/2018, 2018). A sua atuação assenta num modelo de cuidado holístico e integrador, permitindo a identificação precoce de fatores de risco e a implementação de intervenções ajustadas às especificidades do ciclo de vida e às dinâmicas familiares, grupais e comunitárias (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) sublinha que a promoção da saúde mental deve considerar múltiplos determinantes, incluindo o ambiente, as condições de vida, os fatores socioeconómicos e as relações familiares. Perlick et al. (2020) destacam que intervenções que integrem apoio familiar e comunitário demonstram melhores resultados na recuperação e inclusão social dos clientes com problemas de saúde mental. Paralelamente, Chenoweth et al. (2019) defende uma abordagem centrada na pessoa, que não se limita ao tratamento da doença mental, mas que valoriza o contexto emocional, familiar e social de cada cliente.

Durante os estágios, constatou-se a importância de uma avaliação abrangente das capacidades internas do cliente e dos recursos externos disponíveis para manter ou recuperar a saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018). As características individuais, como a resiliência e a motivação, revelaram-se essenciais para a definição de planos de cuidados eficazes, tanto a curto como a longo prazo (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Paralelamente, compreendeu-se a

relevância de explorar e potenciar recursos externos, nomeadamente o apoio familiar, os serviços comunitários e as redes de saúde mental, elementos fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e o bem-estar do cliente. Houve ainda a oportunidade de coordenar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental, assim como de prevenção de perturbações mentais na comunidade e em grupos (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

No âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), foi possível desenvolver uma sessão de educação para a saúde, integrada no programa de saúde escolar, numa escola da área de intervenção da UCC. No início de cada ano letivo, as escolas reúnem-se com a equipa da UCC para identificar e propor temas pertinentes, em função das necessidades da comunidade escolar. Em articulação com a enfermeira tutora, foi identificado um tema relevante e alinhado com a área de estudo, tendo sido sugerida a coordenação da intervenção, uma vez que estava relacionada com comportamentos aditivos. Embora não se tratasse de adições a substâncias, considerou-se que a temática era pertinente e ajustada ao público-alvo.

Foi, assim, planeada e implementada uma sessão sobre a prevenção da adição às tecnologias, dirigida a duas turmas do ensino secundário (Anexo XIV). Esta intervenção constituiu uma experiência enriquecedora, que contribuiu para o desenvolvimento de competências enquanto EEESMP, permitindo atuar preventivamente no âmbito dos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, no seguimento do diálogo com a enfermeira tutora, identificou-se a necessidade de elaborar um folheto informativo sobre a intervenção psicoterapêutica de EC (Anexo XIII). O principal objetivo deste material foi aumentar a literacia em saúde da população abrangida pela UCC, uniformizando a informação transmitida pela equipa e, dessa forma, promovendo a adoção de boas práticas assistenciais.

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

Os cuidados prestados ao longo do ciclo de vida devem assentar em evidência científica, focando-se na promoção da saúde mental, na prevenção de complicações, na minimização de riscos futuros e na melhoria da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida do cliente (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Para assegurar uma intervenção eficaz, torna-se essencial a identificação das necessidades e problemáticas específicas do cliente, da família, dos cuidadores, dos grupos e da comunidade (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Neste contexto, a avaliação diagnóstica e a recolha de dados constituíram a base do processo de enfermagem, permitindo a formulação de diagnósticos em saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018). O planeamento de intervenções fundamentadas nesses diagnósticos, a sua implementação e a posterior avaliação dos resultados revelaram-se determinantes para alcançar ganhos efetivos em saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Estas etapas foram aplicadas na formulação dos diagnósticos de enfermagem em saúde mental, bem como na implementação do modelo de intervenção psicoterapêutica proposto por Sampaio et al. (2018), tanto no contexto de internamento em respostas diferenciadas como na prática comunitária.

O desenvolvimento desta competência exigiu o aperfeiçoamento das habilidades de comunicação e das técnicas de entrevista. De acordo com Chalifour (2008), deve ser criado um ambiente favorável, e o enfermeiro deve estar atento aos sinais não-verbais que acompanham a mensagem verbal. Durante os estágios, foram utilizadas estratégias de comunicação terapêutica que facilitaram a expressão emocional, promoveram a compreensão das motivações comportamentais, desencorajaram posturas defensivas e fortaleceram a relação de confiança (Townsend, 2011).

Segundo Sequeira (2016), a entrevista clínica deve ser planeada, tendo como objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada no conhecimento e no respeito mútuo entre o profissional e o cliente. Além disso, constitui um momento essencial para a recolha de informação que permite uma avaliação precisa do estado de saúde do cliente (Sequeira, 2016). Para garantir a sua eficácia, deve decorrer num ambiente seguro e acolhedor, onde o cliente se sinta confortável, livre de distrações e com a privacidade assegurada (Sequeira, 2016).

A realização das entrevistas clínicas efetuadas no decorrer dos estágios, permitiu a recolha de dados estruturados e consistentes, englobando não apenas o historial do cliente, mas também o seu contexto familiar e social. Esta abordagem mostrou ser essencial para os dois estudos de caso apresentados neste relatório, nos quais se refletiu a aplicabilidade dos conceitos teóricos à prática clínica.

A elaboração desses estudos de caso contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental. Através de intervenções autónomas e interdependentes, foi possível compreender a história de vida dos clientes nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual, permitindo uma identificação precisa das suas necessidades e a recolha de informação essencial para a tomada de decisão clínica (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Os planos de cuidados foram desenvolvidos de forma a serem personalizados, levando em consideração tanto as necessidades quanto as preferências do cliente. Essa abordagem garantiu a sua participação ativa em todas as etapas do processo, assegurando que os cuidados prestados fossem efetivamente centrados no utente. As intervenções de enfermagem foram formuladas como respostas específicas aos diagnósticos de enfermagem identificados, com o objetivo de alcançar resultados claros e mensuráveis, sempre respeitando as capacidades e os recursos disponíveis para cada cliente.

A relação terapêutica estabelecida ao longo dos estágios baseou-se na colaboração e partilha,

possibilitando a monitorização contínua da segurança do cliente e a identificação precoce de alterações no seu estado de saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Paralelamente, o envolvimento em projetos comunitários viabilizou a conceção e implementação de estratégias promotoras da saúde mental, incluindo ações de sensibilização sobre a prevenção da adição às tecnologias e a criação de materiais educativos sobre estimulação cognitiva (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

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.

O EEESMP implementa as intervenções que identificou no plano de cuidados e mobiliza os cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Possui capacidades para aplicar estratégias como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (Regulamento 515/2018, 2018, p. 21430).

Ao refletir sobre todo o percurso realizado e as competências previamente descritas e analisadas, esta foi uma das áreas onde se verificou um maior crescimento, tornando-se um dos pontos fortes na prestação de cuidados em saúde mental. A aplicação destes intervenções/cuidados possibilitou o estabelecimento de relações de confiança e de aliança terapêutica com os clientes, ao mesmo tempo que contribuiu para o aumento do seu insight sobre as dificuldades vivenciadas, capacitando-os a identificar e explorar novas estratégias para a resolução dos seus problemas.

A intervenção psicoterapêutica consiste na execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, e tem como objetivo assistir o cliente na modificação de comportamentos, cognições e emoções (Sampaio et al., 2023). As intervenções não se limitaram a apoiar a reabilitação psicossocial dos clientes, mas também desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde mental (Sampaio et al., 2023). Durante o estágio, as intervenções psicoterapêuticas foram implementadas com base na criação de uma aliança terapêutica sólida, sustentada por valores essenciais como confiança e empatia (Sampaio et al., 2023). Estes elementos foram determinantes para promover a identificação de novas abordagens na resolução de problemas por parte dos utentes com doença mental (Sampaio et al., 2023).

No âmbito da intervenção desenvolvida na UCC, foram implementadas ações de educação para a saúde, dirigidas aos clientes e às suas famílias, com especial foco nos efeitos adversos dos medicamentos e nas diferentes opções terapêuticas disponíveis. Esta abordagem educativa teve como finalidade o reforço da literacia em saúde, promovendo uma melhor compreensão do regime terapêutico e uma adesão mais eficaz ao mesmo. A construção de uma relação terapêutica sólida permitiu que os clientes manifestassem livremente as suas perceções e

dúvidas relativamente à medicação prescrita.

Manias et al. (2019) salientam que o envolvimento das famílias na gestão da medicação, sobretudo durante as transições de cuidados, contribui significativamente para a segurança do tratamento e para a adesão à terapêutica. Neste sentido, a intervenção centrou-se no incentivo à adesão ao regime medicamentoso, fomentando o diálogo colaborativo sobre eventuais alterações ou interrupções do tratamento, sempre em estreita articulação com a equipa de saúde.

No que respeita aos efeitos secundários da medicação psiquiátrica, foi possível identificar, através do relato de um cliente, o desconforto associado a potenciais repercussões da medicação na sua sexualidade. Um estudo conduzido por Miranda (2023) realça o impacto de determinados antipsicóticos, especialmente os de primeira geração, na resposta sexual, evidenciando efeitos como a diminuição da libido e a disfunção erétil. Perante esta situação, foram encetadas diligências no sentido de informar a enfermeira tutora, que articulou com a médica assistente a possibilidade de rever o regime terapêutico, ponderando alternativas que melhor preservassem o bem-estar e a qualidade de vida do cliente.

Embora, durante o período de estágio, não tenham sido identificadas situações que justificassem a integração de clientes ou familiares em grupos de apoio, reconhece-se a pertinência desta estratégia no acompanhamento de pessoas com doença mental grave. A participação em grupos de apoio pode contribuir para a redução do estigma e do isolamento social, oferecendo um espaço seguro de partilha de experiências e fortalecimento das redes de suporte (Corrigan et al., 2016).

A fim de obter feedback sobre o desenvolvimento das intervenções ao longo do estágio, foi aplicado um questionário de satisfação, com o objetivo de captar a perceção dos clientes em relação à experiência vivida durante as intervenções, permitindo avaliar aspetos como a clareza das abordagens e a eficácia das estratégias utilizadas. As respostas obtidas forneceram informações valiosas sobre as perceções dos clientes, contribuindo para a identificação de áreas em que se poderia melhorar, bem como os aspetos que estavam a ser eficazes e que mereciam continuidade.

Esse processo de avaliação contínua tem como principal objetivo ajustar e refinar as práticas terapêuticas, assegurando que as abordagens aplicadas atendam de forma eficaz às necessidades e expectativas do cliente. Além disso, essa prática contribui para a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados, fortalecendo a confiança e o engajamento do cliente e favorecendo, assim, a efetividade das mudanças desejadas no seu processo terapêutico.

Ao refletir sobre os resultados das intervenções ao longo deste percurso, foi possível concluir que as mesmas contribuíram de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida dos

clientes e para a promoção, recuperação e manutenção da saúde mental, além de apoiar na prevenção da doença mental.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório abordou as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, explorando temas de grande relevância como o comportamento aditivo e a demência de alzheimer, aliados à experiência prática em diferentes contextos de estágio. Esses elementos permitiram compreender as múltiplas dimensões da prática especializada, evidenciando o papel do enfermeiro na promoção da saúde mental, no cuidado centrado no indivíduo, comunidade e na integração das melhores práticas clínicas.

Ao longo do percurso formativo, foi possível constatar que o enfermeiro especialista desempenha uma função essencial no reconhecimento das necessidades individuais, familiares e comunitárias, na gestão do cuidado e na implementação de intervenções baseadas em evidências. No contexto dos comportamentos aditivos, foi possível compreender a complexidade da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, sublinhando a importância da abordagem holística e interprofissional. No caso da demência de alzheimer, destacou-se a necessidade de cuidados integrados e humanizados, não apenas os sintomas clínicos, mas também o impacto emocional e social na vida dos clientes e das suas famílias.

Os estágios realizados complementaram a formação teórica, proporcionando uma visão prática das competências do enfermeiro especialista em cenários distintos e desafiadores. No serviço de respostas diferenciadas - forense, foi possível observar a relação entre saúde mental e o sistema judicial, destacando a relevância de intervenções éticas e baseadas na reabilitação. Já na UCC, o foco esteve na continuidade do cuidado e na promoção da qualidade de vida, reforçando o papel do enfermeiro no suporte às pessoas com condições crônicas e na transição para os cuidados paliativos.

Assim, a experiência adquirida ao longo do percurso acadêmico e prático contribuiu para uma formação sólida, ampliando as capacidades de análise crítica, tomada de decisão e gestão do cuidado em saúde mental e psiquiatria. Este trabalho reforça a necessidade de investimento contínuo na formação especializada e na sensibilização da sociedade para as questões da saúde mental, assegurando intervenções eficazes e sustentáveis que respondam às necessidades crescentes da população.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ Open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Alzheimer's Association. (2020). 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 16(3), 391-460. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª ed.). Climepsi Editores.
- Anstey, K. J., & Low, L. F. (2004). Normal cognitive changes in aging. *Australian family physician*, 33(10), 783-787.
- Araujo, J. de S., Cordeiro, J. M., Veloso, H. M. A., Costa, J. R. de S., & Júnior, J. L. P. (2021). Determinantes intrapessoais e interpessoais que norteiam as recaídas na dependência química. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3), e6058. <https://doi.org/10.25248/reas.e6058.2021>
- Associação Alzheimer Portugal. (s.d.). *A doença de Alzheimer*. <https://alzheimerportugal.org/a-doenca-de-alzheimer/>
- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 97-101). Lidel.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., Farrell, E. E., Smith, N. P., & Nurco, D. N. (2001). Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 185-192. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00201-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00201-X)
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *The American Psychologist*, 41(7), 765-782. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.41.7.765>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das*

Intervenções de Enfermagem (6.a Ed.). Elsevier.

Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Palgrave Pivot.

Carvalho, Á., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., Nunes, E., Amann, G. P. von, Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J. P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R. M. (2017). *Referencial de educação para a saúde* (2ª ed.). Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação; Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Compreendendo a crise dos opioides: Tendências e dados*. <https://www.cdc.gov/opioids/basics.html>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (1ª ed., Vol. 1). Lusodidacta.

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE*, *14*(2), e0212686.

Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Sequeira, C. A. da C., Lleixà Fortuño, M. del M., & Roldán Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(6). <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>

Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsçh, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *25*(1), 10–15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de fevereiro. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República, I Série-A, nº 205, 2959–2962. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. (2008). *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República I Série, nº 38, 1182-1189. Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de março. (1995). *Aprova o Código Penal*. Diário da República I Série, nº 63 (1350-1416). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>

Decreto-Lei nº 70/2019 de 24 de maio. (2019). *Adapta as regras aplicáveis à execução de medidas de internamento em unidades de saúde mental não integradas no sistema prisional*. Diário da República I Série, nº 100, 2599-2608. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2019-122393532>

Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). A duração e correlatos de carreiras de tratamento e dependência. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(Suppl 1), S51-S62. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.10.013>

Despacho Normativo nº 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República, II Série, nº 187, 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

DiClemente, C.C., Bellino, L.E. & Neavins, T.M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 86-92.

Direção Geral de Saúde. (2023). *Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com declínio cognitivo ou demência*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/atualizacao-danorma-sobre-abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente-com-decliniocognitivo-ou-demencia-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-mental-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Carta dos direitos dos utentes internados*. Ministério da Saúde. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., & Galanti, M. R. (2019). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107642. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107642>

Ferreira, A. L., & Bortolon, C. B. (2016). As percepções de um usuário de substâncias psicoativas em abstinência sobre os motivos de recaída: Um estudo de caso. *Aletheia*, 49(1), 89-100. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000100008&lng=pt&tlng=pt

Fittipaldi, A. L. M., O'Dwyer, G., & Henriques, P. (2021). Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25(e200806). <https://doi.org/10.1590/interface.200806>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Gasparyan, A., Maldonado Sanchez, D., Navarrete, F., Sion, A., Navarro, D., García-Gutiérrez, M. S., Rubio Valladolid, G., Jurado Barba, R., & Manzanares, J. (2023). Cognitive Alterations in Addictive Disorders: A Translational Approach. *Biomedicines*, 11(7), 1796. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11071796>

GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)

Gonçalves-Pereira, M., Verdelho, A., Prina, M., Marques, M. J., & Xavier, M. (2021). How many people live with dementia in Portugal? A discussion paper of national estimates. *Portuguese Journal of Public Health*, 39(1), 58-67. <https://doi.org/10.1159/000516503>

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Haboba, L. A. Y. (2022). A construção da comunicação terapêutica a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 21, e802. Recuperado de <https://www.revistaremece.com.br/index.php/remecs/article/view/802>

ICAD. (2024a). Inquérito Nacional sobre o Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal. ICAD. https://www.icad.pt/NewsArticle/Article/25?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAR36HrjktTjj-mSTkVUAVnipcsvgFdsX42m8g8cinD5nSkAM2gNMVGnHww_aem_ZmFrZWR1bW15MTZieXRlcw&languageId=1

ICAD. (2024b). *Relatório mundial sobre drogas de 2024*. ICAD. <https://www.icad.pt/NewsArticle/Article/67?languageId=1>

Instituto Português da Juventude. (2021). *Bebidas alcoólicas, tabaco, substâncias psicoativas*. <https://ipdj.gov.pt/comportamentos-aditivos>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da população residente*. INE.

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. (2022). *Relatório de atividades 2021*. Ministério da Justiça. <https://www.inmlcf.mj.pt/>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Janeiro, L. B., & Faísca, L. M. (2015). *Guia de aplicação e interpretação da Socrates 8D*. Universidade do Algarve: Departamento de Psicologia e Ciências da Educação. [https://www.researchgate.net/profile/Luis-Janeiro/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_I
nterpretacao_da_SOCRATES_8D/links/5d70f5e74585151ee49e6d99/Guia-de-Aplicacao-e-Interpretacao-da-SOCRATES-8D.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Janeiro/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_Interpretacao_da_SOCRATES_8D/links/5d70f5e74585151ee49e6d99/Guia-de-Aplicacao-e-Interpretacao-da-SOCRATES-8D.pdf)

Klimova, B., Valis, M., & Kuca, K. (2017). Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical interventions in aging*, 12, 903-910. <https://doi.org/10.2147/CIA.S132963>

Laccort, A. D. A., & de Oliveira, G. B. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Uningá Review*, 29(3), Recuperado de <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1976>

Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República, I Série, nº 181, 8059-8105. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Lei nº 35/2023, de 21 de julho. (2023). *Lei de Saúde Mental*. Diário da República, I Série, nº 141 (2-23). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. (2019). *Lei de Proteção de Dados Pessoais*. Diário da República, 1.ª série, nº 151. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>

Le Monde. (2024, 7 de agosto). Maladie d'Alzheimer : Deux nouveaux facteurs de risque identifiés. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/08/07/maladie-d-alzheimer-deux-nouveaux-facteurs-de-risque-identifies_6270931_1650684.html

Lima, A. L., & Santos, J. F. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 11-21. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100011>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The*

Lancet, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Lourenço, H. A. C. F., Gomes, A. J. F., Carvalho, J. M. da S., Santos, J. C. P. dos, Gomes, M. B. de A. V., Gariso, M. E. C., Faria, S. C. P. L., & Correia, S. A. F. (2023). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Magalhães, C. P., & Cruz, J. R. M. da. (2023). Intervenções do enfermeiro à pessoa com doença de Alzheimer. In M. F. da S. Praxedes (Org.), *Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar* (pp. 110–122). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.335232903>

Majer, J. M., Plaza, C., & Jason, L. A. (2016). Abstinence social support among ex-prisoners with substance use disorders. *The Prison Journal*, 96(6), 814–827. <https://doi.org/10.1177/0032885516671890>

Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—The third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

Manias, E., Bucknall, T., Hughes, C., Jorm, C., & Woodward-Kron, R. (2019). Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1102-6>

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). The Guilford Press.

Marraffa, M., & Meini, C. (2024). Self-Consciousness as a Construction All the Way Down. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 14(3), 200. <https://doi.org/10.3390/bs14030200>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford Press.

Miller, WR, & Rollnick, S. (2009). Dez coisas que a entrevista motivacional não é. *Psicoterapia comportamental e cognitiva*, 37 (2), 129–140. doi:10.1017/S1352465809005128

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation to change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>

Miranda, A. (2023). *Impacto dos antipsicóticos na resposta sexual de clientes com esquizofrenia*. *Revista de Saúde Mental*, 32(4), 121-130. <https://hdl.handle.net/10216/152705>

Molina, R., & Fabrian, C. (2014). Conceito de transferência e contratransferência: Uma revisão crítica sistemática. *Psicologia Argumento*, 32(77), ao02. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.077.ao02>

Nestler, E. J., Peña, C. J., Kundakovic, M., Mitchell, A., & Akbarian, S. (2016). Epigenetic Basis of Mental Illness. *The Neuroscientist : a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry*, 22(5), 447-463. <https://doi.org/10.1177/1073858415608147>

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>

Nunes, C., Melo, F. C. de, & Bonini, J. S. (2023). Prospecção tecnológica de estimulação cognitiva para idosos com doença de Alzheimer. *Cadernos de Prospecção*, 16(1), 278-294. <https://doi.org/10.9771/cp.v16i1.49634>

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Portugal: *Perfil de saúde do país 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia de boas práticas para a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no apoio ao paciente com perturbação mental grave*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7amen talgrave_ordenferm_ok.pdf

Organização Mundial da Saúde. (1999). *Saúde da mulher: Uma nova agenda global*. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Mental health: Strengthening our response*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organização Mundial da Saúde. (2023, 15 de março). *Demência*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organização Mundial da Saúde. (2022, 17 de junho). *Saúde mental: fortalecendo nossa resposta*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Organização Mundial da Saúde. (2025, 9 de fevereiro). *OMS atualiza diretrizes sobre o tratamento da dependência de opioides e prevenção de overdose*. <https://www.who.int/news/item/09-02-2025-who-updates-guidelines-on-opioid-dependence-treatment-and-overdose-prevention>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OCDE Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal relations in nursing*. Palgrave Macmillan.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (2nd ed.). Springer Publishing Company
- Pereira, T. (2019). *A função cognitiva no envelhecimento*. Instituto Politécnico de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10400.26/32920>
- Perlick, D. A., et al. (2020). Family support and its impact on mental health outcomes. *Psychiatric Services, 71*(2), 139-145. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900041>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. HarperCollins Publishers.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: *Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Ramos, V. V. (2020). *Eficácia dos programas de estimulação cognitiva na demência e no défice cognitivo ligeiro: Uma revisão sistemática da literatura*. <https://hdl.handle.net/10216/129374>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, II Série, nº 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750>
- Regulamento n.º 356/2015. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Diário da República, II Série, nº 122 Parte E. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento nº 728/2021 de 5 de agosto. (2021). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense*. Diário da República II Série nº 151 (173-188).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>

Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República, II Série, nº 151 (21427-21430).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais.

Rolová, G., Lukavská, K., Ghaisová Tibenská, A., Skorkovský, T., Miovský, M., Vevera, J., & Gabrhelik, R. (2023). Fatores associados à abstinência na coorte de tratamento de pacientes internados em dependência: um acompanhamento de cinco anos. *Jornal de Uso de Substâncias*, 30(1), 10-16. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2226204>

Rouleau, I., Salmon, D. P., Butters, N., Kennedy, C., & McGuire, K. (1992). Quantitative and qualitative analyses of clock drawings in Alzheimer's and Huntington's disease. *Brain and cognition*, 18(1), 70-87. [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(92\)90112-y](https://doi.org/10.1016/0278-2626(92)90112-y)

Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, MR, & Freitas, S. (2016). Minixame do Estado Mental: Triagem e Diagnóstico de Declínio Cognitivo, Utilizando Novos Dados Normativos. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (4), 240-248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>

Santos, J. C. P., Erse, M. P. Q. A., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., & Simões, R. M. P. (2014). + *Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa* (N.º 9). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISBN 978-989-98909-0-9.

Santos, M. T. P. dos. (2024). *Abordagem nutricional na demência em contexto de cuidados paliativos: Uma revisão da literatura* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/164015>

São João, H., Portela, P., & Cruz, V. (2020). Enfermagem de saúde mental nos comportamentos aditivos. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 301-306). Lidel.

Serviço Partilhado do Ministério da Saúde (SPMS). (2020, julho). *SClínico | Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)*. Recuperado de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Sequeira, C. A. da C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, *II*(12), 9-16.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Shulman K. I. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test?. *International journal of geriatric psychiatry*, *15*(6), 548-561. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200006\)15:6<548::aid-gps242>3.0.co;2-u](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200006)15:6<548::aid-gps242>3.0.co;2-u)

SICAD. (2022). *Sumário executivo - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2022*. Instituto da Droga e Toxicodependência. Recuperado de <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=603&languageId=1>

Silva, A. S., Ferreira, N. G., da Silva Jardimino, D., Alves do Nascimento, L., & Sabino, L. M. de. (2022). Aplicação de entrevista motivacional no âmbito da saúde: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, *96*(40). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1452>

Silva, S. P. Z., Bernardo, A. V., Lô, C. L. N., Campeiro, G. V. T., & Santos, L. R. dos. (2020). Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de Alzheimer: Uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, *23*(271), 4991-4998. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4991-4998>

Sinha, R. (2011). Novas descobertas sobre fatores biológicos que predizem a vulnerabilidade à recaída do vício. *Current Psychiatry Reports*, *13*(5), 398-405. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0224-0>

Soccol, K. L. S., Terra, M. G., Tisott, Z. L., Zubiaurre, P. de M., & Siqueira, D. F. de. (2022). Estratégias de prevenção de recaída utilizadas por mulheres usuárias de drogas. *Espaço Para a Saúde*, *23*, e863. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e863>

Sousa, L., Araújo, O., & Silva, M. (2020b). Estimulação cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 190-192). Lidel.

Sousa, L., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020a). Enfermagem de saúde mental nos idosos. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 286-290). Lidel.

Sunderland, T., Hill, J. L., Mellow, A. M., Lawlor, B. A., Gundersheimer, J., Newhouse, P. A., & Grafman, J. H. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, *37*(8), 725-729.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb02233.x>

Tavares, B. B. (2023). *Validação de um programa de estimulação cognitiva num grupo de adultos idosos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/108970>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Lusociência.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros*. Lusodidacta.

Xavier, M., Barreto, H., Cruz, M. C., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., Marques, C., Marques, M. J., Matos Pires, A., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., Vieira, F., & Sena e Silva, F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>

Xue Qin, Q. N., Ming, L. C., Abd Wahab, M. S., Tan, C. S., Yuda, A., & Hermansyah, A. (2023). Drug-related problems among older people with dementia: A systematic review. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*, 19(6), 873-881. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.02.015>

Zampier, V. S. B., Ferreira, C. L. L., Lima, M. A. D. S., Oliveira, G. G., & Barros, L. M. (2017). Manutenção da abstinência do tabaco por ex-fumantes: estudo fenomenológico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), e2017-0027. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0027>

8. ANEXOS

Anexo I

Anexo I

Planeamento da Entrevista Clínica

Planeamento		
Entrevista Clínica		
Data e Hora: 16 de outubro de 2024		Local: Gabinete do Serviço de Internamento
Duração: 50 minutos	Entrevistador: Enfermeira Andreia Barreira	Destinatário: Sr. R
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Obter consentimento informado para realização da entrevista; • Estabelecer Relação Terapêutica com o cliente; • Executar Avaliação de Enfermagem; • Identificar/clarificar possíveis diagnósticos de enfermagem; • Aplicação de instrumentos de avaliação. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Material de escrita (canetas e folhas) • Instrumentos de avaliação • Balança • Termómetro • Monitor de avaliação de Sinais Vitais • Fita métrica
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento do cliente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); • Questionar cliente como gosta de ser tratado; • Explicação do objetivo da Entrevista Clínica; • Obtenção de consentimento para recolha de dados, salvaguardando a confidencialidade e sigilo profissional. 	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre: dados pessoais, processo de adoecer, história de doença atual, hábitos de vida/atividades de vida diárias; • Monitorizar peso, altura e sinais vitais; • Questionar sobre hábitos de consumo; • Aplicar instrumentos de avaliação/escalas (Mini Exame do Estado Mental e Escala SOCRATES 8D) 	35 min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Realizar resumo da informação abordada;• Esclarecimento de dúvidas;• Agendar a próxima sessão.• Despedida formal com acompanhamento até à porta.	10 min
------------------	---	--------

Anexo II

Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2024
Em que mês estamos? OUTUBRO
Em que dia do mês estamos? 16
Em que dia da semana estamos? QUARTA
Em que estação do ano estamos? OUTONO

Nota: 5

Em que país estamos? PORTUGAL
Em que distrito vive?
Em que terra vive?
Em que casa estamos? HOSPITAL
Em que andar estamos? 1º

Nota: 5

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"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 (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma 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 volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 ✓ 24 ✓ 21 ✓ 18 ✓ 15 ✓

Nota: 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: 3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ✓
Lápis ✓

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" ✓

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos ✓

Nota: 1

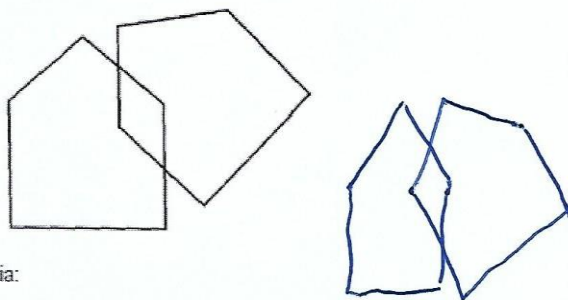
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: *faz amor e mãe a guerra*

Nota: 1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 30

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos
• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo III

Escala de Estádios de Motivação para Mudança no Álcool e Outras Drogas (SOCRATES 8D – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Antes de EM

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!	
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente	
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			4
Item 3	5		
Item 4		4	
Item 5	--	--	--
Item 6			4
Item 7	5		
Item 8		4	
Item 9		4	
Item 10	5		
Item 11			4
Item 12	5		
Item 13		5	
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			5
Item 17	5		
Item 18		4	
Item 19		4	
Total	30	35	17
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis (%)		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
10	<i> muito baixo</i>	15	32	8
20		21	33	11
30	<i> baixo</i>	24	35	13
40		25	36	14
50	<i> médio</i>	26	37	--
60		27	38	15
70	<i> alto</i>	29	39	16
80		30	39	17
90	<i> muito alto</i>	--	40	18

Anexo IV

Planeamento Entrevista Motivacional (EM)

Planeamento Entrevista Motivacional	
Data	22; 28 e 31 de outubro 2024 + 06 de novembro 2024
Hora	10h e 16h
Local	Gabinete
Duração prevista	Aproximadamente 50 min
Dinamizador	Enfermeira Andreia Barreira Enfermeiro Tutor
Destinatário	Sr. R
Critérios de inclusão	Cliente com problema de consumo abusivo de substâncias psicoativas; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;
Recursos	Sala, mesa, cadeiras, papel, caneta
Objetivos	Estabelecer uma relação terapêutica com o cliente; Identificar motivação para a mudança; Identificar estímulos que conduzem ao consumo abusivo de substâncias psicoativas; Identificar situações que evoquem o consumo de substâncias psicoativas; Evitar impulsos que promovam o consumo de substâncias psicoativas; Compreender consequências do consumo abusivo de substâncias psicoativas; Delinear juntamente com o cliente, estratégias para não retomar o consumo de substâncias psicoativas – evitar recaídas

<p>Descrição atividade</p>	<p>da</p> <p>Identificar necessidades do cliente, as suas expectativas e os objetivos;</p> <p>Identificar consequências (pessoais, sociais, familiares) do consumo abusivo de substâncias psicoativas;</p> <p>Identificar benefícios do não consumo abusivo substâncias psicoativas;</p> <p>Identificar estímulos e impulsos que conduzem ao consumo de substâncias psicoativas;</p> <p>Elaborar um plano de estratégias acerca do que pretende fazer para não retomar os consumos de substâncias psicoativas e sugerir algumas ideias para a concretização do mesmo, idealizando um novo plano aquando da sua saída;</p> <p>Identificar contacto de referência prioritário;</p> <p>Discutir estratégias e formas de as operacionalizar;</p>
<p>Avaliação</p>	<p>Aplicação de questionário de avaliação e satisfação</p> <p>Avaliação através da observação dos profissionais envolvidos</p> <p>Aplicação de escalas</p>

ANEXO V

Planeamento das Sessões de EM

Planeamento Sessão 1		
Entrevista Motivacional		
Data e Hora: 22 /10/2024 16h		Local: Gabinete do Serviço de Internamento
Duração: 40 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sº R.R
Objetivos Gerais: - Estabelecer relação terapêutica com o cliente; - Identificar motivação para a mudança		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Material de escrita (canetas e folhas)
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar) • Cumprimentos iniciais; • Descrição da atividade: regras de funcionamento • Explicar em que consiste a Entrevista Motivacional e qual a sua duração e o número de sessões previstas; • Explicação do objetivo da sessão; • Explicar os objetivos a atingir no final da sessão 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver o cliente e estabelecer um contrato Terapêutico escrito (obter consentimento informado); • Favorecer a criação de um clima de confiança através de uma postura de aceitação e de não julgamento; • Solicitar que classifique a sua motivação para a mudança de comportamento, numa escala de 0 a 10; • Identificar fatores que podem afetar a motivação do cliente; • Orientar para o registo sob forma de tabela das vantagens na cessação de consumo de substâncias e as desvantagens dos mesmos (Trabalho para casa) • Orientar sobre a importância da participação ativa do cliente no processo de mudança • Promover a responsabilidade do cliente no processo de mudança; 	25 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar resumo da sessão; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração; • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Planeamento Sessão 2		
Entrevista Motivacional		
Data e Hora: 28/10/2024 16:30h		Local: Gabinete do Serviço de Internamento
Duração: 40 minutos	Dinamizador: Enf.Andreia Barreira	Destinatário: SRº R.R
Objetivos Gerais: - Estabelecer relação terapêutica com o cliente; - Capacitar o cliente para a resolução do seu problema; - Identificar estímulos que conduzem ao consumo abusivo de substâncias – droga		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Material de escrita (canetas e folhas)
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar); • Cumprimentos iniciais; • Resumo da sessão anterior; • Explicação do objetivo da sessão. 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o Trabalho de Casa; • Reforçar a autoconfiança; • Executar escuta ativa; • Permitir que o cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças. • Incentivar o cliente a identificar por escrito os estímulos que conduzem ao consumo de droga; • Identificação das possíveis estratégias e metas a alcançar para o abandono das substâncias e prevenção de recaída; (Trabalho de Casa) • Promover a responsabilidade do cliente no processo de mudança; 	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração do cliente; • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Planeamento Sessão 3		
Entrevista Motivacional		
Data e Hora: 31/10/2024 – 10h		Local: Gabinete do Serviço de Internamento
Duração: 40min	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr.º R.R
Objetivos Gerais: - Estabelecer relação terapêutica com o cliente; - Identificar situações que promovam o consumo; - Identificar e delinear metas/estratégias que evitem o impulso de consumir		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Material de escrita (canetas e folhas)
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar); • Cumprimentos iniciais; • Resumo da sessão anterior; • Explicação do objetivo da sessão. 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o trabalho de casa; • Reforçar a responsabilidade do cliente no processo de mudança; • Disponibilizar apoio; • Executar escuta ativa; • Analisar reações do cliente a hipotéticas situações que possam promover o impulso de consumir; • Identificação dos fatores protetores para o cliente; • Identificar consequências do consumo abusivo - droga 	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão • Agradecer a participação e colaboração do cliente; • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Planeamento Sessão 4		
Entrevista Motivacional		
Data e Hora: 06/11/2024 - 11h		Local: Gabinete do Serviço de Internamento
Duração: 40min	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Srº R.R
Objetivos Gerais:		
- Delinear com o cliente, estratégias para evitar recaídas;		
Métodos:		Recursos:
<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Sala ampla, mesas e cadeiras; Material de escrita (canetas e folhas)
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar); • Cumprimentos iniciais; • Resumo da sessão anterior; • Explicação do objetivo da sessão. 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar elaboração de plano de estratégias acerca do que pretende fazer para não retomar consumos; • Analisar o plano com cliente; • Reforçar a autoconfiança para o processo de mudança de comportamento; • Reforçar a responsabilidade do cliente no processo de mudança • Aplicar escala SOCRATES 8D 	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Solicitar que avalie a EM numa escala de 0 a 10, em que 0 significa não ter servido de nada, e 10 significa que a intervenção fez sentido para si; • Entregue Questionário de Avaliação de Satisfação do Cliente; • Agradecer a participação e colaboração do cliente; • Encerrar intervenção; 	5 min

ANEXO VI

Escala de Estádios de Motivação para Mudança no Álcool e Outras Drogas (SOCRATES 8D – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Após EM

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!	
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente	
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicod dependente.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Tabela 1

Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			4
Item 3	5		
Item 4		4	
Item 5	—	—	
Item 6			4
Item 7	5		
Item 8		4	
Item 9		5	
Item 10	5		
Item 11			4
Item 12	4		
Item 13		4	
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			5
Item 17	5		
Item 18		5	
Item 19		5	
Total	29	37	17
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2

Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis (%)		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
10	<i> muito baixo</i>	15	32	8
-		21	33	11
30	<i> baixo</i>	24	35	13
40		25	36	14
50	<i> médio</i>	26	37	--
60		27	38	15
+	<i> alto</i>	29	39	16
80		30	39	17
90	<i> muito alto</i>	--	40	18

Anexo VII

Questionário de Avaliação das Sessões

Questionário de Satisfação

Avaliação da Entrevista Motivacional

Por favor, assinale a sua opinião em relação às seguintes afirmações, utilizando a escala de 1 a 5:

(1 - Discordo totalmente | 2 - Discordo | 3 - Neutro | 4 - Concordo | 5 - Concordo totalmente)

- ❖ A entrevista ajudou-me a refletir sobre o meu comportamento de consumo.
1 2 3 4 5

- ❖ Senti-me ouvido e respeitado pelo profissional de saúde.
1 2 3 4 5

- ❖ A entrevista ajudou-me a reforçar a minha motivação para manter a abstinência.
1 2 3 4 5

- ❖ Foram exploradas estratégias úteis para lidar com situações de risco.
1 2 3 4 5

- ❖ A comunicação foi clara e adaptada às minhas necessidades.
1 2 3 4 5

- ❖ Após a entrevista, sinto-me mais confiante para evitar recaídas.
1 2 3 4 5

- ❖ O tempo da entrevista foi adequado.
1 2 3 4 5

ANEXO VIII

Planeamento da Entrevista Clínica

Planeamento		
Entrevista Clínica		
Data e Hora: de 2024		Local: Domicílio Sr. A
Duração: 55 minutos	Entrevistador: Enfermeira Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Obter consentimento informado para realização da entrevista; • Estabelecer Relação Terapêutica com o cliente; • Executar Avaliação de Enfermagem; • Identificar/clarificar possíveis diagnósticos de enfermagem; • Aplicação de instrumentos de avaliação. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Material de escrita (canetas e folhas) • Instrumentos de avaliação • Balança • Termómetro • Monitor de avaliação de Sinais Vitais • Fita métrica
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento do cliente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); • Questionar cliente como gosta de ser tratado; • Explicação do objetivo da Entrevista Clínica; • Obtenção de consentimento para recolha de dados, salvaguardando a confidencialidade e sigilo profissional. 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre: dados pessoais, processo de adoecer, história de doença atual, hábitos de vida/atividades de vida diárias; • Monitorizar peso, altura e sinais vitais; • Aplicar instrumentos de avaliação/escalas (MMSE) 	35 min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Realizar resumo da informação abordada;• Esclarecimento de dúvidas;• Agendar a próxima sessão.• Despedida formal.	10 min
------------------	--	--------

ANEXO IX

Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Inicial

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 1980
Em que mês estamos? X
Em que dia do mês estamos? X
Em que dia da semana estamos? X
Em que estação do ano estamos? X

Nota: 0

Em que país estamos? PORTUGAL
Em que distrito vive?
Em que terra vive?
Em que casa estamos? CASA
Em que andar estamos? X

Nota: 4

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"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 (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma 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 volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

~~27~~ ~~24~~ ~~21~~ ~~18~~ ~~15~~ X

Nota: 0

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra X
Gato X
Bola X

Nota: 0

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ✓
Lápis ✓

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

✓

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita X

Dobra ao meio X

Coloca onde deve X

Nota: 0

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos X

Nota: 0

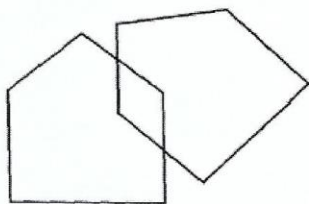
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: 0

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: 0 PONTOS

TOTAL(Máximo 30 pontos): 10 PONTOS

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos
• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO X

Planeamento da Intervenção – Estimulação Cognitiva (EC)

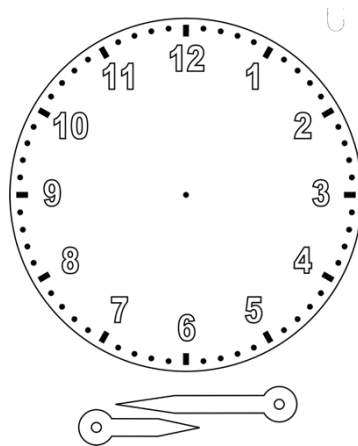
Planeamento Sessão 1		
Estimulação Cognitiva (Orientação e Memória)		
Data e Hora: 03 /01/2025 às 11h30		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Treinar memória; • Estimular orientação; • Manter ou melhorar orientação temporal, espacial, auto e alo psiquicamente; • Treinar e melhorar a memória de evocação; • Promover a concentração/atenção. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório • Técnica de evocação, treino de memoria e orientação para a realidade 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala, mesas e cadeiras; • Exercícios • Canetas; • Cronómetro;
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação do cliente); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o que responda a algumas questões de orientação, nomeadamente o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. • Solicitar que o cliente indique no relógio as horas certas. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: orientação e memória; • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração do cliente; • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Exercícios

1. Preencha a grelha seguinte, respondendo às questões colocadas sobre orientação.

Dia da semana	
Dia do mês	
Estação do ano	
Ano	
País	
Local de residência	
Local onde se encontra	
Distrito	
Piso	
Data de nascimento	
Número de filhos	
Nome dos filhos	

2. Indicar as horas certas no relógio. (Mostrar relógio e solicitar que diga que horas estão marcadas no visor)



3. Responda às seguintes perguntas.

Quantos dias tem uma semana? Quais são?

Quantos meses tem um ano? Quais são?

Quantas estações tem um ano? Quais são?

Quantos dias tem um ano?

Quantos dias tem um mês?

Quantos horas tem um dia?

4 Escute as três palavras com atenção e de seguida repita-as.

Tente memorizá-las, pois, terá de as repetir quando solicitado

GATO
MAÇA
BOLA

- 5 Observe a imagem com atenção. Esteja atento aos pormenores, pois não voltará a ver a imagem.



- 6 Recordar-se as três palavras que mencionou anteriormente?

-
-
-

7 Responda às questões abaixo, colocando um X na resposta que achar mais adequada.

a. Quantas crianças viu na imagem?

2

3

4

b. Em que local se encontram as crianças?

Piscina

Jardim

Praia

c. Quantas crianças do sexo masculino viu?

2

4

3

d. Como estava o tempo?

Sol

Chuva

e. O que estavam as crianças a fazer?

Jogar à bola

A nadar

Sentados de mãos dadas

Planeamento Sessão 2		
Estimulação Cognitiva (Linguagem e Nomeação)		
Data e Hora: 07/01/2025 às 10:30		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Srº A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> Estimular capacidade linguística verbal e de nomeação; 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> Expositivo; Interativo Participativo; Interrogativo; Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> Sala ampla, mesas e cadeiras; Exercícios Caneta
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação do cliente); Descrever atividade; Motivar a participação; Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o que responda a algumas questões de orientação para a realidade, nomeadamente o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. Solicitar que o cliente indique no relógio as horas certas. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: Linguagem e Nomeação; Ler os exercícios ao cliente; Esclarecer as dúvidas do cliente; Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Dar feedback; Realizar avaliação da sessão; Agradecer a participação e colaboração dos clientes; Encerrar intervenção; Agendar a próxima sessão. 	5 min

Exercícios

1. Decifre os provérbios.

Grão a Grão

Mais vale um pássaro na mão,

Quem vê caras

Mais vale tarde

Amor com Amor

A cavalo dado

A mentira tem

A ocasião faz

A união

A pensar,

Água mole em

Cada macaco

Quem não tem gato

Quem conta um conto

No poupar

Quem não arrisca

Olho por Olho

2. Preencha as colunas abaixo dando cinco exemplos de cada categoria.

FRUTAS	ANIMAIS	CORES

2. Responda às seguintes questões

Onde se compra o pão? _____

Onde se compram os medicamentos? _____

Onde se compram as flores? _____

Onde se compra a carne? _____

Onde se compra o peixe? _____

Onde se compra a roupa? _____

Onde se compram os jornais? _____

Onde se compra os sapatos? _____

3. Leia as frases e escreva o nome de cada personagem nos respetivos balões.



- O André é o mais alto
- O Tiago usa óculos
- O Rui gosta muito de futebol
- O Pedro é um pouco envergonhado
- O Miguel é o mais pequeno

4. Identifique os seguintes objetos:



Planeamento Sessão 3		
Estimulação Cognitiva (Cálculo)		
Data e Hora: 09/01/2025 às 11h		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Estimular funções executivas; • Estimular execução de calculo e raciocínio; 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Exercícios • Canetas; • Dinheiro
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação dos clientes); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o preenchimento do quadro de orientação para a realidade, nomeadamente o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. • Solicitar que o cliente indique no relógio as horas certas. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: cálculo • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Dar feedback;• Realizar avaliação da sessão;• Agradecer a participação e colaboração dos clientes;• Encerrar intervenção;• Agendar a próxima sessão.	5 min
------------------	--	-------

Exercícios

1. Resolva os seguintes problemas:

- A D. Rosa comprou 3 vasos azuis e 4 vasos brancos. Quantos vasos comprou no total? _____

- A D. Maria tinha 24 pratos e partiu 6. Com quantos pratos ficou?

_____ - O Sr. António tinha 10 chocolates para dar aos seus dois netos.

Quantos chocolates deu a cada um? _____

2. Cálculo

$2 + 3 =$

$3 + 9 =$

$4 + 7 =$

$5 + 6 =$

$6 + 5 =$

$7 + 3 =$

$7 + 9 =$

$1 + 1 =$

$0 + 0 =$

$4 + 6 =$

$5 + 3 =$

$6 + 3 =$

Vamos Somar

3. A conta certa

Quero 1euro

Quero 2,50 euros

Quero 5 euros

Quero 3,25 euros

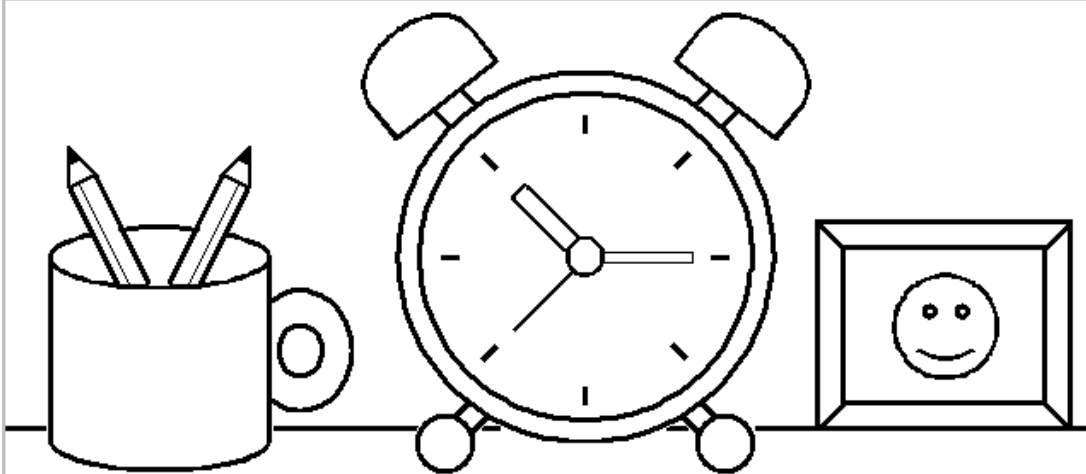
Quero 10,35 euros



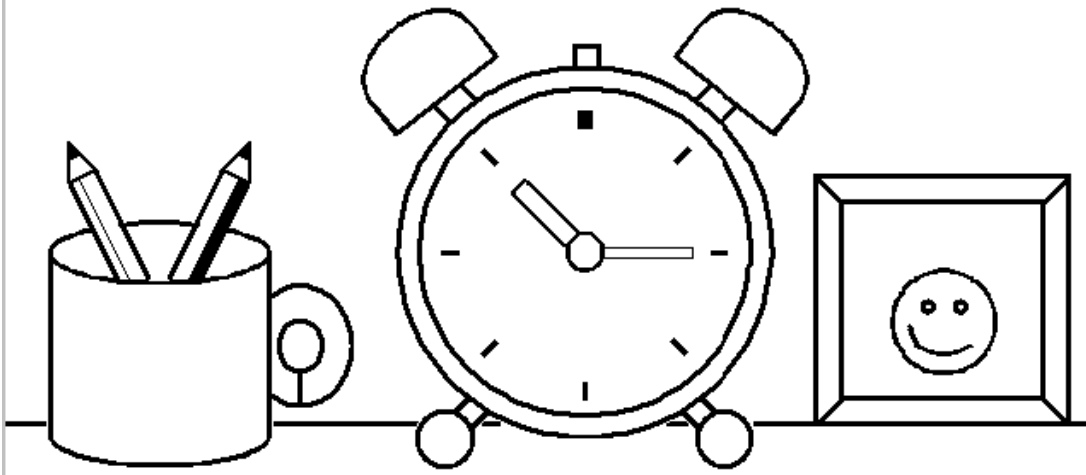
Planeamento Sessão 4		
Estimulação Cognitiva (Atenção)		
Data e Hora: 13-01-2025 - 10horas		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Manter ou melhorar a capacidade de atenção do cliente • Promover a concentração/atenção. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Exercícios • Canetas
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação dos clientes); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: atenção • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração do cliente • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Exercícios

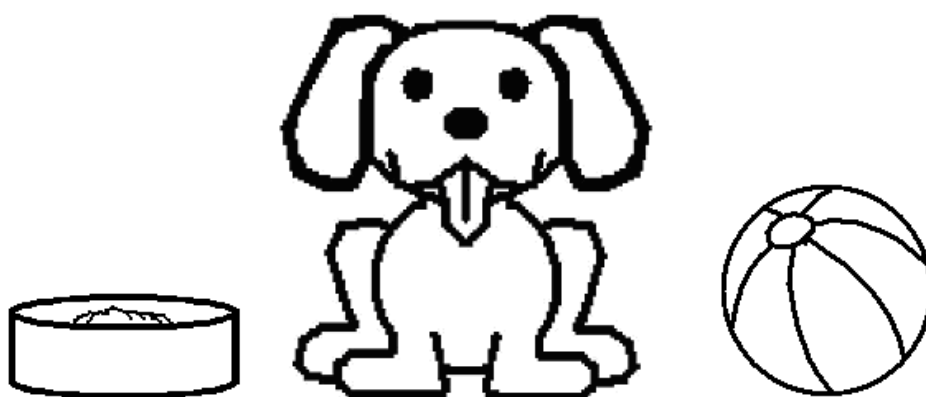
ENCONTRE OS 7 ERROS!



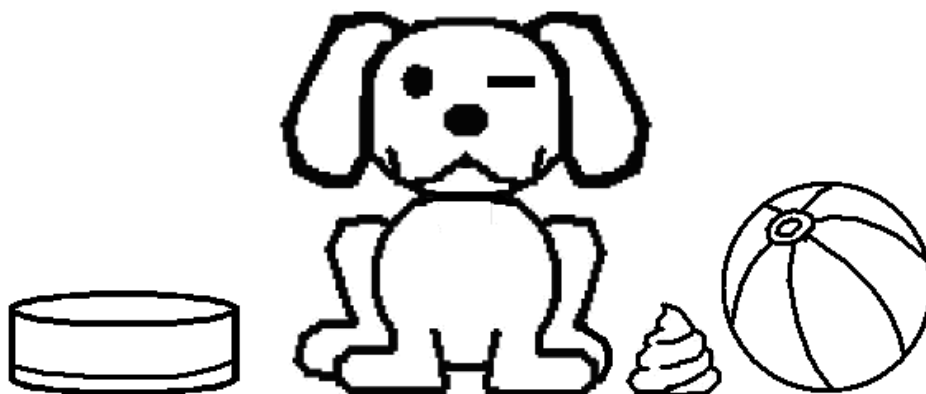
www.000dlx.com.br/jogo-dos-7-erros.php



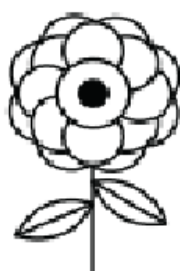
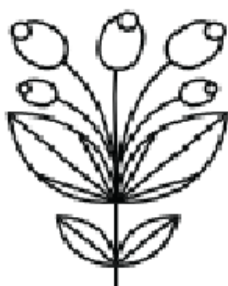
ENCONTRE OS 7 ERROS!



www.000dlx.com.br/jogo-dos-7-erros.php



Ligue cada figura à sua sombra



Assinale na grelha abaixo todos os números "8".

2	5	8	9	7	4	2	3	6	8
7	4	6	8	1	3	5	6	8	6
1	3	7	2	4	8	5	0	2	1
2	4	8	6	3	0	8	1	8	2
4	7	6	2	1	8	5	3	0	9
8	3	5	7	0	9	8	1	8	2
7	0	1	9	8	2	6	2	9	4
5	8	2	9	1	7	8	1	3	8

Planeamento Sessão 5		
Estimulação Cognitiva (Orientação e Memória)		
Data e Hora: 22/01/2025 às 11h30		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Treinar memória; • Estimular orientação; • Manter ou melhorar orientação temporal, espacial, auto e alo psiquicamente; • Treinar e melhorar a memória de evocação; • Promover a concentração/atenção. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório • Técnica de evocação, treino de memoria e orientação para a realidade 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala, mesas e cadeiras; • Exercícios • Canetas; • Cronómetro;
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação do cliente); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o que responda a algumas questões de orientação para a realidade, nomeadamente o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. • Solicitar que o cliente indique no relógio as horas certas. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: orientação e memória; • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração do cliente; • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Exercícios

1. Imagine que estes produtos estão na sua despensa. Qual deles está fora do prazo de validade?



Farinha
02/11/2019



Bolachas
17/03/2026

2. Escute a seguinte frase com atenção.

Os netos do Manuel chamam-se Carolina e Zé.

Recorda-se de alguma canção que tenha algum destes nomes?

(Dar tempo para que os clientes possam tentar recordar-se).

Complete os espaços em branco com a palavra em falta.

A _____ da Carolina tem um _____ pintado

Sim Carolina ó i ó ai, sim Carolina ó ai meu bem!

Tem cuidado ó Carolina que o _____ dá ao rabo

Sim Carolina ó i ó ai, sim Carolina ó ai meu bem!

Ó Zé aperta o _____. Ó Zé aperta-o bem.

Que o _____ bem apertado, ai ó Zé fica-te bem.

Caso não se recorde, veja as seguintes pistas:



3. Identifique as seguintes personagens:

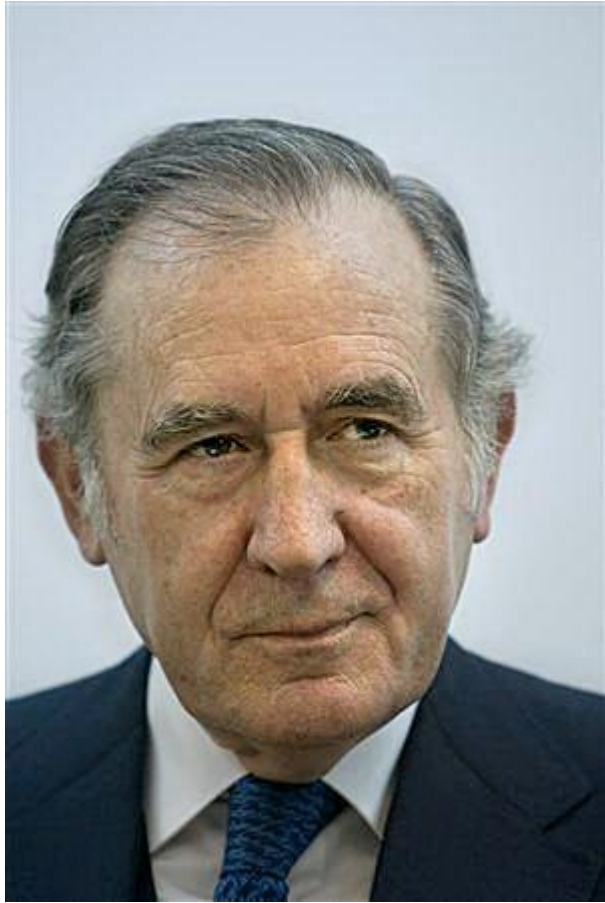














4. Jogo da Memória



Planeamento Sessão 6		
Estimulação Cognitiva (Linguagem e Nomeação)		
Data e Hora: 31/01/2025 às 10:30		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Srº A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Treinar memória; • Manter ou melhorar a capacidade linguística verbal e de nomeação; • Promover a concentração/atenção. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Exercícios • Caneta
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação do cliente); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o que responda a • algumas questões de orientação para a realidade, nomeadamente o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. • Solicitar que o cliente indique no relógio as horas certas. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: Linguagem e Nomeação; • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração dos clientes; • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Exercícios

1 Complete as seguintes frases:

Um cardume é um conjunto de _____

Um arquipélago é um conjunto de _____

Uma biblioteca é um conjunto de _____

Um exército é um conjunto de _____

Uma constelação é um conjunto de _____

Uma vara é um conjunto de _____

Um enxame é um conjunto de _____

Um pinhal é um conjunto de _____

Um rebanho é um conjunto de _____

Uma turma é um conjunto de _____

2 Complete os espaços em branco.

Descrição	Palavras
O fruto dado pela Bananeira	B__ N _____
Sítio onde podemos fazer compras para a casa	M__ R C _____ A
Um fruto que tem o nome da sua cor	L__ R _____
Um meio de transporte público	A U ____ C ____ R __
Sítio onde podemos comprar medicamentos	F__ R ____ C ____

3 Fale-me da sua rua. Sempre morou aqui? Como era isto quando veio para cá viver?

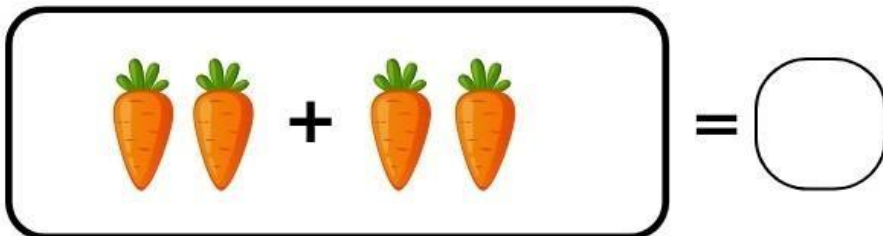
Planeamento Sessão 7		
Estimulação Cognitiva (Cálculo)		
Data e Hora: 03/02/2025 às 11h		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Estimular funções executivas • Estimular execução de calculo e raciocínio 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Exercícios • Canetas; • Dinheiro
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação dos clientes); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o preenchimento do quadro de orientação para a realidade, nomeadamente o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. • Solicitar que o cliente indique no relógio as horas certas. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: cálculo; • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min

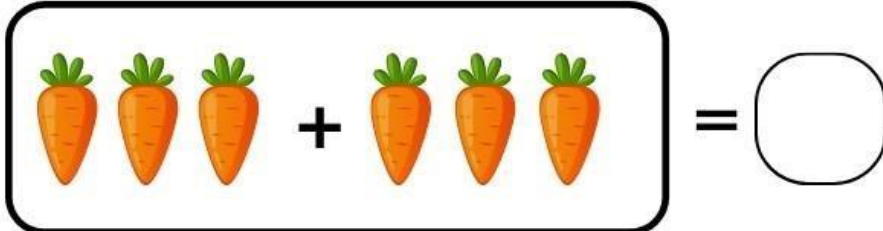
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Dar feedback;• Realizar avaliação da sessão;• Agradecer a participação e colaboração dos clientes;• Encerrar intervenção;• Agendar a próxima sessão.	5 min
------------------	--	-------

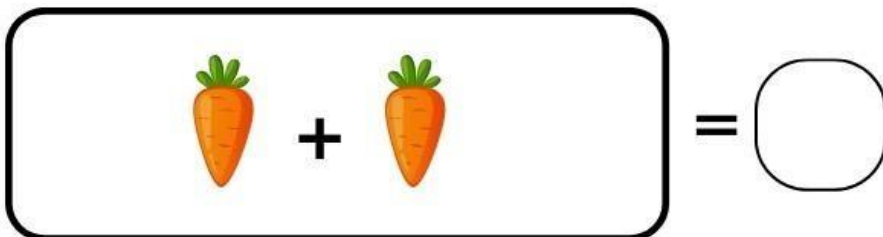
Exercícios

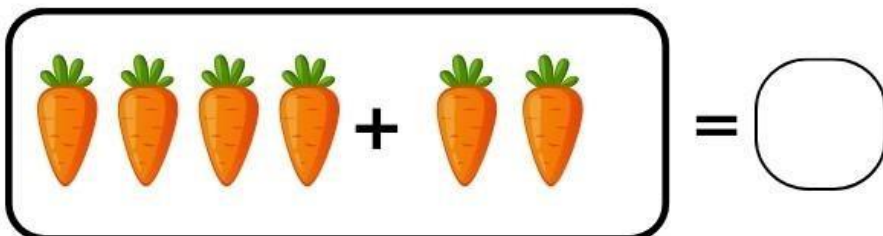
1- Vamos fazer contas:

Escreva a soma das cenouras no quadrado ao lado.

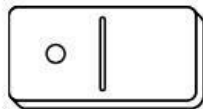
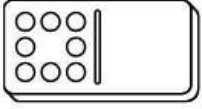

$$2 + 2 = \square$$

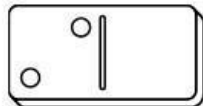
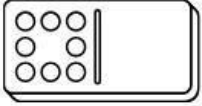

$$3 + 3 = \square$$

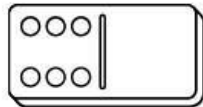
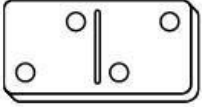

$$1 + 1 = \square$$

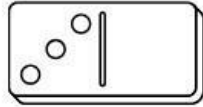
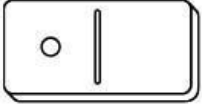

$$4 + 4 = \square$$

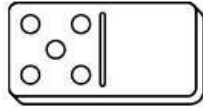
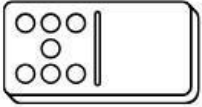
ADIÇÃO DE DOMINÓ

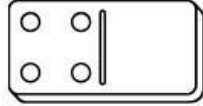
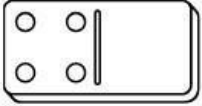
 +  = _____

 +  = _____

 +  = _____


 +  = _____

 +  = _____


 +  = _____

 +  = _____

Conte os dedos, preencha as caixas e complete as adições.




+




=

+ =




+




=

+ =




+




=

+ =




+




=

+ =




+




=

+ =




+




=

+ =




+




=

+ =



+



=

+ =

Planeamento Sessão 8		
Estimulação Cognitiva (Atenção)		
Data e Hora: 10/02/2025 às 11h		Local: Domicílio
Duração: 45 minutos	Dinamizador: Enf. Andreia Barreira	Destinatário: Sr. A.M
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Manter ou melhorar a capacidade de atenção do cliente • Promover a concentração/atenção. 		
Métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo; • Interativo • Participativo; • Interrogativo; • Exploratório 		Recursos: <ul style="list-style-type: none"> • Sala ampla, mesas e cadeiras; • Exercícios • Canetas
Fase	Atividades	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar participação dos clientes); • Descrever atividade; • Motivar a participação; • Iniciar a sessão orientando o cliente para a realidade, solicitando o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estado do tempo, estações do ano, próxima refeição e local. 	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir exercícios selecionados para estimulação das funções cognitivas: Atenção; • Ler os exercícios ao cliente; • Esclarecer as dúvidas do cliente; • Orientar o cliente na execução dos exercícios propostos 	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar feedback; • Realizar avaliação da sessão; • Agradecer a participação e colaboração do cliente • Encerrar intervenção; • Agendar a próxima sessão. 	5 min

Exercícios

1 Observe atentamente a imagem que se segue. Esteja atento aos pormenores, pois deixará de ter acesso a ela, e serão feitas perguntas sobre a mesma



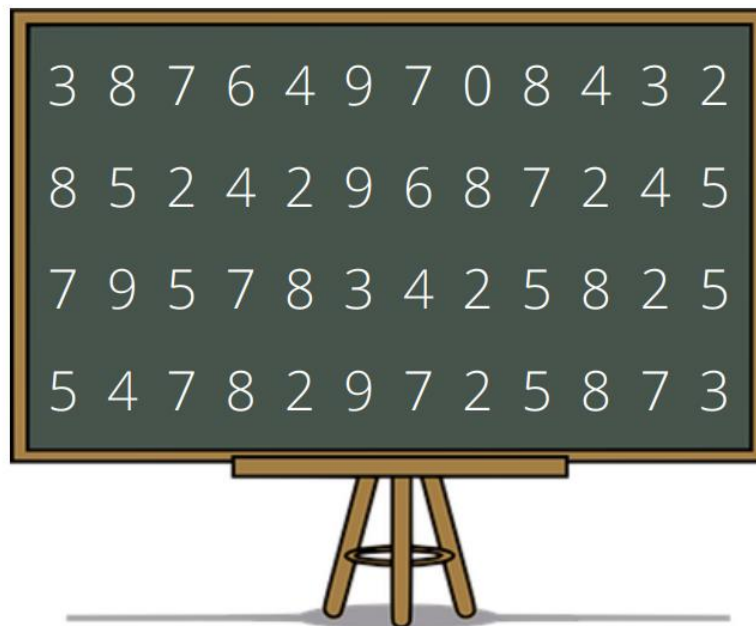
2 Agora, sem olhar para a imagem anterior, responda às seguintes questões:

Quantas pessoas viu?

Como estava o tempo?

Estão no campo ou na praia?

3 Veja com atenção os seguintes números. Encontre todos os **números 2**.



Anexo XI

Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Após EC

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2001
Em que mês estamos? DEZEMBRO
Em que dia do mês estamos? X
Em que dia da semana estamos? QUARTA
Em que estação do ano estamos? X

Nota: 1

Em que país estamos? PORTUGAL

Em que distrito vive?

Em que terra vive?

Em que casa estamos? X

Em que andar estamos? X

Nota: 3

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"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 (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma 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 volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 ✓ 24 X 21 X 18 X 15 X

Nota: 1

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ✓

Gato X

Bola X

Nota: 1

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ✓

Lápis ✓

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

✓

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita X

Dobra ao meio X

Coloca onde deve X

Nota: 0

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos X

Nota: 0

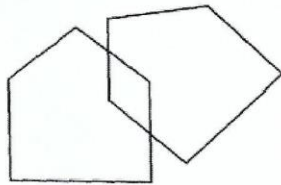
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: 7

Nota: 0

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: 0 pontos

TOTAL (Máximo 30 pontos): 12 pontos

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO XII

Questionário de Avaliação da Intervenção

Questionário de satisfação – Intervenção EC

1. Como se sentiu com as sessões?

 Muito bem  Bem  Assim-assim  Mal

2. As atividades ajudaram-no(a)?

 Muito  Um pouco  Nem muito nem pouco  Nada

3. Como foi a ajuda do profissional?

 Muito boa  Boa  Mais ou menos  Não gostei

4. Gostava de voltar a participar?

 Sim!  Talvez  Não sei  Não

ANEXO XIX

Panfleto Estimulação Cognitiva

Coordenadora

Endereço:

Contato:

E-mail:

Site:

Elaborado por :
Enf. Andreia Barreira
Data da Elaboração: 01-01-2025



ESTIMULAÇÃO COGNITIVA



O que é a Estimulação Cognitiva ?

Estimulação Cognitiva é um conjunto de atividades que visam manter ou melhorar as funções do cérebro, como memória, atenção, raciocínio, linguagem e resolução de problemas.

É ideal para todas as idades, especialmente para idosos que desejam prevenir o declínio cognitivo.

Antes de começar, é realizada uma avaliação das habilidades cognitivas da pessoa. Isso pode incluir testes de memória, atenção, habilidades linguísticas e resolução de problemas.

A partir dessa análise, identifica-se quais áreas que necessitam ser trabalhadas e estabelece-se um plano de intervenção com diferentes sessões para estimulação cognitiva.

As sessões são personalizadas e podem incluir:

• Jogos e exercícios lúdicos: palavras-cruzadas, quebra-cabeças, jogos de memória

• Atividades manuais e pintura.

• Desafios matemáticos

• Leitura e interpretação de textos.

• Escrita

Benefícios da Estimulação Cognitiva

Melhora da Memória

- Ajuda a reter informações e acessar memórias mais facilmente.
- Beneficia tanto a memória de curto quanto de longo prazo.

Aumento da Concentração e Atenção

- Promove a capacidade de manter o foco em tarefas específicas.
- Reduz a dispersão e melhora a produtividade.

Raciocínio e Solução de Problemas

- Fortalece habilidades de lógica e pensamento crítico.
- Ajuda a encontrar soluções criativas e práticas para desafios do dia a dia.

Prevenção do Declínio Cognitivo

- Reduz o risco de doenças neurodegenerativas, como Alzheimer e demência.
- Retarda a progressão de condições já diagnosticadas.

Promocão da Saúde Emocional

- Aumenta a autoestima e a confiança em realizar tarefas.
- Diminui sintomas de ansiedade e depressão ao oferecer atividades desafiadoras e prazerosas.

Melhoria na Linguagem e Comunicação

- Amplia o vocabulário e a clareza na expressão.
- Estimula habilidades sociais e conversacionais.

Desenvolvimento da Coordenação Motora

- Atividades que envolvem movimentos finos ajudam a melhorar a precisão e o controle motor.
- Beneficia especialmente idosos e pessoas em reabilitação.

Aumento da Autonomia

- Favorece a independência em tarefas cotidianas, promovendo maior qualidade de vida.
- Ajuda na organização e planejamento de atividades.

Integração Social

- Estimula a interação em grupos e o fortalecimento de laços sociais.
- Combate o isolamento e a solidão, comuns em idosos.

ANEXO XIV

Sessão Prevenção da Adição às Tecnologias



CONEXÃO SAUDÁVEL

Usar a Tecnologia Sem
Exageros

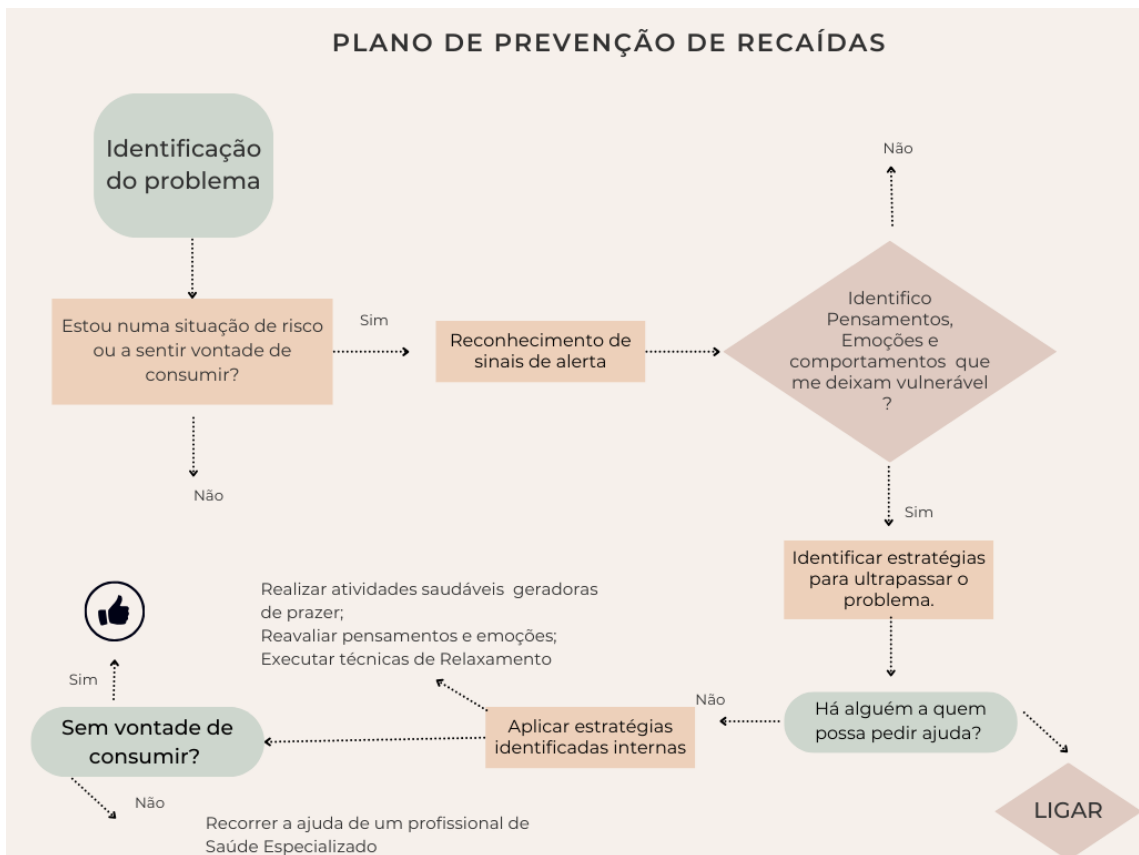
Autores :
Enfermeira Andreia Barreira

14 de Janeiro 2025

Anexo XV

Fluxograma – Plano Prevenção de Recaídas

PLANO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS



Anexo XVI
Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO/AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, os estudantes encontram-se a realizar um Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final. Neste contexto, eles devem realizar estudos de caso. Um estudo de caso é uma análise detalhada da situação de saúde dos utentes, permitindo a identificação das suas necessidades e o planeamento personalizado e eficaz dos cuidados.

Para este efeito, informações sobre a sua situação clínica serão recolhidas e analisadas pelo estudante, sob a supervisão dos tutores/orientadores. Todos os **dados pessoais serão anonimizados** e detalhes identificadores não serão disponibilizados a terceiros. Este trabalho deverá ser benéfico pelo enfoque particular na melhoria do seu estado clínico. Asseguramos não existirem riscos para si.

O estudo de caso é uma ferramenta pedagógica que promove a reflexão dos estudantes acerca das suas competências clínicas, possibilitando a sua melhoria. Além disso, ele permite a avaliação do desempenho dos estudantes. Neste sentido, o estudo de caso desenvolvido com a sua colaboração será incluído num relatório final de estágio, que estará disponibilizado publicamente em repositório académico.

Não haverá lugar a qualquer pagamento pela sua participação neste trabalho. A sua participação é totalmente voluntária e poderá recusar ou abandonar o trabalho a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo para si. Não existe qualquer conflito de interesse dos intervenientes deste processo. Terá o direito de aceder aos seus dados, de solicitar a retificação de dados incorretos e de pedir a sua exclusão, de limitar o processamento, de se opor e retirar o consentimento de seu uso para determinados fins.

Declaro ter lido e compreendido as informações acima, aceitando voluntariamente participar neste trabalho sob as garantias de confidencialidade dadas:

Sim

Não

Nome completo do(a) utente

Nome completo do(a) responsável legal (se aplicável)

Data:

5

Anexo XVII

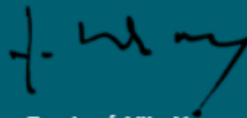
Certificado Trabalho Científico- II Congresso de Psiquiatria

CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Andreia Barreira

apresentou um trabalho, em forma de poster, com o tema "**Abuso de Substâncias em Jovens Adultos: Desafios e Perspetivas**" no **II Congresso de Psiquiatria**, realizado no Auditório do Trofa Saúde Hospital Central, em Vila do Conde, nos dias **5, 6 e 7 de dezembro de 2024**.



Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde